

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI



**İNME Lİ HASTALARA
ÖZ-BAKIM KURAMI'NA TEMELLENDİRİLEREK VERİLEN
TELE-HEMŞİRELİK EĞİTİMİNİN YAŞAM KALİTESİ VE
ÖZ-BAKIM GÜCÜNE ETKİSİ**

Doktora Tezi

Cansev BAL

Danışman
Prof. Dr. Zeliha KOÇ

SAMSUN
2022

TEZ KABUL VE ONAYI

Cansev BAL tarafından, Prof. Dr. Zeliha KOÇ danışmanlığında hazırlanan “İNME Lİ HASTALARA ÖZ-BAKIM KURAMI’NA TEMELLENDİRİLEREK VERİLEN TELE-HEMŞİRELİK EĞİTİMİNİN YAŞAM KALİTESİ VE ÖZ-BAKIM GÜCÜNE ETKİSİ” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 02.08.2022 tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı Adı Soyadı Üniversitesi Ana Bilim/Ana Sanat Dalı	İmza	Sonuç
Başkan	Prof. Dr. Zeliha KOÇ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ebelik Ana Bilim Dalı		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
Üye	Doç. Dr. Serap TOPATAN Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ebelik Ana Bilim Dalı		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Gülpembe OĞUZHAN Tarsus Üniversitesi Sağlık Ekonomisi ve Politikası Ana Bilim Dalı		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Münevver SÖNMEZ Atılım Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Aslı KURTGÖZ Amasya Üniversitesi Terapi ve Rehabilitasyon Bölümü		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

ONAY

... / ... / ...

Prof. Dr. Ali BOLAT
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Hazırladığım Yüksek Lisans tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynaklarda gösterilenlerden oluştuğunu, her unsurun enstitü yazım kılavuzuna uygun yazıldığını ve TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği'nin 3. bölüm 9. maddesinde belirtilen durumlara aykırı davranılmadığını taahhüt ve beyan ederim.

Etik Kurul Gerekli mi?

Evet (Gerekli ise ekler kısmına ekleyiniz)

Hayır

İmza
02/08/2022
Cansev BAL

TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

Tez Başlığı: İNMELİ HASTALARA ÖZ-BAKIM KURAMI'NA TEMELLENDİRİLEREK VERİLEN TELE-HEMŞİRELİK EĞİTİMİNİN YAŞAM KALİTESİ VE ÖZ-BAKIM GÜCÜNE ETKİSİ

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından 22.06.2022 tarihinde intihal tespit programından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı : %20

Tek kaynak oranı : %5 çıkmıştır.

İmza
02/08/2022
Prof. Dr. Zeliha KOÇ

ÖZET

İNME Lİ HASTALARA ÖZ-BAKIM KURAMI'NA TEMELLENDİRİLEREK VERİLEN TELE-HEMŞİRELİK EĞİTİMİNİN YAŞAM KALİTESİ VE ÖZ-BAKIM GÜCÜNE ETKİSİ

Cansev BAL

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Ana Bilim Dalı

Doktora, Temmuz/2022

Danışman: Prof. Dr. Zeliha KOÇ

Amaç: Bu araştırma, inme tanısı alan hastalara Öz-Bakım Kuramı'na temellendirilerek verilen tele-hemşirelik eğitiminin, yaşam kalitesine ve öz-bakım gücüne etkisini belirlemek amacıyla yürütüldü.

Materyal ve Metot: Araştırma deneysel tipte, ön test- son test deneme modelinde, longitudinal, randomize kontrollü bir çalışma olarak planlandı. Araştırmanın verileri 10.04.2021-10.05.2022 tarihleri arasında Samsun ilindeki bir üniversite hastanesinin nöroloji kliniğinde toplandı. Araştırma, örneklem kriterlerini karşılayan ve inme tanısı alan 70 hasta (35 çalışma grubu-35 kontrol grubu) ile tamamlandı. Çalışma grubundaki hastalara 12 hafta boyunca Öz-Bakım Kuramı'na temellendirilen tele-hemşirelik eğitimi uygulandı. Veriler Hasta Tanıtım Formu, Montreal Bilişsel Değerlendirme (MOBİD) Ölçeği, Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (GYA), İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (İÖYKÖ) ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde, GPower Testi, Ki-kare Testi, Bağımsız Örneklem T-Testi, Bağımlı Örneklem T Testi ve Pearson Korelasyon Katsayısı Testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışma ve kontrol grubu hastaların eğitim öncesinde ön-test Katz GYA puanları, İÖYKÖ toplam puan ve alt boyut puanları ve Öz-Bakım Gücü puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). 12 haftalık izlem sonunda kontrol grubu hastalarla karşılaştırıldığında, çalışma grubu hastaların son-test İÖYKÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları ($t=11.136$, $p=0.001$) ile Öz-Bakım Gücü toplam puan ortalamalarında ($t=14.358$, $p=0.000$) istatistiksel açıdan anlamlı bir yükselme meydana geldiği saptandı ($p<0.001$). Çalışma grubu hastaların son-test Katz GYA puanları kontrol grubu hastaların puanlarından daha düşük belirlenmiş olmasına karşın, çalışma grubu hastaların ön-test ve son-test Katz GYA puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir yükselme meydana geldiği belirlendi ($t=-5.278$, $p=0.000$). Hastaların İÖYKÖ puanları ile Öz-Bakım Gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzey bir ilişki bulundu ($r=0.400$).

Sonuç: Öz-Bakım Kuramı'na temellendirilerek sunulan tele-hemşirelik eğitiminin inme tanısı alan hastaların yaşam kalitelerini iyileştirme ve öz-bakım gücünü artırma konusunda etkili bir bakım uygulaması olduğu görüldü. Bu doğrultuda taburculuk sonrasında inmeli hastaların yaşam kalitesinin ve öz-bakım gücünün geliştirilmesinde, Öz-Bakım Kuramı'na temellendirilen tele-hemşirelik eğitiminin uygulanması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: İnme, öz-bakım, tele-hemşirelik, yaşam kalitesi, öz-bakım gücü

ABSTRACT

THE EFFECT OF THE CARE GIVEN ACCORDING TO THE SELF-CARE MODEL BY TELE-NURSING ON QUALITY OF LIFE AND SELF-CARE AGENCY IN PATIENTS WITH STROKE

Cansev BAL
Ondokuz Mayıs University
Institute of Graduate Studies
Department of Nursing
Ph.D., July/2022
Supervisor: Prof. Dr. Zeliha KOÇ

Aim: This study was conducted to find out the effects of tele-nursing training based on self-care theory which was given to patients diagnosed with stroke on quality of life and self-care agency.

Material and Method: The study was planned as a longitudinal, randomized controlled experimental study with a pre-test and post-test trial model. The data of the study were collected in the neurology clinic of a university hospital in Samsun between 10.04.2021 and 10.05.2022. The study was completed with 70 patients (35 in the study group-35 in the control group) who met the sample criteria and who were diagnosed with stroke. Tele-nursing training based on self-care theory was given to patients in the study group for 12 weeks. The data were collected by using Patient Information Form, Montreal Cognitive Assessment Scale (MOCA), Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL) Scale, Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL) and Exercise of Self-Care Agency Scale. GPower Test, Chi-square Test, Independent Samples T Test, Dependent samples T Test and Pearson correlation coefficient test were used in data analysis.

Results: No statistically significant difference was found between pre-test Katz (ADL) scores, SS-QOL total score and sub-dimension scores and Exercise of Self-Care Agency scores of the study and control group before training ($p>0.05$). After 12-week-long follow-up, when compared with the control group patients, statistically significant increase was found in the post-test SS-QOL total scores and sub-dimension scores ($t=11.136$, $p=0.001$) and Exercise of Self-Care Agency total mean scores ($t=14.358$, $p=0.000$) of the study group patients ($p<0.001$). Although post-test Katz ADL scores of the study group patients were found to be lower than those of the control group patients, statistically significant increase was found in the pre-test and post-test Katz ADL scores of the study group patients ($t=-5.278$, $p=0.000$). Statistically significant positive and moderate correlation was found between SS-QOL and Exercise of Self-Care Agency scores of the patients ($r=0.400$).

Conclusion: Tele-nursing training based on self-care theory was found to be an effective care practice in improving the quality of life and increasing self-care agency in patients diagnosed with stroke. Therefore, it is recommended to use tele-nursing training based on self-care theory to improve quality of life and self-care agency after discharge.

Keywords: Stroke, self-care, tele-nursing, quality of life, self-care agency

ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR

Lisans, yüksek lisans ve doktora eğitimim boyunca desteği, sabrı ve sevgisi ile daima yanımda olan, bilgi ve deneyimlerini benimle sonuna kadar paylaşan, değerli katkıları ile bana daima rehberlik eden, karşılaştığım her zorlukta yanımda olan ve kendisiyle çalışmaktan büyük onur ve mutluluk duyduğum sevgili hocam, danışmanım Prof. Dr. Zeliha KOÇ' a,

Tez izleme komitesinde görev alarak çalışmaya değerli katkılar sağlayan Doç. Dr. Serap TOPATAN'a ve Dr. Öğr. Üyesi Gülpembe OĞUZHAN' a; tez savunma sınavım için zamanlarını ayıran ve önemli katkılar sunan çok değerli hocalarım; Dr. Öğr. Üyesi Münevver SÖNMEZ' e ve Dr. Öğr. Üyesi Aslı KURTGÖZ' e,

Mesleki bilgi ve tecrübeleri ile eğitim hayatımda büyük katkısı olan ve nöroloji/nöroşirurji hemşireliğine ilgi duymamda etkili olan Prof. Dr. Rengin ACAROĞLU' na

Bugüne kadar aldığım eğitimlerde öğrenme sürecime katkı sağlayan ve gelişimime emek veren bütün hocalarıma,

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nda birlikte çalıştığım değerli öğretim elemanlarına,

Çalışmamın kurumlarında gerçekleşmesine izin veren ve destekleyen tüm Hastane yöneticilerine, Nöroloji Servisi'nde görev yapan tüm meslektaşlarıma ve çalışmama katılmayı kabul eden çok değerli hastalarım ve yakınlarıma,

Doktora sürecimde bana her konuda destek olan, birlikte çalışmaktan kendimi her zaman şanslı hissettiğim Araş. Gör. Tuğba KAVALLI ERDOĞAN ve Sevil MASAT HARBALİ başta olmak üzere tüm dostlarıma,

Eğitimim boyunca bana karşı sabır gösterip, sevgisini hissettiren, bugünlere gelmemde sonsuz emeği olan, her zaman destek ve güvenlerini hissettiğim canım AİLEME,

Eğitim sürecimde yüzümü güldüren ve kalbimi ısıtan, en değerli varlığım oğlum METE' ye,

En derin duygularıyla teşekkürlerimi sunarım...

Cansev BAL

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL VE ONAYI	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI	ii
TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. İnmenin Tanımı	4
2.2. İnmenin Epidemiyolojisi	4
2.3. İnmenin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	5
2.4. İnmenin Patofizyolojisi	5
2.5. İnmenin Klinik Belirti ve Bulguları	6
2.6. İnmede Tanı Yöntemleri	7
2.7. İnmenin Tedavisi	9
2.8. Yaşam Kalitesi ve İnme.....	10
2.9. Tele-Hemşirelik	13
2.10. Orem'in Öz- Bakım Yetersizliği Kuramı	17
2.10.1. Orem'in Mesleki Birikimi ve Kuramın Tarihsel Değerlendirmesi.....	17
2.10.2. Öz-Bakım Kuramı'nın Dört Temel Kavramı.....	18
2.10.2.1. İnsan.....	18
2.10.2.2. Sağlık.....	19
2.10.2.3. Hemşire.....	19
2.10.2.4. Çevre.....	19
2.10.3. Öz-Bakım Kuramı ile İlgili Diğer Kavramlar.....	19
2.10.4. Öz-Bakım Kuramı'nın Özellikleri	21
2.10.4.1. Hemşirelik Sistemi Kuramı.....	22
2.10.4.2. Öz-Bakım Yetersizlik Kuramı.....	23
2.10.4.3. Öz-Bakım Kuramı.....	24
2.11. Öz-Bakım Gücü ve İnme.....	26
2.12. Öz-Bakım Kuramı'na Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımı	28
2.12.1. İnmede Evrensel Öz-Bakım Gereksinimleri.....	28
2.12.2. İnmede Gelişimsel Öz-Bakım Gereksinimleri.....	35
2.12.3. İnmede Sağlıktan Sapma Durumunda Öz-Bakım Gereksinimleri.....	35
3. GEREÇ VE YÖNTEM	37
3.1. Araştırmanın Türü	37
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	37
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	37
3.4. Araştırmanın Etik Yönü	39

3.5. Veri Toplama Araçları.....	39
3.5.1. Hasta Tanıtım Formu	41
3.5.2. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Ölçeği	41
3.5.3. Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MOBİD).....	41
3.5.4. İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (İÖYKÖ).....	42
3.5.5. Öz-Bakım Gücü Ölçeği	44
3.6. Araştırmanın Uygulanması.....	44
3.6.1. İnme Tanısı Almış Bireylere Özgü Öz-Bakım Kuramı'na Temellendirilen Eğitim Rehberinin Hazırlanması	44
3.6.2. Çalışma/Kontrol Grubunun Belirlenmesi (Randomizasyon).....	45
3.6.3. Bilgilendirme ve Onam Alma Süreci.....	45
3.6.4. İnme Tanısı Almış Olan Hastaların Bilişsel Düzeyleri ve Dahil Edilme Kriterleri Doğrultusunda Örneklem Uygunluğunun Değerlendirilmesi ..	45
3.6.5. Örneklem Grubuna Dahil Edilen Tüm Hastalara Taburcu Olmadan Önce Ön-Testlerin Uygulanması.....	47
3.6.6. Çalışma Grubu Hastaları İçin Öz-Bakım Kuramına Temellendirilerek Hazırlanan Rehber Doğrultusunda Eğitimin Sunulması.....	47
3.6.7. Çalışma Grubu Hastalarına Tele-Hemşirelik Eğitiminin Uygulanması ...	47
3.6.8. Kontrol Grubu Hastalarının Takip Edilmesi.....	48
3.6.9. 12 Haftalık Süre Sonunda Son-Testlerin Uygulanması.....	48
3.6.10. Kontrol Grubu Hastalarının Eğitimi	48
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	48
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	49
4. BULGULAR.....	51
5. TARTIŞMA.....	66
5.1. Çalışma ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulguların Tartışılması.....	66
5.2. Çalışma ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Puanlarına Yönelik Bulguların Tartışılması.....	67
5.3. Çalışma ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (İÖYKÖ) Puanlarının Tartışılması.....	68
5.4. Çalışma ve Kontrol Grubunda yer alan hastaların Öz-Bakım Gücü Puanlarının Tartışılması.....	72
5.5. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA), İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi (İÖYKÖ) ve Öz-Bakım Gücü Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	73
6. SONUÇ.....	76
KAYNAKLAR.....	78
EKLER.....	89
Ek 1. Etik Kurul İzni.....	89
Ek 2. Kurum İzni.....	90
Ek 3. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Ölçeği Kullanım İzni.....	91
Ek 4. Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni.....	92
Ek 5. İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni (Geliştiren Kişi).....	93
Ek 6. İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni (Türkçe Dili'ne Uyarlama).....	94
Ek 7. Öz- Bakım Gücü Ölçeği Kullanım İzni.....	95
Ek 8. Hasta Tanıtım Formu.....	96

Ek 9. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri leği.....	98
Ek 10. Montreal Bilişsel Değerlendirme leği.....	99
Ek 11. İnmeye zg Yaşam Kalitesi leği.....	100
Ek 12. z-Bakım Gücü leği.....	104
Ek 13. z-Bakım Kuramı'na Temellendirilerek Hazırlanan Eğitim Rehberi.....	106
Z GEMIŐ.....	107



SİMGELER VE KISALTMALAR

ANA	: American Nursing Association
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKG	: Elektrokardiyogram
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
HDL	: High Density Lipoprotein
INR	: International Normalized Ratio
İÖYKÖ	: İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği
MOBİD	: Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği
MR	: Manyetik Rezonans
NINDS	: National Institute of Neurological Disorders and Stroke
N	: Örneklem (Sayı)
OECD	: The Organization for Economic Co-operation and Development
P	: Anlamlılık Düzeyi
ROM	: Range of Motion
SS	: Standart Sapma
T	: Bağımsız Örneklem T Testi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
X	: Ortalama
WHO	: World Health Organization
%	: Yüzde
χ^2	: Ki Kare Testi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. Araştırmanın CONSORT şeması.....	40
Şekil 3.2. Öz-Bakım Kuramı'na temellendirilerek hazırlanan eğitim rehberinin içeriği	46
Şekil 3.3. Araştırmanın algoritması.....	50
Şekil 4.1. Çalışma ve Kontrol grubu hastalarının tüm ölçekler için ön-test ve son-test puan değişimleri	64



TABLolar DİZİNİ

Tablo 3.1. Ölçeklerin Cronbach α değerleri.....	43
Tablo 3.2. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel testler.....	49
Tablo 4.1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=70).....	51
Tablo 4.2. Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı (n=70).....	53
Tablo 4.3.Çalışma ve kontrol gruplarının ön-test ve son-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Ölçeğine göre özelliklerinin dağılımı (n=70).....	57
Tablo 4.4.Çalışma ve kontrol gruplarına göre Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği Puanlarının karşılaştırılması.....	58
Tablo 4.5.Çalışma ve kontrol gruplarına göre ön-test ve son-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	58
Tablo 4.6. Çalışma ve kontrol gruplarına göre ön-test İnmeye Ölçeği Yaşam Kalitesi Ölçeği (İÖYKÖ) puanlarının karşılaştırılması.....	59
Tablo 4.7. Çalışma ve kontrol gruplarının göre son-test İnmeye Ölçeği Yaşam Kalitesi Ölçeği (İÖYKÖ) puanlarının karşılaştırılması.....	60
Tablo 4.8. Çalışma grubunun ön-test ve son-test İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (İÖYKÖ) puanlarının karşılaştırılması.....	61
Tablo 4.9. Kontrol grubunun ön-test ve son-test İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (İÖYKÖ) puanlarının karşılaştırılması.....	62
Tablo 4.10. Çalışma ve kontrol gruplarına göre ön-test Öz-Bakım Gücü Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	62
Tablo 4.11. Çalışma ve kontrol gruplarının göre son-test Öz-Bakım Gücü Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	63
Tablo 4.12.Çalışma grubunun ön-test ve son-test Öz-Bakım Gücü Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	63
Tablo 4.13.Kontrol grubunun ön-test ve son-test Öz-Bakım Gücü Ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	64
Tablo 4.14. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Ölçeği, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (İÖYKÖ) ve Öz-Bakım Gücü Ölçekleri arasındaki ilişki.....	65

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik hastalıklar, bir ya da daha fazla sistemi etkileyen, geriye dönüşümü mümkün olmayan, bireyde yapı ve fonksiyon bozukluklarına yol açan, hastalık etkilerinin giderek arttığı, uzun süreli sağlık sorunlarıdır (Ceyhan ve Ünsal, 2018). Kronik hastalıklar, Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler tarafından 21. yüzyılın en önemli sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır. Kronik hastalıklar yüksek ölüm oranına, sağlık bakım maliyetinde artışa (%60-80), uzun süreli bakım ve izleme neden olduğu için sağlık bakım sisteminin sürdürülebilirliği açısından küresel bir tehdit oluşturmaktadır (World Health Organization, 2021). Diğer ülkelerdeki kronik hastalık verileriyle uyumlu olarak Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK, 2019) ülkemizdeki tüm ölümlerin %76,4'ünün kronik hastalıklar nedeniyle meydana geldiğini bildirmektedir.

Kronik hastalıklar içinde “İnme”, serebral dolaşımında beynin bir bölgesinin iskemi veya kanama sonucu kalıcı ya da geçici olarak etkilenmesiyle ortaya çıkan bir hastalıktır. İnme, insanlarda yeti kaybı nedeni olarak ilk sırada yer alan ve tüm yaş gruplarında görülebilen bir hastalıktır. “Strok” veya “serebrovasküler hastalık” olarak da adlandırılan “İnme”, insanlar için koroner arter hastalıkları ve kanserden sonra üçüncü ölüm nedenidir. İnme, merkezi sinir sisteminin motor, bilişsel, duyuşsal ve emosyonel fonksiyonlarında bozulmayla karakterize olup, denge bozukluğu, konuşma ve bilişsel fonksiyon bozuklukları gibi klinik bir tablo ile kendini gösterebilen mortalite ve morbite oranı oldukça yüksek olan bir hastalıktır (Salcı et al., 2019; Eren ve Yücel, 2021). İnme tanısını alan bireylerin gereksinim duydukları bakım ve tedavi uygulamaları karşılanmadığında, komplikasyon ve yetersizlikler gelişebilmekte, hastaların yaşam kalitesi ve öz bakım gücü olumsuz etkilenebilmektedir. Bununla birlikte inmenin bakım ve tedavi maliyeti oldukça yüksek olabilmektedir (Langhorne et al., 2011).

İnme sonrası hastaların görme, hafıza, konuşma, yutma gibi fonksiyonlarında kayıplar gelişebilmekte; iletişim, solunum, beslenme, hareket etme, giyinme, boşaltım, öz-bakım, uyku gibi günlük yaşam aktiviteleri hastalıktan olumsuz etkilenebilmektedir. Fizyolojik problemlerin yanında hastalarda anksiyete, ümitsizlik, tükenmişlik ve depresyon gibi psikolojik problemler de görülebilmektedir (Mollaoğlu vd., 2011).

İnme geçiren hastalar, taburculuk sonrası günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilirken bazen de başka bir bireyin destek ve yardımına ihtiyaç duyabilmektedir. İnmenin kronik doğası göz önüne alındığında, bireye eğitim ve bakım desteği sunmanın bireyin kendi bakımına ilişkin öz-yeterliliğini arttıracak ve sağlık bakım maliyetini azaltacağı bildirilmektedir (Kheirollahi et al., 2017; Goudarzian et al., 2018). İnme geçiren hastalar üzerinde yapılan birçok çalışmada, hastalara sunulan hemşirelik bakımı ve eğitiminin hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesine olumlu etkisinin olduğu bildirilmektedir (Karakurt vd., 2013; Bilgili ve Gözüm, 2014; Spassova et al., 2016; Topçu ve Oğuz, 2017; Kalav ve Bektaş, 2018; Kalav vd., 2022).

Hastanedeki bakım ve tedavileri sonrasında taburcu edilen hastaların değişen yaşam biçimlerine uyum sağlayabilmeleri için bilgilendirilmeye, duygusal ve sosyal açıdan desteklenmeye ihtiyaç duydukları vurgulanmaktadır (Bilgili ve Gözüm, 2014). İnme tanısı almış bireylerin taburculuk sonrası sağlıklı yaşam davranışlarını kazanması ve bu davranışları sürdürebilmesi, tekrarlayan inme riskini de azaltabilmektedir. Bireylerin hastalıkla baş edebilme gücü ve bağımsızlığının artırılabilmesi, başka bireylerin bakım ve desteğine ihtiyaç duymadan yaşamlarını sürdürebilmesi, hem sağlık hizmetlerinin hem de hemşirelik bakım uygulamalarının temel amacı arasında yer almaktadır (Goudarzian et al., 2018).

Bakım anında bilinçli karar verebilmek, değişkenlerin hemşirelik bakımı üzerindeki etkilerini önceden tahmin edebilmek, hemşirelik girişimlerini derinlemesine analiz edebilmek, bireylerin sağlık düzeyini yükseltebilmek ve hemşirelik uygulamalarını geliştirilebilmek için hemşirelik kuramlarının kullanımı oldukça büyük önem taşımaktadır (Koç vd., 2017). Hastaneden taburcu olan ve bakıma ihtiyacı olan hastaları desteklemek için birçok kuram geliştirilmiştir. Bunlardan biri de Orem'in Öz-Bakım Kuramı'dır. Orem'in Öz-Bakım Kuramı bireyin öz-bakım eylemine olan ihtiyacını, bireyin yaşamını ve sağlığını sürdürmek için öz-bakımını yönetmeyi, hastalık ve yaralanmaların iyileşmesini ve hastalığın etkileri ile başa çıkmayı içermektedir. Öz-Bakım Kuramı, bireyin sağlık bakımını ve öz-bakım becerilerini geliştirmeye odaklanır. Öz-Bakım Kuramı temelinde sunulan hemşirelik bakımı, bireyin sürekli bakım gereksinimlerinin karşılanması için kendi yaşam sürecinin düzenlenmesi ve gelişmesini sağlayan, bireyin kendi bakımını

yapabilme yeteneği olan öz-bakım gücünün arttırılmasına odaklanmaktadır (Fawcett, 2006; Meleis, 2012; Mohammadpour et al., 2015).

Hemşirelerin bireylere bakım eğitimi sunarken yararlandıkları birçok yöntem vardır. Günümüzde güncel yöntemlerden birisi olan tele-hemşirelik uygulaması, yenilikçi bir yaklaşım olmakla birlikte başkalarına bağımlı ya da kısmen bağımlı olan, sağlık bakım kurumlarına uzak bölgelerde yaşayan hastaların taburculuk sonrası evde bakım ihtiyaçlarını karşılamada yararlı olan bir yöntemdir (Behzad et al., 2016; Rawata, 2018; Kotsania et al., 2018; Shahrokhi et al., 2018; Mohsen et al., 2020). Günümüzde sağlık bakım sunum sisteminde, tele-hemşirelik hizmetleriyle ilgili etkili alt yapı çalışmalarının yapılarak tele-hemşirelik temelli bir bakım yaklaşımı geliştirilmesi büyük önem arz etmektedir. Türkiye’de tele-hemşirelik yönteminden yararlanarak, farklı hasta grupları üzerinde sınırlı sayıda çalışma yapıldığı görülmekle birlikte, inmeli hastalarda tele-hemşirelik yöntemi ile verilen eğitimin hastaların yaşam kaliteleri ve öz bakım gücü üzerine etkisini belirlemeye yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu doğrultuda inme gibi uzun süreli bakım gereksinimi olan hastalar üzerinde tele-hemşireliğin etkilerini ulusal düzeyde inceleyecek araştırmaların yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, inmeli hastalara tele-hemşirelik yoluyla verilen, öz-bakım kuramına temellendirilmiş eğitimin hastaların inmeye özgü yaşam kalitesi ve öz-bakım gücü üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H⁰: İnme tanısı almış olan hastalarda Orem’ in Öz-Bakım Kuramı’na göre yapılandırılan tele-hemşirelik eğitiminin hastaların öz-bakım gücü ve yaşam kalitesine etkisi yoktur.

H¹: İnme tanısı almış olan hastalarda Orem’ in Öz-Bakım Kuramı’na göre yapılandırılan tele-hemşirelik eğitiminin hastaların öz-bakım gücü ve yaşam kalitesine etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnmenin Tanımı

İnme, beyin damarlarının tıkanma, daralma ya da yırtılıp kanaması sonucunda beynin bir bölümünün kanlanmasını olumsuz yönde etkileyen ve nörolojik bozukluklara neden olan akut beyin hastalığıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre inme “vasküler kaynaklı başka bir neden olmaksızın, semptomları 24 saat veya daha uzun süren, ölüme yol açan, fokal veya genel serebral fonksiyonda bozukluğa neden olan hızla gelişen klinik belirtilerdir” (WHO, 1988). İnme ile belirtileri aynı olan ancak 24 saatten daha az süren serebral işlev bozukluğu ise geçici iskemik atak olarak tanımlanmaktadır (Topçuoğlu vd., 2022).

Ulusal Nörolojik Hastalıklar ve İnme Enstitüsü (NINDS: National Institute of Neurological Disorders and Stroke) inmeyi, iskemik inme ve hemorajik inme olarak ikiye ayırmıştır (Durna ve Akın, 2014). İskemik inme, beyindeki herhangi bir damarın tıkanması veya pıhtı nedeniyle bölgeye kan akışının engellenmesi sonucunda oluşmaktadır. İskemik inme, en sık görülen inme türü olmakla birlikte genellikle arteriyosklerozu olan yaşlı bireylerde görülmektedir. Arteriyoskleroz aniden gelişebilen bir problem olmadığı için erken tanı ve tedaviyle iskemik inme önlenmektedir. Hemorajik inme ise beyin damarının yırtılıp kanaması sonucunda oluşmaktadır. Etiyolojisinde hipertansiyon, diyabetes mellitus, travma ve kollajen doku hastalıkları rol oynamaktadır. Hemorajik inme, iskemik inmenin aksine ani olarak gelişir ve mortalite oranı oldukça yüksektir (Mollaoğlu, 2016; Eti Aslan ve Olgun, 2017; Usta Yeşilbalkan, 2019).

2.2. İnmenin Epidemiyolojisi

İnme, hem dünyada ve hem de ülkemizde toplumsal ve ekonomik yükü fazla olan, bireyde yeti yitimine ve ölüme neden olabilen önemli bir sağlık sorunudur (Usta Yeşilbalkan, 2019). Dünya Sağlık Örgütü 2019 yılı verilerine göre dünya genelinde 6 milyondan fazla kişi inme nedeniyle yaşamını yitirmiştir. Bununla birlikte inme, kardiyovasküler hastalıklardan sonra en çok görülen ölüm nedeni olmuştur. Ülkelerin gelir durumuna göre ölüm nedenleri incelendiğinde inme, ölüm nedenleri arasında düşük gelirli ülkelerde dördüncü, yüksek gelirli ülkelerdeyse üçüncü sırada yer almaktadır (WHO, 2020).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2017 ölüm verilerine göre ülkemizde yaklaşık olarak 17 bin erkek, 21 bin kadın olmak üzere toplam 38 bin kişi

serebrovasküler hastalıklar nedeniyle yaşamını yitirmiştir. TÜİK 2019 yılı verilerine göre ölüm nedenleri arasında ilk sırada %36,8 ile dolaşım sistemi hastalıkları yer almaktadır. Dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle yaşamı yitirenlerin %22,2'sini serebrovasküler hastalığa sahip olan bireylerin oluşturduğu bildirilmiştir (TÜİK, 2020).

2.3. İnmenin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

İnme, mortalite ve morbidite oranının yüksek olması, bireyin bağımsızlık durumunu etkilemesi, yüksek tedavi ve rehabilitasyon gerektirmesi ve maliyetinin fazla olması nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur. Bu nedenle inmeye neden olabilecek risk faktörlerinin belirlenmesi, hem birey, hem ailesinin sağlık durumu, hem de ülke ekonomisi açısından oldukça önemlidir (Durna ve Akın, 2014).

Literatürde inmeye neden olabilecek risk faktörleri, değiştirilebilir risk faktörleri ve değiştirilemeyen risk faktörleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Değiştirilebilir risk faktörleri de kendi içinde kesinleşmiş ve kesinleşmemiş faktörler olmak üzere iki grupta incelenmektedir (Uzuner vd., 2015; Mollaoğlu, 2016). Değiştirilemeyen risk faktörleri arasında yaş, cinsiyet, ırk, aile öyküsü ve geçici iskemik atak öyküsü yer almaktadır. Değiştirilebilir risk faktörlerinde yer alan kesinleşmiş faktörler ise diyabetes mellitus, hipertansiyon, orak hücreli anemi, atriyal fibrilasyon, sigara kullanımı, sedanter yaşam, obezite, dislipidemi, kardiyovasküler hastalıklar ve postmenopozal hormon tedavisi olarak bildirilmektedir. Değiştirilebilir risk faktörlerinde yer alan kesinleşmemiş faktörlerse metabolik sendrom, oral kontraseptif kullanımı, hiperkoagulabilite, hiperhomosisteinemi, migren, inflamasyon ve lipoprotein-a artışı örnek olarak sıralanmaktadır (Usta Yeşilbalkan, 2019).

2.4. İnmenin Patofizyolojisi

İskemik ya da hemorajik nedenlere bağlı olarak meydana gelen inmede, serebral kan akımının azalması ya da durması nedeniyle beyin dokusunun oksijenlenmesi azalmaktadır. Beyin dokusunun oksijensiz kalması nedeniyle nekrotik alanlar oluşmaktadır. Dokuların oksijensiz kalma süresinin uzaması ve metabolitlerin artması, nekrotik alanların geri dönüşü olmayan infarkt alanına dönüşmesine neden olmaktadır. İnfarktın merkezi “core” olarak adlandırılmaktadır. Core bölgesinin etrafında perfüzyonun azalması nedeniyle nöronal fonksiyonda bozulma gerçekleşmektedir. İskemi gelişmemesi nedeniyle “Pneumbra” adı verilen

bu bölgenin akut dönemde yapılan girişimlerle tedavi edilme oranı yüksektir. Ancak bu oran bölgedeki kanlanmanın yeterli olma durumuna ve iskemi süresine bağlıdır (Bambal et al., 2015; Yıldız, 2017).

Beyin dokusundaki iskeminin başlamasından kısa süre sonra biyokimyasal değişiklikler oluşmaya başlamaktadır. Serbest oksijen radikalleri, nitrik oksit ve glutamat gibi bazı nörotoksinlerin salgılanmasıyla asidoz gelişmeye ve sodyum-potasyum iyonları aktive olmaya başlamaktadır. Bu iyon kanallarının etkin hale gelmesiyle dokuda sitotoksik ödem ve hücre ölümü gerçekleşmekte ve buna bağlı olarak da sekonder nöral hasarlar meydana gelmektedir (Usta Yeşilbalkan, 2019).

2.5. İnmenin Klinik Belirti ve Bulguları

Vasküler sorunlar nedeniyle akut başlayan inme fizyolojik, nörolojik ve psikolojik semptomların gözleendiği klinik bir durumdur. İskemik inmeler, tüm inmelerin %80-85'ini oluştururken, hemorojik inmelerin görülme oranı %15-20'dir (Gözübatık Çelik vd., 2020). Genellikle inme durumunda bireyde inmenin tipine, lokalizasyonuna ve lezyonun büyüklüğüne göre farklı semptomlar gözlenebilmektedir. İnme tablosu gözlenen bireyde ortaya çıkabilecek yaygın belirti ve bulgular şunlardır:

- Hemipleji, hemisparastezi
- Konfüzyon
- Denge ve koordinasyonda bozulma
- Görme bozuklukları
- Öğrenme güçlüğü
- Hafıza kaybı
- Konuşma ve anlama yeteneğinde bozulma
- Tek taraflı duyu kayıpları
- Yutma güçlüğü
- İnkontinans (üriner, gaita)
- Baş dönmesi
- Nedeni bilinmeyen şiddetli baş ağrısı
- Bulantı ve kusma
- Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlanma (Gudlavalleti and Mooni, 2014; Mollaoğlu, 2016).

Trombüse bağı gelişen inmelerde semptomlar dakika, saat veya günler içinde ortaya çıkabilmektedir. Trombüsün lokalizasyonu ve ilerleme durumuna göre kısmi veya tam arter obstrüksiyonları gelişebilmektedir. Emboliye bağı olarak gelişen inmelerdeyse belirtiler saniyeler içinde görülebilmektedir. Hemorajik inmelerdeyse belirtilerin çok hızlı ortaya çıktığı bireylerde oksipital bölgede şiddetli ağrı, paralizi ve bilinç düzeyinde bozulmalar gözlenmektedir. Ayrıca bireyde gözlenen belirti ve bulgular beynin hasar gören bölümüne göre farklılık gösterebilmektedir (Gudlavalleti and Mooni, 2014; Usta Yeşilbalkan, 2019). Sol hemisiferde ortaya çıkan inme durumunda bireyde sağ hemipleji, güçsüzlük, sağ görme alanında bozulma, motor hareketlerde yavaşlama, analitik düşünme yeteneğinde azalma, konuşma ve ifade biçiminde bozulmalar gözlenmektedir (Ali, 2013; Durna ve Akın, 2014). Sağ hemisiferde görülen inme durumundaysa sol hemipleji, sol görme alanında bozulma, artan dalgalılık durumu, karar verme yeteneğinde azalma, motor hareketlerde hızlanma, yetersizliklerinin farkına varmada güçlük, sol tarafa yönelememe şeklinde semptomlar ortaya çıkmaktadır (Langhorne et al., 2011; Usta Yeşilbalkan, 2019).

Amerikan İnme Derneği inmeye bağı ortaya çıkan belirti bulguları F-A-S-T şeklinde kodlamıştır:

Face (Yüz): Yüzün tek taraflı seğirmesi, göz veya ağızda eğilme ve uyuşma olması.

Arms (Kollar): Kollarda uyuşma ve karıncalanmaya bağı kolları kaldırmada güçlük çekme.

Speech (Konuşma): Telaffuzda bozulma, hiç konuşamama, kelime bulmada zorlanma durumu.

Time (Zaman): Gözlenen belirti bulgular doğrultusunda hastanın hiç zaman kaybetmeden en hızlı şekilde tam teşekküllü bir hastaneye sevkini yapılmasını ifade etmektedir (Powers et al., 2019).

2.6. İnmede Tanı Yöntemleri

İnmenin tanılanmasında öncelikli basamak hasta verilerinin doğru ve eksiksiz toplanmasıdır. Sonraki aşamadaysa kan basıncının değerlendirilmesiyle başlayan bireyin tüm sistemlerinin ayrıntılı değerlendirildiği fizik muayene önemli rol oynamaktadır. Özellikle juguler damarların palpasyonu ve oskültasyonu tanının belirlenmesinde önemli yol göstericilerdendir. Bunun yanı sıra tanılamada daha kesin sonuçlar elde etmek, inmenin nedenini belirlemek ve nedene yönelik tedaviyi

uygulamak amacıyla laboratuvar testleri ve radyolojik girişimler yapılmaktadır (Mair and Wardlaw, 2014; Usta Yeşilbalkan, 2019; Mollaoğlu, 2016).

Laboratuvar testleri: Akut dönemde yapılması gereken kan testleri arasında özellikle trombosit miktarının bakıldığı tam kan sayımı, protrombin zamanı, parsiyal tromboplastin zamanı, elektrolitler, üre, kreatinin, kan üre nitrojeni ve kan glukoz düzeyi yer almaktadır. Akut dönemde acil olmamakla birlikte hastanın kan lipid düzeylerinin de değerlendirilmesi uzun vadede tedavinin başarısı için önemlidir. Gerektiği durumlarda rutin biyokimya, kardiyak enzimler ve idrar testi de istenebilmektedir. Tüm bu testlerle inme nedeni belirlenemezse ek testlerde yapılabilmektedir (Usta Yeşilbalkan, 2019).

Radyolojik testler: İnme semptomlarını gösteren hastalarda, hemorajik inme tanısını ekarte edebilmek ve tedavi yönetimini belirleyebilmek için beyin tomografisi (BT) çekilmektedir. Semptomların ortaya çıkışını takiben hastanın beynindeki lezyon büyük değilse 12-24 saat içinde iskemik inme tanısı konulabilmektedir. Özellikle baş ağrısı olan, tromboliz uygulanan veya antikoagülan tedavisi alan hastalara yatışı takiben 1 saat içinde acil görüntüleme işlemi yapılmalıdır. Serebral infarkt vakalarında semptomlar 1-7 gün arasında belirgin hale gelirken, inme başladıktan sonraki ilk 2 saat içinde BT ile infarkt durumu görüntülenebilmektedir. Bu nedenle serebral hemoraji ve infarkt vakalarında en doğru sonuç BT ile alınmaktadır (Durna ve Akın, 2014).

Küçük infarkt alanlarına ve beyin sapı lezyonlarına sahip inme vakalarının yaklaşık %50'si BT ile görüntülenememektedir. Bu durumlarda difüzyon ağırlıklı manyetik rezonans ile görüntüleme (MR) daha etkin bir sonuç vermektedir (Durna ve Akın, 2014; Lövblad et al., 2015; Mollaoğlu, 2016). Kardiyembolik iskemilerin önemli sebeplerinden biri aritmilerdir. Bu nedenle aritmilerin belirlenebilmesi ve erken dönemde tedavi edilebilmesi için inme vakalarının hepsine elektrokardiyogram (EKG) çekilmesi önerilmektedir. EKG çekimi, inmeyle eş zamanlı gerçekleşen miyokard infarktüsü vakalarında erken tanıyı kolaylaştırmaktadır (Durna ve Akın, 2014; Mollaoğlu, 2016). Stenoz ya da oklüzyon gibi cerrahi girişim gerektiren sorunların tanılanmasında da majör ekstrakraniyal arterlerin doppler veya dubleks sonografik incelenmesine gereksinim duyulabilmektedir (Durna ve Akın, 2014).

2.7. İnmenin Tedavisi

İnme tedavisinde öncelikli amaç nörolojik hasarı en aza indirerek sağ kalım şansını artırmak ve inmenin tekrarlama olasılığını azaltmaktır (Durna ve Akın, 2014, Alankaya, 2019). Bunun yanında sekonder gelişebilecek ciddi kardiyovasküler olayları ve aspirasyon pnömonisini önlemekte öncelikli hedefler arasında yer almaktadır. Bu doğrultuda inme tedavisinde kardiyopulmoner fonksiyonların düzeltilmesi, metabolizmanın desteklenmesi, sıvı elektrolit dengesinin sürdürülmesi ve kan basıncının normal aralıklarda takip edilmesi izlenecek basamaklar arasında yer almaktadır (Durna ve Akın, 2014; Topçuoğlu vd., 2020).

Akut dönemde öncelikli olarak kan basıncı, nabız, oksijen satürasyonu ve vücut sıcaklığı gibi yaşam bulgularının yakın izlemi için hasta monitörizasyonu yapılmalıdır. Bunun yanı sıra havayolu açıklığının korunması ve satürasyon değerinin %94'ün altına düşmesiyle oksijen desteğinin başlatılması inme tedavisinin en temel yaklaşımlarıdır (Alonso de Lecinana et al., 2014). Medikal tedavi aşamasında antikoagülan ilaç dozunun ayarlanması gibi tedavi edilebilir ve değiştirilebilir durumlar ele alınmalıdır. Ayrıca kan glukoz düzeyi takip edilmesi gereken parametreler arasında yer almaktadır (Topçuoğlu vd., 2020).

İnmenin tipi, uygulanacak medikal tedavinin belirlenmesinde önemli bir kriterdir. İskemik inme tedavisinde amaç kan akımının yeniden sağlanması ve sürdürülmesi, hemorajik inmelerde amaç kanama faktörlerinin düzenlenmesidir. Bu doğrultuda iskemik inme tedavisinde koagülasyon değerlerinin düzeltilmesi ve beyne giden kan akışının sağlanması amacıyla tedavide özellikle varfarin türevi antiagregan, antiödem ve antikoagülan ilaçlar kullanılmaktadır (Sterne et al., 2017; Ferro et al., 2017).

Oral antikoagülan kullanımına bağlı olarak gelişen hemorajik inmelerde kanama faktörlerinin kontrol altına alınması tedavide birincil hedefdir. Bu amaçla INR düzeyinin kontrolü ve normal sınırlara çekilmesi, taze donmuş plazma replasmanı ve K vitamini sıklıkla kullanılan tedavi seçenekleridir (Uzuner vd., 2015). Varfarin türevi ilaçlar ve yeni nesil oral antikoagülanlar inme durumunun oluşmasını ve tekrarlanmasını önleyerek bireyin günlük yaşam aktivitelerinin devam etmesini kolaylaştıran öncelikli tedaviler arasında yer almaktadır (Palm et al., 2014).

İnme sonrası hastaların çoğunda kan basıncı yüksek bulunur. Serebral dolaşım üzerindeki olumsuz etkilerinden dolayı sistolik kan basıncının 140 mmHg altına

inmesi istenen bir durum değildir. Bu nedenle kan basıncının kontrolü sadece primer korumada değil sekonder korumada da önemlidir. Bunun yanı sıra inme sonrası akut dönemde hiperglisemi sık görülen bir durumdur. Hiperglisemi tablosu fonksiyonel bozulmalar ve artan mortalite ile ilişkilidir. Akut dönemde kan glukoz düzeyinin 155 mg/dl altında tutulması ve dekstroz çözeltilerinin verilmemesi önerilmektedir (Alonso de Lecinana et al., 2014).

İnme vakalarında müdahalenin en kısa sürede yapılması, tedavi başarısını artırmaktadır. Bu aşamada inme semptomlarına yönelik bilgi düzeyinin yüksek olması daha da önem kazanmaktadır. Semptomlar geliştiğinde 112 ile iletişime geçilmesi, acil ekibi tarafından hızla yapılan klinik ve nörolojik değerlendirme sonucunda hastanın en kısa sürede sağlık kuruluşuna sevk edilmesi ve tedavi sürecinin başlatılması beklenen standart yaklaşım olarak ifade edilmektedir (Bansal et al., 2013). Bu doğrultuda zamanında müdahale edilen hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme yeteneği maksimum düzeye çıkarılarak başka bireylere bağımlı olma durumu önlenmektedir. Aynı zamanda hem hastanın yaşam kalitesi yükseltilecek hem de bakım ve rehabilitasyon giderleri azalarak ülke ekonomisine katkı sağlanmış olacaktır (Gözübatık Çelik vd., 2020).

2.8. Yaşam Kalitesi ve İnme

Yaşam kalitesi, Antik Yunan Dönemi'nden Aristo'ya kadar uzanan felsefi bir kavram olup o zamanlarda bireyin mutluluk ifadesi olarak kullanılmıştır (Atik, 2016). Kaliteli bir yaşam sürmenin mutluluğun kaynağı olduğu savunulmuştur. Başlangıçta mutluluk başarıyla değerlendirilirken ilerleyen dönemlerde mükemmel olma durumuyla ilişkilendirilmiştir. Günümüzde felsefe, sinema, mimarlık, psikoloji ve politikada etkili bir kavram olan yaşam kalitesi, sosyologlar tarafından iyi bir yaşam şekline sahip olabilmek anlamında sağlığı etkileyen bir değişken olarak da kullanılabilir (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016). Yaşam kalitesi terimi ilk olarak Long'un 1960 yılında yayınladığı "On the Quantity and Quality of Life" başlıklı makalesinde yer almaktadır (Long, 1960). Yaşam kalitesi, insan hakları yönünde ilerleyen gelişmelerle birlikte, çoğu politik kararların alınmasında önemli bir etkidir (Alshahrani, 2020).

Tüm bilim dallarında yaşam kalitesinin net bir tanımı bulunmasa da yaşam kalitesinin belirlenmesinde etkili olan objektif ve subjektif göstergelerin neler olduğu açıklanmaktadır. Objektif göstergeler; bireyin cinsiyeti, medeni durumu, ekonomik

gelir düzeyi, eğitim durumu, mesleki özelliği, yaşamını sürdürdüğü konut vb. özelliklerken bireyin sahip olduğu tüm olanaklar için hissettiği doyum duygusuysa yaşam kalitesinin subjektif bir göstergesidir (Aydiner Boylu ve Paçacıoğlu, 2016). OECD (The Organization for Economic Co-operation and Development) tarafından 2020 yılında yaşam endeksine ilişkin yayımlanan raporda da konut, gelir, çalışma ve yaşam arasındaki denge, sağlık, güvenlik, eğitim, iş ve çalışma hayatı, çevre, sivil katılım, yaşam memnuniyeti ve topluluk (sosyal ağlar) parametrelerinin yaşam kalitesini etkilediği belirtilmektedir (OECD, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü, yaşam kalitesi kavramını “bireyin yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi içinde amaçları, beklentileri, koşulları, sosyal ilişkilerine göre algısı ve kendi yaşamlarına olan memnuniyeti” olarak ifade etmektedir. DSÖ’ye göre bireyin yaşam kalitesi, fiziksel iyilik hali, psikolojik durumu, bağımsız yaşam aktiviteleri düzeyi ve çevre koşulları gibi farklı değişkenlerden etkilenebilmektedir (Eser vd., 2018). Günümüzde tüm toplumların ulaşmayı amaçladığı önemli evrensel hedeflerden birisi olan yaşam kalitesinin temeli, Maslow’un “Temel İhtiyaçlar Hiyerarşisi” ile ilişkilendirilmektedir (Maslow, 1970). Maslow, insan yaşamının döngüsünde karşılanması gereken temel gereksinimleri ele almıştır. Bu doğrultuda yaşam kalitesi ve sağlık kavramlarının birbirleriyle yakından ilişkili olduğu bilinmektedir (Fortin, 2006). Sağlık durumunun insanın yaşam kalitesi üzerindeki etkisi çok büyük olmakla birlikte bireylerin “nasıl hissettiği” yönündeki değerlendirmeler aslında sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramını ön plana çıkarmaktadır. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi fiziksel, zihinsel, duygusal ve sosyal işlevlerle ilgili çok boyutlu bir kavram olup sağlık durumunun yaşam kalitesine olan etkisini ifade etmektedir (Ramos Lima et al., 2018).

Sağlık bakım ve tedavisindeki teknolojik gelişmelerle birlikte, yaşam koşullarının iyileşmesi, hastalıkların önlenmesi, bulaşıcı hastalıkların yönetimi, nüfusun yaş ortalamasının artmasına bağlı olarak kronik hastalıklarda da önemli bir artış olmuştur (Atik, 2016). Kronik hastalığı olan bireyler hastalık sürecini uzun süre yaşamak zorunda kalmaktadırlar. Komplikasyonlar bireylerin iyi yaşam kalitesini sınırlayarak işlevselliğini azaltmakta, sosyal yaşamlarında kısıtlamalara yol açarak bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Cugusi et al., 2021).

Kronik hastalıklar içerisinde ilk sıralarda yer alan inme, akut olarak meydana gelen ve bireylerde fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik problemlere neden olan

bir hastalıktır (Kes, 2020). İnme sonrasında kas-iskelet- motor sistemi bozuklukları, duyuşsal engeller, bilişsel bozukluklar, dil-iletişim sorunları, gastrointestinal bozukluklar ve psikososyal sorunlar görülebilmekte, bu sorunlar bireyin aile, sosyal ve iş yaşamını olumsuz yönde etkileyerek yaşam kalitesinin azalmasına neden olabilmektedir (Topçu ve Oğuz, 2017; Fertelli ve Tuncay, 2019). Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda inme tanısı almış bireylerin cinsiyeti, eğitim ve gelir düzeyi düşüklüğü gibi sosyodemografik özelliklerin, tekrarlayan inmelerin, motor güçsüzlüğün uzun sürmesi gibi hastalık nedeni özelliklerin yaşam kalitesini etkilediği bildirilmiştir (Ramos Lima et al., 2018; Seidel et al., 2019; Bello et al., 2021).

İnme tanısı alan bireylerin yaşam kalitelerinin çok boyutlu değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Fiziksel (motor defisitler, spastisite, ataksi, dizartri, disfaji, ağrı, uyku bozuklukları ve yorgunluk vb.), fonksiyonel (hareketlilik, bağımlılık durumu vb.), zihinsel (duygu durum özelliği, kognitif durum, tatmin ve kendini algılama vb.) ve sosyal (iş yaşamı, sosyal ve aile rolleri vb.) faktörlerin dikkate alınması gerekmektedir. İnme atağı sonrası 3-12 ay süreyle yaş, cinsiyet, eşlik eden başka hastalıkların varlığı, eğitim düzeyi, inmenin özelliği, motor güç kaybı, kalıcı ağrı, beslenme özelliği, fiziksel hareketsizlik, fonksiyonel kayıplar, anksiyete ve depresyon yaşam kalitesini etkileyen önemli etkenler olup yakından izlenmesi önerilmektedir (Jeong et al., 2012).

İnme sonrası hastaların çoğunda orta ve ciddi düzeyde fonksiyon kaybı gelişmekte ve tekrarlayan inmelerde fonksiyonel bağımlılık düzeyi daha da artabilmektedir (Park and Ovbiagele, 2016). İnme tanısı alan bireylerin yaşam kalitesini değerlendiren araştırmalarda fonksiyonel bağımlılık durumu yüksek olan bireylerin yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (Baykal, 2018). İnme tanısı almış bireylerde yaşam kalitesi değerlendirmesinin doğru zamanda yapılması da oldukça önemlidir. Akut ve kronik döneme ilişkin yaşam kalitesi sonuçları değerlendirilirken dikkatli olunmalıdır. Yaşam kalitesi değerlendirmesinin ne zaman yapıldığı da önemlidir. Akut ve kronik süreçte kullanılan yaşam kalitesi ölçüm sonuçları değişebilmektedir (Van Mierlo et al., 2018). İnme tanısını alan hastaların yaşam kalitesi değerlendirilirken genel ölçekler ve hastalığa özgü ölçekler kullanılmalıdır. Yaşam kalitesinin genel olarak değerlendirilmesinde:

- SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36 Health Survey)

- Nottingham Sağlık Profili
- 5 Boyutlu Avrupa Yaşam Kalitesi Ölçeği (EuroQol EQ-5D3L)
- Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü (WHOQOL)
- Hastalık Etki Profili objektif değerlendirme araçları kullanılmaktadır.

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan bu ölçüm araçları, inme tanısı almış hastalara özgü bazı yetersizlikleri değerlendirmede yetersiz kalabilmektedir. Bu nedenle inme tanısını alan bireylerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde inme hastalığına özgü değerlendirme başlıklarını içeren ölçeklerin kullanılması önerilmektedir (Kısabay vd., 2014; Oren vd., 2020). İnmeye özgü yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde:

- İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (The Stroke Specific Quality of Life Measure-SSQOL)
- İnme Etki Ölçeği (The Stroke Impact Scale-SIS)
- Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Skalası (National Institute of Health Stroke Scale-NIHSS)
- Strok ve Afazi Yaşam Kalitesi Ölçeği (Stroke & Aphasia Quality of Life Scale-SAQOL)
- İnme İçin Uyarlanmış Hastalık Etki Profili (Stroke-Adapted Sickness Impact Profile-SA-SIP-30) ölçekleri kullanılabilir.

Bu ölçeklerin tamamı Türkçeye henüz uyarlanmasa da diğer ülkelerde “inme”ye özgü yaşam kalitesini değerlendirmede güvenilir ve objektif ölçüm araçları olarak kullanılmaktadır (Hakverdioğlu Yönt ve Khorshid, 2012; Oren vd., 2020, Kowalczyk and Zawazka, 2020).

2.9.Tele-Hemşirelik

Çağımızın bilişim ve iletişim çağı olarak tanımlandığı, dünyadaki bilgiye ve teknolojiye ulaşım hızının her geçen gün arttığı bilinmektedir. Teknolojinin sağlık bakım uygulamaları yönündeki gelişimi, sağlık bakım uygulamalarının daha hızlı ve kaliteli bir şekilde gerçekleştirilmesini sağlamaktadır (Ersoy vd., 2015). Teknolojik gelişmelerin günlük hayata yansması ve sağlık alanında hemşirelik bakımı uygulamalarında kullanılmasıyla hemşirelik bakımı ve yaşam kalitesinin yükseldiği görülmektedir. Ulaşımdaki engeller, karmaşık sağlık sorunları, yüksek maliyetler; hemşirelerin bakım uygulamalarının sürekliliğini sağlamak için tele-sağlık

teknolojilerini bakım uygulamalarında kullanmalarını zorunlu hale getirmektedir (Uslu vd., 2016; Keskin ve Özelvacı, 2022).

Tele-sağlığın hemşireliğe uyarlanmasıyla “Tele-hemşirelik” kavramı ortaya çıkmıştır. Tele-hemşirelik, geçmişte hastaların telefonla danışmanlık olarak bildiklerinin çok ötesinde olan yeni bir kavramdır (Sharma, 2018). Tele-hemşirelik, hemşirelik bakımı sunumunda yenilikçi ve gelişmiş yöntemlerden biridir. “Tele-Nursing” sözcüğü, kökenini uzaklığı ima eden Yunanca kelime “telos” dan almaktadır. Tele-hemşirelik, hasta bakımı sunumunu geliştirmek için telekomünikasyon teknolojisinin kullanılmasını ifade etmektedir. Tele-hemşirelik ses, veri ve video iletişim sinyallerini iletmek için elektromanyetik kanalların (örneğin tel, radyo ve optik) kullanımını içermektedir. Uluslararası Hemşirelik Konseyi (2007) tele-hemşireliği, “Hemşirelik bakım uygulamalarını yürütmek için tele-sağlık teknolojisinin kullanılması” olarak tanımlarken Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) tele-hemşireliği, tele-sağlığın bir alt boyutu olarak hemşirelik için belirli bir meslek pratiği şeklinde tanımlamaktadır (Ersoy vd., 2015; Pazar vd., 2015; Rawata, 2018; Hafermalz and Riemer, 2016). Tele-hemşirelik kavramı, hemşirelik bakım uygulamalarının sonuçlarını planlama, bakım, uygulama ve değerlendirirken bilgisayar, internet, telefon, uzaktan izleme cihazları ve dijital değerlendirme araçlarını kullanmaya odaklanmaktadır (Goudarzian et al., 2018; Sharma, 2018).

Tele-hemşireliğin tarihsel gelişiminde, tele-hemşirelik bakım hizmetlerinin ilk olarak 1974 yılında hastane merkezli uygulandığı ve diğer hastanelere bakım hizmeti boyutunda danışmanlık sunulmasıyla başladığı belirtilmektedir. Tele-hemşirelik kavramının tam olarak uygulanmaya geçişinin 1992 yılında, Amerikan Hemşireler Birliği (ANA)’nin “Hemşirelik Bilişim Uzmanlığı”nı hemşirelikte özel bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmesiyle gerçekleştiği ifade edilmektedir (Ersoy vd., 2015). Teknolojide gelişimin günlük hayata yansması ve sağlık alanına uyarlanmasıyla tele-hemşirelik uygulama alanlarında da artış görülmektedir. Günümüzde sağlık bakımı uygulama alanlarına bakıldığında, tele-hemşirelik yoluyla gerçekleştirilen bakım uygulamalarının daha çok telefon ile triaj, evde bakım hizmetleri, danışmanlık ve sağlık bakımı alanında farklı telekomünikasyon yöntemleriyle gerçekleştiği görülmektedir (Şenyüz ve Şentürk, 2017).

Tele-hemşirelik uygulaması yenilikçi bir yaklaşım olmakla birlikte başkalarına bağımlı ya da kısmen bağımlı olan, sağlık bakım kurumlarına uzak bölgelerde

yaşayan hastaların taburculuk sonrasında kendi yaşam alanlarında gereksinimlerini karşılayabilmeleri için yararlı bir yöntemdir (Boro ve Hariyati, 2019). Sağlık bakım hizmetlerinin bireyin kendi yaşam alanında devam ettirilebilmesi hastaların fiziksel koşullar nedeniyle sağlık bakım hizmetlerine ulaşamamalarını önlemektedir. Tele-hemşirelik uygulamalarındaki gelişmeler, özellikle kronik hastalıklar gibi uzun dönem bakım ve takip gerektiren hastaların bakımlarının daha düzenli gerçekleştirilmesini sağlamaktadır (Ersoy vd., 2015).

Tele-hemşirelikle hemşireler; video konferans, telefon veya internet aracılığıyla bakıma ihtiyaç duyan bireyi arayarak bakımına yardımcı olabilmektedirler. Bakıma ihtiyaç duyan bir bireye evde bakım hemşireliği uygulamaları aracılığıyla gün içerisinde sınırlı sayıda danışmanlık hizmeti sunulabilmesine karşın, tele-hemşirelikle gün içerisinde birden çok hastaya sınırsız sayıda bakım desteği sağlanabilmektedir. Ayrıca hastaların kendi bakımlarına ilişkin soruları yanıtlanabilmekte ve öz bakım farkındalıkları güçlendirilebilmektedir (Aslan Doğan ve Gül, 2021). Tele-hemşirelik yoluyla gerçekleştirilen bakım uygulamaları günümüzde birçok gelişmiş ülkede yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu doğrultuda uzun süreli bakım gereksinimi olan hastaların bakım kalitesinde artışa ve sağlık bakım maliyetinde azalmalara neden olduğu belirtilmektedir (Ersoy vd, 2015; Keskin ve Özhelvacı, 2022).

Tele-hemşirelik teknolojisinin bakım sunumunda kullanımı, ayakta tedaviyle acil servislere başvuru sayısını azaltmada, hastanede kalış süresini kısaltmada, hastaya sunulan bakımın kalitesini yükseltmede, hastaların öz bakım yeterliliklerinin artırmada ve maliyetin azaltılmasında son derece yararlı olduğu bildirilmektedir (Behzad and Haghani, 2016; Rawata, 2018; Kotsania et al., 2018; Shahrokhi et al., 2018).

Literatürde tele-hemşirelik uygulamasının hemşirelere esnek çalışma saatleri, daha az seyahat etme, bakımda maliyet etkinlik, iş doyumunda artış, sorunları hızlı bir şekilde ele alma ve çözümlenme fırsatı sunduğu bildirilmektedir. Aynı zamanda tele-hemşireliğin sağladığı diğer yararlar olarak; hastanın bakım ihtiyacını kolay değerlendirebilme, ekonomik olma, kaliteli bakım sunma, bakıma ilişkin memnuniyeti artırma ve zamanı etkin kullanma olarak sıralanmaktadır (Wei et al., 2017; Rawata, 2018; Ganefianty and Yona, 2019; Rambur et al., 2019). Ghouami-Shilsari ve Bandboni (2019)'in kronik hastalıklarda tele-hemşireliğin etkilerini

incelemek üzere yapmış oldukları meta-analiz çalışmasında, tele-hemşireliğin eğitimsel, klinik, psikolojik ve ekonomik boyutta hemşirelik uygulamalarında etkili bir yöntem olduğu, hastalarda semptom kontrolünü kolaylaştırdığı, bireylerin zihinsel sağlığını ve kişisel bakım davranışlarını geliştirmeye yardımcı olduğu bildirilmiştir.

Guoudarzian vd. (2018)'nin tele-hemşirelik uygulamasının inmeli hastaya bakım veren hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon düzeylerine olan etkisini inceledikleri diğer bir çalışmada, tele-hemşireliğin hasta yakınlarının psikolojik iyilik halini pozitif yönde etkilediği ortaya çıkarılmıştır. Bikmoradi vd. (2017)'nin yapmış oldukları çalışmada da koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası taburcu edilen hastalara verilen tele-hemşirelik danışmanlığının hasta bakım maliyetini azalttığı ve hastaların yaşam kalitesini arttırdığı belirlenmiştir. Ajalli ve Fallahi Khoshknab (2015)'in yapmış olduğu bir meta-analiz çalışması sonrasında da tele-hemşirelik yöntemiyle verilen bakım sonrasında hastaların tedavi ve bakımlarına uyumlarının arttığı, hastalarda mortalite oranı, bakım maliyeti, anksiyete ve depresyon ile hastaların yeniden hastaneye başvurusu sayısının azaldığı ve hastaların yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır.

Tip II Diyabet hastalarında tele-hemşirelik uygulamasının etkilerini belirlemek üzere yapılan bazı çalışmalarda (Wei et al., 2017; Kotsania et al., 2018; Yang et al., 2018; Magda et al., 2020), tele-hemşirelik eğitimi ile Tip II diyabetli hastaların sağlık bakım davranışlarının geliştirildiği, hastalık semptomlarının kontrol altına alındığı belirlenmiştir. Ülkemizde Tuna vd. (2017)'nin meme kanserli hastaların ameliyat sonrası bilgi gereksinimlerinin ev ortamında tele-hemşirelik yöntemiyle karşılandığı bir araştırmadaysa telefon görüşmesi yapılan hastalarda bakım memnuniyetinin arttığı bildirilmiştir. Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada da, tele-hemşirelik yöntemi ile verilen post partum emzirme danışmanlığının, ilk altı ayda kadınların öz yeterliliklerini arttırdığı ve annelerin anne sütü verme davranışlarını olumlu yönde etkilediğinin saptanmasıdır (Gölbaşı vd., 2019). Bununla birlikte tele-hemşirelik uygulamalarının gelişebilmesi ve sistemli bir şekilde uygulanabilmesi için bu teknolojiyi kullanabilecek yeterliliğe sahip hemşirelerin sayısının artırılması gerektiği belirtilmektedir (Pazar vd., 2015; Schaumberg,2020; Aslan Doğan ve Gül, 2021).

2.10. Orem' in Öz-Bakım Yetersizliği Kuramı

2.10.1. Orem' in Mesleki Birikimi ve Kuramın Tarihsel Değerlendirmesi

Dorothea Elizabeth Orem, 1956'da hemşirelik ve öz-bakım kavramlarına yönelik ilk çalışmaları yapmıştır. 1959 yılında Katolik Üniversitesi Hemşirelik Eğitimi Bölümünde eğitim almıştır. "Guide for Developing Curricula for the Education of Practical Nurses" adlı kitabını yayımlamıştır (Fawcett, 2006; Pektekin 2013).

Orem, 1971'de "Nursing Concepts of Practice" kitabını, 1973 yılında da Hemşirelik Gelişimi Birliği tarafından, Öz-Bakım Kuramı'na yönelik "*Concept Formalization in Nursing: Process and Product*" isimli kitabını yayımlanmıştır. 1980, 1985 ve 1986'da yayımlanan kitaplarında Öz-Bakım Kuramı ile ilişkili üç teoriye yer vermiştir (Fawcett, 2006).

Orem, çoğu hemşirelik eğitim programının tıp, psikoloji ve sosyoloji gibi diğer disiplinleri temsil eden kavramsal modellere dayandığı 1950'li yıllarda Öz-Bakım Kuramı'nı geliştirmeye başlamıştır. Bu nedenle Orem, hemşireliğin kendine özgü bilgisinin gelişiminde bir öncü olarak görülmüştür. Orem, hemşirelik alanının ve sınırlarının tanımlanmasına yönelik bu görevin bir bilim ve bir sanat olduğunu belirtmiştir (Menekli, 2017).

Öz-Bakım Kuramı, özellikle hemşirelik sorunlarının göz ardı edilmesi, sorunlara yönelik araştırmalardan elde edilen bilgilerin kullanılmasındaki problemler gibi hemşireliğin boyutlarını içeren genel unsurların belirlenememesine bir çözüm olarak geliştirilmiştir. Orem'in gözlemleri, "hemşireliğin hem düşünce biçimini hem de iletişim biçimini içeren" düşüncesinin oluşmasını sağlamıştır. Bu soruların cevapları ilk olarak Orem'in (1956, 1959) hemşireliği tanımı ardından, öz-bakım kuramı ilkel öğelerinin ifade edilmesi ile ortaya çıkmıştır (Fawcett, 2006; Menekli, 2017).

Orem (1959), bireylerin sağlık durumlarıyla ilişkili, kendi bakımları konusundaki yetersizliklerin hemşirelik gereksinimine neden olduğunu belirtmiştir. Daha sonra da günlük öz-bakım alanlarını, bireylerin öz-bakım yeteneklerini sınırlayan durumları ve öz-bakım yetenekleri sınırlı olanlara yardımcı olma yöntemlerini belirlemiştir (Fawcett, 2006). Orem, hemşireliğin anlamına yönelik yaptığı çalışmaları altı soruya göre yapılandırmıştır:

1. Hemşireler ne yapar ve hemşirelik uygulayıcıları olarak ne yapmalıdırlar?”
2. Hemşireler neyi, niçin, hangi sebeple yaparlar?
3. Hemşireliğin uygulayıcıları olarak yaptıkları neyle sonuçlanır?
4. Hemşirelik uygulamalarında etkili olan insan gereksinimleri nelerdir?
5. Gereksinimi olan bireylere yönelik yapılan hemşirelik uygulamalarının niteliği ve yapısı nasıldır?
6. Hemşireliğin bireyin ve ailesinin sorumlulukları dışındaki hemşirelik uygulamalarında insan gereksinimleri ne anlam taşır? (Fawcett, 2006).

“*Nursing: Concepts and Practice*” kitabının ilk baskısında Orem (1971), öz-bakımın boyutlarını ve hemşirelik boyutlarını açıklamıştır. İkinci baskısında "Hemşireliğin Genel Kapsamlı Teorisine", üçüncü baskısında ise öz-bakım yetersizliği, öz-bakım ve hemşirelik sistemine yer vermiştir. Orem (1991, 1995, 2001) genel hemşirelik kuramını adlandırmış, öz-bakım, öz-bakım yetersizliği ve hemşirelik sistemleri kuramları ile ilgili bir hiyerarşik yapıyı ele almıştır (Fawcett, 2006). Orem, hemşireliği "bir toplum için hizmet, toplum için sanat ve toplum için teknoloji" olarak görmektedir. Orem bir sanat olarak hemşireliğin, ne yapacağına karar verme ve planlama gibi entelektüel bir yönü olduğuna, pratik yönününse bakım verme ve bakıma ilişkin engellerle baş etme olduğuna inanmaktadır (Shin 2007).

2.10.2. Öz-Bakım Kuramı'nın Dört Temel Kavramı

Hemşireliğin insan, çevre, sağlık ve hemşirelik metaparadigmaları, öz-bakım kuramı kavramlarına da yansımaktadır. Orem, insan ve çevre arasında karşılıklı etkileşim olduğunu savunmaktadır. İnsanın eşsiz üniter bir varlık olduğunu, asla çevresinden ayrı düşünülemeyeceğini ifade etmiştir. Teorisinde, hemşireliğin paradigmasını oluşturan insan, sağlık, çevre ve hemşirelik kavramlarının tanımını da bu görüş doğrultusunda yapmıştır (Fawcett, 2006).

2.10.2.1. İnsan

Orem'e göre insan; bir çevresi olan, deneyimlerini simgeleştirebilme gücüne sahip, kendisi ve başkası için yararlı uygulamaları yapmak isteyen, diğer canlılardan farklı gösteren bireydir. Sosyal bir varlık olan insan, fiziksel, psikolojik, toplumsal ve sosyal bileşenleri bir arada içermektedir. İnsanın öğrenme ve gelişme potansiyeli bulunmaktadır. Bireyin öz-bakım gereksinimlerini karşılayabilmesi, öğrenilmiş bir davranıştır (Fawcett, 2006; Meleis 2012).

2.10.2.2. Sağlık

Orem, sağlığı, fiziksel, mental ve sosyal olarak iyi olma ve hastalığın olmaması olarak tanımlamıştır. Bireyin algısıyla ilgili olan iyi olma durumu, hoşnutluk, memnuniyet, mutluluk, hedeflerin olması, hedeflere ulaşmak için planlar yapma ve uygulamayı gerektirmektedir (Fawcett, 2006; Converse, 2006).

2.10.2.3. Hemşire

Orem'e göre hemşirelik, bakıma gereksinimi olan bireylere hemşireler tarafından bilimsel bilgi doğrultusunda verilen hizmet şeklidir. Ona göre hemşireliğin amacı, insanların yaşamını koruması ve sağlıklarının geliştirilmesi, hastalık/sakatlığın iyileştirilmesi veya hastalık durumlarıyla baş edebilmek için öz-bakım gücünün gelişmesini sağlamaktır. Hemşire, hastanın tedavi edici öz-bakım gereksinimlerini karşılarken aynı zamanda onun öz-bakımını yapabilmesine yönelik girişimlerini de sürdürür. Hemşirelik uygulamaları; insanların hayatını, sağlığını ve iyiliğini etkilediği için, hemşirelik uygulamalarının sadece teknolojik boyutları değil aynı zamanda ahlaki boyutları da vardır (Fawcett, 2006; Alligood and Tomey, 2013).

2.10.2.4. Çevre

Orem'e göre çevre, bireyin öz-bakım uygulama yeterliliğini etkileyen fiziksel, kimyasal, biyolojik özellikler ve sosyoekonomik durumdur. İnsan, çevre ile birlikte bir bütün sistemi oluşturmaktadır (Fawcett, 2006).

2.10.3. Öz-Bakım Kuramı ile İlgili Diğer Kavramlar

Hasta: Bakım alan birey, bir yerde ya da yerlerde bir sağlık bakım hizmetleri uygulayıcısının bakımı altında olan kişi olarak tanımlanmaktadır.

Terapötik Öz-Bakım Gereksinimi: Zaman içerisinde bireyler tarafından ihtiyaç görülen öz-bakım gereksinimlerinin karşılanması için gerekli öz-bakım uygulamalarıdır. Terapötik Öz-Bakım Gereksinimi, her bireyin yaşamının ayrılmaz bir parçasıdır. Bireylerin yaşam döngüsü boyunca farklı düzey ve özellikte öz-bakım gereksinimi bulunmaktadır. Terapötik Öz-Bakım Gereksinimi kavramının (1) Evrensel Öz-Bakım Gereksinimi, (2) Gelişimsel Öz-Bakım Gereksinimi ve (3) Sağlıktan Sapmada Öz-Bakım Gereksinimi olmak üzere üç boyutu vardır (Fawcett, 2006).

Öz-Bakım: Orem (2001) kavramı "Aynı ya da değişen çevrede kendi gereksinimlerini karşılayabilmek için ihtiyaca uygun, güvenilir ve geçerli

uygulamalardan faydalanma gücüne sahip olan kişilerin eylemi” olarak tanımlamıştır. Orem, öz-bakımı hem “kişinin kendine” bakması hem de “kişi tarafından verilen” bakım anlamına geldiğini belirtmektedir (Orem, 2001).

Öz-Bakım Yeteneği: Bireyin yaşam sürecini düzenleyen, yaşam bütünlüğünü sağlayan, sağlıklı olmayı destekleyen bakım uygulamaları için sahip olması gereken yetenektir. Öz-bakım yeteneği, bireyin tüm yaşam sürecinde gelişimine, sağlık durumuna, eğitimine, yaşam deneyimine göre çeşitlilik göstermektedir (Menekli, 2017).

Öz-Bakım Ajanı: Öz-bakım yapan bireydir (Orem, 2001). Öz-bakım yapan birey kavramında, “yapan birey” ifadesi “harekete geçen kişi” anlamında kullanılmaktadır (Fawcett, 2006).

Bağımlı Birey Bakımı: Kendi bakımı için başkasına bağımlı bireyler için bakımın sorumluluğunu alan kişi tarafından yapılan uygulamalar olarak tanımlanmaktadır (Fawcett, 2006).

Bağımlı Bireye Bakım Ajanı: Orem bu kavramı, bebek bakımı, çocuk bakımı, ya da bağımlı bireye bakım veren kişi olarak tanımlamıştır. Bağımlı bireye bakım veren ifadesinde, “öz-bakım yapan birey” kavramında olduğu gibi, “yapan birey” ifadesi “harekete geçen kişi” anlamında kullanılmaktadır (Orem, 2001).

Öz-Bakım Sağlama: Bireyin yaşam süreçlerini düzenleme, insan yapısının bütünlüğünü, işleyişini ve gelişimini koruma, destekleme ve iyi olma durumuna katkıda bulunan öz-bakım gereksinimlerini karşılamak için çok boyutlu uygulamaları yerine getirme olarak tanımlanmaktadır (Orem, 2001).

Temel Durumsal Etmenler: Bireyin öz-bakımını sağlama ve sürdürme yeteneklerini niteliksel ve niceliksel olarak etkileyen, iç ve dış etmenler olarak tanımlanmaktadır. Bu etmenlerden bazıları yaşam boyu değişmeden kalırken bazıları değişikliğe uğrayabilir. Orem, bireyin öz-bakımını etkileyen on temel durumsal etmen belirlemiştir. Bunlar:

1. Yaş
2. Cinsiyet
3. Gelişim evresi
4. Sağlık durumu
5. Sosyo-kültürel oryantasyon

6. Sağlık bakım hizmeti unsurları
7. Aile sistemi unsurları
8. Yaşam biçimleri
9. Çevresel unsurlar
10. Kaynakların yeterlilik durumudur (Orem, 2001; Fawcett, 2006).

Güç Bileşenleri: Bireyin öz-bakım uygulama yeteneğini etkileyen bileşenlerdir. “Güç bileşenleri” kavramının iki boyutu vardır. Bunlar, bireyin öz-bakım uygulamaları için güç bileşenleri ve hemşirelik öz-bakım uygulamaları için güç bileşenleridir.

Öz-Bakım Yetersizliği: Var olan çeşitli sınırlılıklardan dolayı, bireylerin öz-bakım yeteneklerinin etkilenmesi sonucunda bireylerin terapötik öz-bakım gereksinimlerinin bazılarını ya da tamamını karşılayamama durumudur (Orem, 2001).

Bireylerin sahip olduğu öz-bakım yeteneğiyle öz-bakım gereksinimleri arasında bir denge vardır. Eğer gereksinim bireyin öz-bakım yeteneğini aşan bir düzeydeyse o zaman bir dengesizlik oluşur. Bu durum, “öz-bakım yetersizliği” olarak ifade edilir (Orem, 2001; Fawcett, 2006).

2.10.4. Öz-Bakım Kuramı’ nın Özellikleri

Öz-bakım, Orem’ in kuramının ana kavramlarından biridir. Öz-Bakım Kuramı, yaşamın sürekliliği için öz-bakımın neden gerekli olduğunu açıklamaktadır. Öz-bakım bireylerin kişisel olarak, yaşamlarını sağlık ve iyiliklerini korumak için kendilerine düşen bakım uygulamalarını yerine getirmeleridir (Orem, 2001; Shin 2007). Orem, öz-bakım gereksinimlerinin karşılanmasında, bireyden kaynaklanan yetersizliklerin hemşireliğe gereksinim duyulmasına neden olduğunu belirtmiştir.

● Öz-bakım, bireyin kişiler arası ilişkilerinden, aile özelliklerinden, kültürel ve sosyal deneyimlerinden etkilenir.

● Öz-bakım, insanların sorumluluk alabildikleri bakım uygulamalarına dayanır.

● Öz-bakım, herkesin karşılanması gereken temel insan gereksinimleridir. Bu gereksinimler karşılanmadığı zaman, sağlık olumsuz yönde etkilenir.

● Öz-bakım uygulamalarını başarabilmek için bireyin öz-bakım gücünün olması gerekir.

● Öz-bakım, bireyin eyleme geçmesini sağlayan öz-kontrolünün bir parçasıdır.

•Öz-bakımda birey, “öz-bakım ajanıdır” ve bu bakımda aktif olan, bakım uygulamasını yapan kişidir.

•Öz-bakım, doğrudan “benlik” kavramından etkilenmektedir (Orem, 2001; Converse, 2006; Fawcett, 2006; Shin, 2007; Alligood and Tomey, 2013).

Orem’in “Öz Bakım Kuramı” üç ayrı kuramı içeren genel bir kuramdır. Bu kuramlar;

1.Hemşirelik Sistemi Kuramı

2.Öz-Bakım Yetersizlik Kuramı

3.Öz-Bakım Kuramı’ dır.

2.10.4.1. Hemşirelik Sistemi Kuramı

Bireyin terapötik öz-bakım gereksinimlerinin karşılanması için hemşire tarafından gerçekleştirilen hemşirelik uygulamaları, hemşirelik sistemini oluşturmaktadır. Hemşirelik sistemi, birey ve hemşirelerin birlikte belirledikleri, planladıkları ve uyguladıkları eylemlerin tümü olup bireyin sağlık gereksinimlerinin nasıl karşılanacağını ya da bireye nasıl yardım edileceğini ifade etmektedir. Bakımın içeriği ve düzeyi bireyin gereksinimlerine bağlıdır. Bireylerin bakım gereksinimlerinin karşılanması için üç tip hemşirelik sistemi tanımlanmıştır (Pektikin, 2013; Menekli, 2017).

a. Tümüyle Eksikliği Giderici Hemşirelik Sistemi

Bireyin öz-bakımında hiçbir aktif uygulamasının olmadığı durumları temsil etmektedir. Hemşire, bireyin tüm bakım gereksinimlerinin tamamını karşılamaktan sorumludur.

•Birey, fiziksel ve psikolojik olarak tümüyle yetersizdir.

•Birey, fiziksel olarak yetersizdir, fakat çevrede gelişen olayların farkındadır.

Birey, günlük yaşam aktivitelerini, güvenliğini sağlamada ve diğer yaşamsal faaliyetlerini yerine getirmede tamamen yetersizdir. Bu durumda hemşire, bireyin oksijenasyon, besin alımı, boşaltım, kişisel temizlik, egzersiz ve duyuşsal uyaran da içeren tüm gereksinimlerinin karşılanmasını güven altına almalıdır (Fawcett, 2006; Alligood and Tomey, 2013).

b. Kısmen Eksikliği Giderici Hemşirelik Sistemi

Hemşire ve bireyin bakım uygulamalarını birlikte gerçekleştirdiği durumu ifade etmektedir. Birey, öz-bakımına ilişkin çoğu gereksinimini karşılayabilmekte

bakım gereksinimi konusunda öz-bakım ajanı olarak hemşireyle iletişim kurabilmektedir (Menekli, 2017).

c. Destekleyici-Eğitsel Hemşirelik Sistemi

Bireyin gereksinimi olan öz-bakım uygulamalarını gerçekleştirmek için öğrenebilme yeteneğine sahip olduğu durumda hemşireye bakım uygulamaları konusunda destek, rehberlik, uygun çevrenin sağlanması ve uygun öğretim yöntemlerini kullanması konularında ihtiyaç duymasıdır (Fawcett, 2006; Pektekin, 2013; Menekli, 2017).

2.10.4.2. Öz-Bakım Yetersizlik Kuramı

Öz-Bakım Yetersizlik Kuramı, Orem'in genel hemşirelik kuramının temelini oluşturmaktadır. Bu kuram aynı zamanda, hemşireliğin bireyin bakımında neden ve hangi anlarda gerekli olduğunu açıklamaktadır. Bireyin sahip olduğu öz-bakım gücü, zaman içinde ortaya çıkan öz-bakım gereksinimini gidermede yetersiz kaldığı durumlarda, birey hemşirelik bakım uygulamalarına gereksinim duymaktadır. Bu durumda, hemşirenin birey tarafından bilgi ve yardım etme becerisine sahip öz-bakım ajanı olarak algılanması gerekmektedir. Orem, "Öz-Bakım Yetersizlik Kuramı" nda hemşirenin, bireye gereksinimi olan bakımın sunumunda kullanması gereken yöntemleri tanımlamaktadır. Bu yöntemler;

1. Birey adına öz-bakımına karar vermek ya da öz-bakım gereksinimi karşılamak,
2. Bireye öz-bakım gereksiniminin karşılanmasında rehberlik etmek ve yönlendirmek,
3. Bireyi öz-bakım gereksinimlerinin karşılanmasında fiziksel ve psikolojik olarak desteklemek
4. Bireyin öz-bakım gereksinimini karşılayabileceği çevrenin oluşturulmasını sağlamak,
5. Bireyin öz-bakım gereksinimini karşılamada ihtiyaç duyduğu bilgiyi sunmak.

Öz-bakım ajanı olarak hemşire, bireyin öz-bakım gereksiniminin karşılanmasında bu yöntemlerden birini, birkaçını ya da tamamını kullanabilir (Meleis, 2012; Menekli, 2017).

2.10.4.3. Öz-Bakım Kuramı

Orem, öz-bakım gereksinimlerinin karşılanmasında bireylerin gerek karar verici gerekse uygulayıcı olarak bireysel sorumluluklarını alması ve bu doğrultuda bireyin öz-bakımında sürekli çaba göstermesi gerektiğini bildirmektedir. İnsan yaşam sürecinde bebeklik, çocukluk, ergenlik ve ileri yaşlılık dönemlerinde öz-bakımının karşılanmasında tamamen ya da kısmen yardıma gereksinim duyar. Orem, bireyin öz-bakım gücünü etkileyen bazı faktörler olduğunu kuramında açıklamaktadır. Bu faktörler yaş, cinsiyet, gelişim durumu, sağlık durumu, sosyokültürel özellikler, sağlık sisteminin özelliği, aile, bireyin yaşam şekli ve faaliyetleri, bireyin yaşadığı çevrenin özelliği ve öz-bakım gereksinimlerinin karşılanmasında kaynakların yeterliliği ve ulaşılabilirliğidir (Meleis, 2012; Menekli, 2017).

Orem'e göre öz-bakım gereksiniminin üç kategorisi vardır. Bunlar:

- a. Evrensel Öz-Bakım Gereksinimleri
- b. Gelişimsel Öz-Bakım Gereksinimleri
- c. Sağlıktan Sapma Durumunda Öz-Bakım Gereksinimleri'dir.

a. Evrensel Öz-Bakım Gereksinimleri

Evrensel öz-bakım gereksinimleri, günlük yaşam aktivitelerini kapsayan, insan yapı, işlev ve yaşam sürecinin devamlılığını sağlayan gereksinimlerdir. Bu gereksinimler insanların yaşam döngüsünün tüm dönemlerinde gereklidir. İnsani yapı ve işlevselliğini sürdürmeye, gelişim ve olgunlaşmasını desteklemeye yönelik eylemlerin tamamını içeren gereksinimler, etkili şekilde karşılandığında iyilik hali görülmektedir. Sağlıklı bir bireyin öz-bakım gereksinimlerinin karşılanması için yeterli öz-bakım gücüne sahip olması gerekmektedir (Meleis, 2012; Pektekin, 2013; Menekli, 2017).

Evrensel Öz-Bakım Gereksinimleri:

- Yeterli hava alımının sürdürülmesi
- Yeterli sıvı alımının sürdürülmesi
- Yeterli besin alımının sürdürülmesi
- Boşaltım sistemi ve dışkılama ile ilgili fonksiyonların sağlanması
- Aktivite ve dinlenme arasındaki dengenin sürdürülmesi
- Yalnızlık ve sosyal etkileşimin sürdürülmesi
- İyilik halinin devam etmesi, insan temel yapı ve fonksiyonlarını bozan risklerin önlenmesi

- Bireyin sınırlılıkları ve istekleri arasında uyum olmasıdır.

Sağlıklı bir bireyde öz-bakım gücü ile evrensel öz-bakım gereksinimleri arasında denge olması gerekmektedir (Menekli, 2017).

b. Gelişimsel Öz-Bakım Gereksinimleri

Gelişimsel gereksinimler, yaşam sürecinin devam edebilmesi için farklı yaşam dönemindeki bireylerin gereksinimlerinin karşılanması ve bireylerin gelişimsel evrelerini etkileyen olumsuz koşulları önleyici bakım uygulamalarını kapsamaktadır (Fawcett, 2006; Meleis, 2012). Orem'e göre insanın öz-bakım gereksinimlerini belirleyen gelişimsel evreler;

- Yaşamın intrauterin dönemi ve doğum süreci
- Yaşamın neonatal dönemi
- Zamanında ya da prematüre doğum
- Normal doğum kilosu veya düşük doğum tartısı
- Bebeklik dönemi
- Puberte ve adölesan dönemi
- Yetişkinliğin gelişimsel dönemi ve
- Gebelik dönemidir.

Gelişimsel gereksinimler, farklı gelişimsel düzeylere göre sahip olunan özel bakım gereksinimleridir (Menekli, 2017).

c. Sağlıktan Sapmada Öz-Bakım Gereksinimi

Bireyin sağlık durumunda oluşan rahatsızlıklar, sakatlık ya da hastalık nedeniyle karşılayamadığı evrensel öz-bakım gereksinimleri bulunduğu ihtiyacı olan öz-bakımı gereksinimidir (Fawcett; 2006). Orem'e göre hemşirelik bakımına olan gereksinim, bireylerin sağlıkları ile ilgili olaylardan doğmaktadır. Bireyler, sağlık durumlarında sapma meydana geldiğinde öz-bakım gereksinimlerini karşılayamadıklarında öz-bakım ajanı olarak hemşireden yardım istemektedir. Hemşirelik bakımının sunulmasıyla bireylerin sahip olduğu öz bakım-gücüsüyle öz-bakım gereksinimleri arasındaki dengenin sağlanması mümkün olmaktadır (Meleis, 2012; Alligood and Tomey, 2013; Menekli, 2017).

2.11. Öz-Bakım Gücü ve İnme

Öz-bakım bireyin kendi isteğiyle kaliteli bir hayata sahip olmak için yaşamlarında değişiklik yapması ve bu davranışlarını alışkanlık haline getirmelerini içeren bir süreçtir. Orem, öz-bakım kavramını; bireyin öz-bakım eylemine olan ihtiyacını, bireyin yaşamını ve sağlığını sürdürmek için öz-bakımını yönetmeyi, hastalık ve yaralanmaların iyileşmesini ve hastalığın etkileri ile başa çıkmayı içeren eylemler olarak ifade etmektedir (Orem, 2001).

Öz-bakım kavramı, bireye göre özelleşmektedir. Bireyin öz-bakımı, yaş, gelişim evresi, sağlık durumu, sosyo-kültürel özelliği, aile düzeni, yaşam biçimi, deneyimleri, çevresel özellikleri ve ekonomik özelliklerinden etkilenmektedir. Öz-bakım gücü, bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmesinde, sağlığın kazanılması, sürdürülmesi ve yükseltilmesi ile ilgili çevresel faktör ve koşullardan etkilenen çok boyutlu ve kazanılmış gereksinimi olan bakım yeteneğidir (Alligood and Tomey, 2013).

Bireyin öz-bakım gücü üzerinde etkin birçok bileşen bulunmaktadır. Bu bileşenler, kendine güvenme ve saygı duyma, sahip olunan fiziksel enerjiyi doğru yönlendirme, bireyin baş etme gücü ve stratejileri, anlama yeteneği, güdüleyicileri, karar verme yeteneği, öz-bakım konusunda bilgi kapasitesi ve uygulama becerisi, bilişsel özellikleri, iletişim becerileri, öz-bakım davranışlarını yaşamında uyumlandırma becerisi olarak açıklanmaktadır (Shin, 2006). Orem'e göre birey doğduğu anda ilk olarak anneye ve diğer bakım vericilerine bağımlı durumdadır. Yaşam döngüsündeki dönemlerinin özelliklerine göre bilgi-becerileri artış gösterir, birey bağımsızlığını kazanır ve öz-bakımını gerçekleştirme sorumluluğunu alır. Sağlıktan sapma durumunda bireyin öz-bakım gücü olumsuz etkilenmektedir. Bireyin öz-bakımını değerlendirildiğinde öz-bakım eksikliği saptandığında gereksinimi olan destek sağlanmalıdır (Fawcett, 2006). Orem'in Öz-Bakım Kuramı'nda yer alan öz-bakım gücü ile ilgili değerlendirmelerinde,

- Birey yaşamını devam ettirebilmek ve kendi yeterliliklerine uygun olarak hareket edebilmek için bir güce gereksinim duymaktadır.
- Bireyde hem kendisinin hem de başkasının öz-bakım ihtiyacını belirleme ve gerçekleştirme gücü bulunmaktadır.
- Yetişkin bir bireyin öz-bakım özelliği bireyseldir.

- Bireyin kendisinin ve başkasının öz-bakım gereksinimlerini belirleme ve karşılama, ihtiyacı olan gücü elde edebilmesi için farklı yollar geliştirilmektedir.
- Sosyal bir topluluk halinde yaşayan, bir grubu temsil eden ve sorumluluklarını paylaşan bireyler, öz-bakımlarını yerine getirebilmek için ihtiyaçları olan öz-bakım gücünü kazanmada kendilerini sorumlu hissederler (Orem, 2001; Meleis, 2012; Menekli, 2017).

Orem, hemşirelik bakımının amacını, bireye öz-bakım gereksinimini karşılayabilmesi için öz-bakım gereksinimlerini belirlemede, yerine getirmede ve sürdürmede yeterli hale gelmelerini sağlamak, bu amaç için bireyin ailesi ve yakınlarını da sürece dahil ederek öz-bakım eğitimi ve danışmanlık sunmak olarak açıklamıştır. Öz-Bakım Kuramı'nın temelinde sunulan hemşirelik bakımı, bireyin bakım gereksinimlerinin karşılanması için kendi yaşam sürecinin düzenlenmesini ve gelişmesini sağlayan, bireyin kazanmış olduğu bir yetenek olan öz-bakım gücünün artırılmasına odaklanmaktadır (Fawcett, 2006; Meleis 2012; Mohammadpour et al., 2015; Masters, 2015).

Kronik hastalıklar, bir ya da daha fazla sistemde, geriye dönüşsüz yapı ve fonksiyon bozukluğuna yol açan ve hastalıkların birbiri üzerine eklendiği uzun dönem sağlık sorunlarıdır. Kronik hastalıkların başında gelen inme sonrasında kas gücü, hareket, enerji, uyku, hafıza gibi vücut fonksiyonlarında konuşma, hareket etme, giyinme, yemek yeme gibi öz-bakım aktivitelerinde ev işlerini yapabilme, kendine yemek hazırlama gibi aktiviteleri yerine getirmede sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Salcı vd., 2019).

İnmenin kronik doğası nedeniyle inme sonrası bireyin eski yaşam biçimine dönmesi ve öz-bakım gücünü kazanması zaman almaktadır. Bu süreçte bireyin fizyolojik, psikolojik ve rol değişikliklerine bağlı olarak öz-bakım gereksinimleri artmaktadır. Bu nedenle bireyin yaşamındaki değişikliklere ve hastalık sürecine uyumunu sağlamak önemlidir (Şenocak, 2008). İnme tanısı alan hastalarda hemşirelik bakımının önemli boyutlarını, fiziksel rahatlığın sağlanması, bireyin öz-bakımını desteklemek, öz-bakım eğitimi sunmak, rehabilitasyonu için uygun çevre sağlamak oluşturmaktadır (Hebert et al., 2016; Goudarzian, 2018). Bu bağlamda inmeli hastalarda bireyin öz-bakım gücünün artırılması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi, hemşirelik bakımının temel hedefini oluşturmaktadır (Bilgili ve Gözüm, 2014; Kheirollahi et al. 2017; Goudarzian et al., 2018).

2.12. Öz-Bakım Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımı

Orem'in Öz-Bakım Kuramı, doğrudan hemşirelik bakımıyla ilgili genel bir çerçeve sağlar. Orem, hemşirelik bakımını, tedavi edici öz-bakım ihtiyaçları, öz bakım gücü ve bunlar arasındaki ilişkiyi temel alarak açıklar (Fawcett, 2006). Bireylerin öz-bakım güçlerinin geliştirilmesi, desteklenmesi ve korunması, inme gibi kronik bir hastalığın yönetiminin sağlanması, hastaların öz-bakımları konusunda kendi güçlerinin farkına varmaları, hastalığın tüm olumsuzlukları ve belirsizlikleri ile başa çıkabilmeleri için Öz-Bakım Kuramı'na temellendirilen hemşirelik bakımı oldukça önemlidir. Öz-bakım ajanı olarak hemşireler, inme tanısı alan bireylerin öz-bakımının ve yaşam kalitelerinin en üst düzeye ulaşmasını sağlamak amacıyla bakım hizmeti sunmaktadır. Bireylerin öz-bakım güçlerini geliştirip, hastalık sürecinde var olan güçlerini öz-bakımlarında etkin olarak kullanabilmelerini sağlamada "Öz-Bakım Kuramı" hemşirelere rehber olma özelliği taşımaktadır (Menekli, 2017).

İnme tanısı alan bireyler için Öz-Bakım Kuramı temel alınarak oluşturulmuş hemşirelik bakımı, inmenin doğası, inmeye yönelik risk faktörleri, tekrarlayan inmeleri önleme, fizyolojik gereksinimlerin karşılanması, hareket, bireyin temel yapı ve işlevini korumaya yönelik bakım, bireyin bakım ve tedavi sürecine uyumu, bireyin sosyal etkileşimi ve duygusal destek sağlanmasına yönelik eğitimi içermektedir (Durna ve Akın, 2014; Mollaoğlu, 2016). Bireylerin fizyolojik yapı ve işlevlerinde bozulma ve kayıpların deneyimlendiği inmede, bireyin tüm yaşam aktiviteleri bu durumdan etkilenmektedir. Bu doğrultuda öz-bakım eksikliği yaşayan hasta, hemşirelik bakımına gereksinim duymaktadır (Fawcett, 2006).

2.12.1. İnmede Evrensel Öz-Bakım Gereksinimleri

Hava Alımının Sürdürülmesi: Hipoksi serebral dokuda ortaya çıkan iskemik hasarı arttıracığından bireyin solunumsal özelliklerinin (hız, derinlik, efor, ritim, ses, cilt rengi, sPO₂, sekresyon) değerlendirilmelidir. İnmede hava yolu açıklığının kontrolü solunumun değerlendirilmesinde önemli bir uygulamadır. Bu süreçte bireylerin bilinci objektif ölçüm araçlarıyla takip edilmelidir. Yapılabilecek ilk uygulama bireyle konuşmaktır. Bilinci açık olan birey, kolaylıkla iletişime geçebilecektir. Bilinç durumu bozulmuş bireyler dilin farengial duvarın arkasına kaçması nedeniyle kısmi hava yolu tıkanıklığı açısından risklidir. Gürültülü solunum ve horlama hava yolu tıkanıklığının bulgularıdır (Durna ve Akın, 2014; Mollaoğlu, 2014).

Besin ve Sıvı Alımının Sürdürülmesi: İnme tanısı alan bireylerde yutma ve yemek yeme fonksiyonları etkilenebilir. Bireylerin besin ve sıvı alımına ilişkin yetenekleri, beslenme özellikleri, bireysel tercihleri ve gereksinimleri değerlendirilmelidir. Beslenme sırasında bireyin yakından takibi, kilo izlemi, kendi kendine beslenemeyen bireylerin desteklenmesi gerekmektedir. İnme sonrasında disfaji sıklıkla görülen bir problemdir. Disfaji ile bireylerin yutkunmada yaşadığı güçlük nedeniyle aspirasyon pnömonisi gelişebilmektedir. Aspirasyon pnömonisi nedeniyle bireyin bakım ve tedavi süreci olumsuz etkilenmekte ve geriye dönüşsüz komplikasyonlar gelişebilmektedir. Besin ve sıvı aspirasyonunu önlemek için disfaji düzelinceye kadar yumuşak besinlerin tercih edilmesi, sert besinlerinse yumuşatılarak verilmesi gerekmektedir (Topçuoğlu vd., 2020).

Süt, ayran gibi sıvı gıdalarla beslenmeye başlanması aspirasyon olasılığını daha da arttırmaktadır. Az sulu yoğurt, orta koyulukta çorba gibi yiyecekler ile oral beslenmeye başlanması, oturma pozisyonunda beslenmenin sağlanması, beslenme için uzun zaman ayrılması gerekmektedir. İnme tanısı alan bireylerin besin ve sıvı alımının yanı sıra sıvı-elektrolit dengesizliği ve malnütrisyon gelişme durumu yönünden de takip edilmesi gerekmektedir. Beslenme aktivitesini bireyin kendi kendine yapabilmesi için desteklenmesi, teşvik edilmesi ve eski becerilerinin yeniden kazandırılması için sürekli eğitim ve danışmanlığın sağlanması önemli bakım uygulamaları arasında yer almaktadır (Uzuner vd., 2015; Mollaoğlu, 2016).

Boşaltım Sistemi Fonksiyonlarının Sürdürülmesi: İnme sonrasında bireylerde ilk aşamada üriner ve bağırsak boşaltımında problemler yaşandığı görülmektedir. En çok görülen problemler idrar ve fekal inkontinansı ile konstipasyondur. İnkontinans taburculuk sonrası ev ortamında oldukça büyük bir sorun olmakla birlikte bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. İnkontinans beyinde boşaltım fonksiyonunu düzenleyen yapıda etkilenme olduğunda ya da birey uygun olmayan pozisyonda boşaltımını gerçekleştirdiğinde gelişebilir (Topçuoğlu vd., 2020).

İnkontinans sorunu bireyde kalıcı olarak da deneyimlenebilir. Bireye ilk önce normal mesane fonksiyonlarını yeniden kazanabilmesi için mesane egzersizlerinin öğretilmesi gerekir. Konstipasyon sorunu bireyin yeterli sıvı alamaması, fiziksel hareketliliğin yetersizliği, beslenme problemleri, alışkın olmayan boşaltım alışkanlığı ve duyu-algı bozukluğu nedeniyle meydana gelebilmektedir. Uygun ve planlı bir bağırsak eğitimi, uygun besin ve sıvı alımı, boşaltım için uygun pozisyonun

verilmesi (yatak içerisinde yatak başını yükseltip ayakları alttan destekleme), bireyin boşaltım sırasında mahremiyetinin korunması ve yeterli sürenin tanınması konstipasyona yönelik olarak yapılması gereken bakım uygulamalarına örnek olarak verilebilir. Fazla ıkınma kafa içi basıncı attırabileceğinden özellikle hemorajik inme tanısını alan bireylerde komplikasyona neden olabilir. Bu nedenle bireylere uzun süreli konstipasyonun önlenmesi gerektiği ve farmakolojik destek alınabileceği konularında bilgi verilmelidir (Durna ve Akın 2014; Tülek, 2014).

Aktivite ve Dinlenme Arasındaki Dengenin Sürdürülmesi: İnme nedeniyle bireylerde motor güç kaybı meydana gelebilmektedir. Hareket etmede yetersizlik yaşayan bireyin bakımında amaç, öz-bakım gücünü değerlendirerek bireyin öz-bakım uygulamalarında sahip olduğu gücü kullanarak kendi bakımında sorumluluk almasını desteklemektir. İnme sonrası hareket aktivitesindeki sorunlar hemen düzelmeyebilir. Bu süreçte birey sürekli hareket etmeye teşvik edilmeli, bağımsızlığını desteklemek üzere eğitim verilmelidir. İnme sonrasında gelişen motor güç kaybı hemipleji ve parapleji özelliğinde olabilir. Hareket kısıtlılığı deneyimleyen birey, kontraktür, basınç yaralanması, pnomoni, tromboz ve konstipasyon gelişimi riski ile karşı karşıyadır. ROM egzersizlerinin öğretilmesi ve yaptırılması oldukça önemlidir. Erken mobilizasyon sırasında hasta ilk önce yatak içerisinde oturtulmalı, daha sonra yatak içerisinden tekerlekli sandalyeye oturtularak odanın dışına çıkarılmalı, akabinde oturma-kalkma egzersizleri yaptırıldıktan sonra ayağa kaldırılmalı ve oda içerisinde adım atmaya teşvik edilmelidir (Topçuoğlu vd., 2020; Alankaya, 2019).

Bireylerin mobilizasyonu venöz tromboemboli, güçsüzlük, pulmoner embolinin önlenmesi, eklem açıklığının korunması ve kas atrofilerinin önlenmesi açısından önemlidir. Motor güç kaybı yaşanan inme durumunda yatak içerisinde bireye uygun pozisyonun verilmesi, basınç alanlarının korunması oldukça önemlidir. İnme sonrası erken dönemde mobilizasyon, fizyolojik komplikasyonları önlemeyi sağlarken aynı zamanda bireyin iyi olma duygusunu da arttırmaktadır. Bireyin yürümesini kolaylaştırmak ve yürüme bozukluklarını önlemek için destekleyici yardımcı araçlar kullanılabilir (Akbayrak ve Tosun, 2014).

Yalnızlık ve Sosyal Etkileşim Arasındaki Dengenin Sürdürülmesi: İnme sonrasında bireylerde disfazi veya afazi gelişebilmektedir. Konuşmada rol oynayan kaslarda fonksiyon kaybı ve konuşma için gerekli hareketlerin koordinasyonu ile ilgili sorunlar bireylerin iletişim sorunu yaşamasına neden olabilmektedir. Bu

nedenle bireylerin öz-bakımları ile ilgili kararlara katılımının artırılması ve etkin rol almalarının sağlanması gerekmektedir. Bireylerde hafıza, dikkat, apraksi ve yönetsel becerilere yönelik değişiklikler de meydana gelebilmektedir (Topçuoğlu vd., 2020). Bu problemlere yönelik olarak planlanan rehabilitasyon programlarından önemli derecede yarar sağlanabilmektedir. Bireylerin sağ hemisfer inmesinde bireyin çevresinde yer alan objeleri algılama becerileri olumsuz etkilenmekte ve sol görme alanı kaybı meydana gelmektedir. Bireylerde sol tarafı ihmal etme, sol tarafa doğru pozisyon alma ve sol taraftaki objelere yönelme becerileri olumsuz etkilenebilmektedir. Bu süreçte bireylerin görsel ve sözel uyaranlar verilerek ilginin ihmal edilen tarafa doğru yönelmesi sağlanmalıdır. Örneğin, lokması ağzına konmadan önce tabağı etrafında döndürülerek sol taraf farkındalığı ve görme alanı arttırılabilir. İnme sonrası, hafıza sorunları için not defterleri ve günlükler kullanılabilir. Aynı zamanda dikkat sorunu olduğunda, hasta bakımında ve eğitiminde gereksiz uyaranlardan kaçınılmalı, eğitim sürecinde sakin bir ortam sağlanmalıdır (Alankaya, 2019; Durna ve Akın 2014).

İyilik Halinin Sürdürülmesi, İnsanın Temel Yapı ve İşlevlerini Bozabilecek Risklerin Önlenmesi:

Ağz Bakımının Önemi: Ağz hijyeni, inme tanısı alan bireylerin hemşirelik bakımında önemli rol oynamaktadır. Etkili ağz bakımı, ağz içinde kalıntı ve plakların çıkarılması, oral mukozit ve solunum yolu ile ilişkili enfeksiyonları önleyerek hastanede kalış süresinin uzamasına engel olmaktadır. İnme tanısı alan bireylerde ağz sağlığı, algılamadaki değişimler, azalmış motor güç ve etkili iletişim kuramama nedeniyle olumsuz etkilenebilmektedir (Kalav vd., 2022). Disfaji, inme tanısı alan hastalarda büyük bir problem olmakla birlikte oral besin ve sıvı alımındaki engellere bağlı olarak bireylerin ağz kuruluğu riskini artırabilmektedir. Kullanılan farmakolojik ajanlar, anti-hipertansif bazı ilaçlar, oksijen tedavisi ve aspirasyon işlemleri bireylerde ağz kuruluğuna yol açabilmektedir (Woon, 2017). İnme sonrası doğru ağz bakımı eğitimi, plak oluşumunu ve ağz içi enfeksiyonu önleme açısından oldukça önemlidir (Dai et al., 2017; Kalav vd., 2020).

Kişisel Bakım ve Rahatlık: İnme'de fiziksel güç kaybı ve düşünce süreçlerinde bozulmaya bağlı olarak öz-bakım bilgi, beceri ve algılamada aksaklıklar görülebilmekte ve bireylerin öz-bakım gücü azalabilmektedir. Bu süreçte hemşirenin öz-bakım ajanı olarak bireye gereksinimi olan desteği vermesi, bireyin sahip olduğu

yetenekleri de kullandırılarak bakımına katılmasını sağlaması gerekmektedir. Bireyin günlük alışkanlıklarının önemszenmesi ve öz-bakımı konusunda kararlara katılımının sağlanması önemlidir. Bireyin gereksinimlerini karşılayamaması ve konforunun bozulması, sosyal ve duygusal anlamda olumsuz etkilenmesine, yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilmektedir. Öz-bakıma ilişkin sorunların bireyle birlikte çözümlenmesi, öz-bakım planlamasının yapılması, bireyin destek güçlerinden yararlanılması gerekmektedir. Taburculuktan sonra da birey ile planlanan bakım uygulamalarının devamlılığının sağlanması için birey ile iletişim halinde olmak ve danışmanlık yapmak bireyin motive olmasını sağlar (Durna vd., 2014; Mollaoğlu, 2016; Topçuoğlu vd., 2020).

Uyku: İnme tanısı alan bireylerde sirkadiyen ritimde değişiklik görülebilmektedir. Bireylerde uykuya ilişkin bozukluklar nedeniyle tekrarlayan inme meydana gelebilmektedir. İnme atağı geçiren bireylerde normalde de sıklıkla apne belirtilerinin görüldüğü, günlük hayatta uykululuk hali, horlama ve satürasyonun düştüğü bildirilmektedir. Uyku apnesi inme sonrasında oluşan kalıcı bir sorun haline gelebilmektedir. Sirkadiyen ritimdeki değişimler ve/veya horlama da yine inme riskini artıran unsurlar arasındadır. İnme gelişimine sebep olan uyku bozuklukları, inme sonrası akut ve kronik her süreçte en fazla tanımlanan risk faktörlerinden biridir (Dolu, 2019). İnme ile ilgili bakım, tedavi ve rehabilitasyon sürecinde, uykuya ilişkin problemler gözlemlenmelidir. İnme sonrasında bireyin iyileşme sürecinde uykuyla ilişkili solunumsal bozukluklar, uykusuzluk, gün içinde aşırı uykululuk hali, gece terörü ve sirkadiyen ritim bozuklukları gibi bulgular taburculuk sonrasında yakından takip edilmelidir (Karadakovan, 2014).

Ağrı ve Yorgunluk: İnme sonrasında ağrı ve yorgunluk rehabilitasyon sürecini olumsuz yönde etkilemektedir. Hemiplejik omuz ağrısı, nöropatik ağrı inme tanısı alan hastalarda ön plana çıkan ağrı tipleridir. Rehabilitasyon ve yaşam kalitesine olumsuz etkisi olan ağrı semptomunun göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Hemiplejik kolun desteklenmesi, doğru pozisyon verilmesi ve hasarlardan korunması ağrı kontrolünde önemlidir (Akın, 2014; Topçuoğlu vd., 2020). Nöropatik ağrılarda farmakolojik yöntemlerin uygun olarak kullanılması ağrının kontrolünde önemli olan uygulamalardır. Ağrı gibi yorgunluk da inme sonrasında ortaya çıkan bir sorundur ve bireyin öz-bakım gücünü olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bireylerin yorgunluk şiddetinin tanılanması, beslenme özelliklerinin değerlendirilmesi ve diğer olası

hastalıkların araştırılması gerekmektedir. Enerjinin korunması için hareketlilik ile ilgili kısa ve uzun süreli hedefler konulmalıdır (Durna ve Akın, 2014).

Düşme Riskine Yönelik Önlemler: Denge kaybı inme sonrasında farklı şiddetlerde meydana gelmektedir. Denge, bireylerin hareketinde önemli rol oynar ve yürüme kalitesinin temel bir bileşenidir. İnme tanısı alan bireylerde yavaş yürüme hızı, kısa adım atma, yürümede asimetrikler nedeniyle denge kaybı yaşanabilmekte ve bireylerin düşme riski artabilmektedir. Denge ve yürüme bozuklukları taburculuk sonrasında ev ortamında da devam etmektedir. Bu süreçte bireyler hareket aktivitelerinde bağımsız olamamaktadır. Bu doğrultuda sosyal aktivitelere katılımları sınırlanabilmektedir (Baronchelli et al., 2021). Düşme ile meydana gelen kalça fraktürleri ve yumuşak doku yaralanmaları nedeniyle bireylerde kalıcı sakatlıklar gelişebilmektedir. Düşme riskine yönelik hareketlilikten kaçınma, düşme korkusuna neden olduğu için birey immobil yaşam tarzını benimseyebilmektedir (Goh et al., 2016). İnme tanısı alan bireyin nörolojik düzeyi, düşme riski, kas gücü yeterliliği ve bağımlılık durumu belirlenmelidir. Bireyin taburculuk sonrası erken dönemde mobilizasyonu önem taşımakla birlikte özellikle ilk 6 ayda desteklenmesi gerekmektedir. İnme sonrası bireyin düşme riski her zaman göz önünde bulundurulmalıdır (Pang et al., 2018).

Kan Sulandırıcı İlaçların Kullanımı: İnme kronik bir hastalık olması nedeniyle erken dönemde sekellerin ve ikincil inmelerin önlenmesi için bireyler antitrombotik tedavi almaya devam etmektedir. Aterotromboz riskine yönelik antiagregan türü, embolik inme riskine yönelik ise antikoagülan ilaçlar kullanılmaktadır. Antiagregan olarak en çok kullanılan ilaç asetilsalisilik asit, antikoagülan ilaç ise varfarin ve heparindir. Bireylerin tedaviye uyum sağlamaları ve akılcı ilaç kullanmaları önem taşımaktadır (Durna ve Akın, 2014).

Taburculuk sonrasında oral asetilsalisilik asit kullanan bireylerde aspirin direnci, bronkospazm, gastrointestinal kanama, ekimoz ve burun kanaması gibi komplikasyonların gelişebileceği, ilaç kullanırken bireyin diyetine normal şekilde devam edebileceği, kanama yönünden dikkatli olması gerektiği, doz unutulup hatırlandığında hemen alınması gerektiği ve iki dozun birlikte alınmaması gerektiği, ilacın çiğnemenin yutulması gerektiği bilgileri verilmelidir. Heparin, taburculuk sonrasında subkutan yoldan uygulanan bir ilaçtır. Bu nedenle heparinin, purpura, ekimoz, melena, hematemez ve hematurü şeklindeki kanama riskleri ile subkutan

enjeksiyon komplikasyonları hakkında bireye bilgi verilmelidir. Varfarinse oral olarak kullanılan antikoagulan olup arteriyel ve venöz tromboembolik olayların önlenmesinde sık kullanılan K vitamini antagonistidir (Chen et al., 2021).

International Normalized Ratio (INR) Coumadin kullanımı boyunca, doz eksikliği veya doz aşımıyla karşılaşmamak için hastalar yakından izlenmelidir. Varfarin kullanan bireylerin kan değerlerine yönelik testlerin (protrombin zamanı, International Normalized Ratio (INR)) takibinin belirli aralıklarla yapılması gerektiği bilgisi verilmektedir. Varfarin bireylerin ilaç kullanımına uyumu konusunda zorlayıcı olabilmektedir. Varfarin kullanımında belirleyici olan INR seviyesi, bireyin ilaç kullanımını uyum eksikliğine, hatalı doz uygulamalarına, diğer ilaçlarla eş zamanlı kullanılmasına (parasetamol, antibiyotik) eşlik eden diğer hastalıklara, karaciğer ve böbrek yetmezliğine, diyet etkileşimine (K vitamini içeriği fazla olan besinler için brokoli, brüksel lahanası, ıspanak ve marul; düşük olan besinler ise mısır yağı, dana eti ve tavuk eti) göre değişkenlik gösterebilmektedir. Bireylerin tromboz riskine yönelik kullandıkları tüm ilaçların kullanım özellikleri, takibi ve yan etkilerinin haricinde özellikle kanama riskine yönelik önlemler konusunda danışmanlık sunmak bakım uygulamaları içinde yer almalıdır (Uzuner vd., 2015; Tülüce ve Bostanoğlu, 2016).

Bireyin Sınırlılıkları ve İstekleri Arasında Uyum Olması: İnme geçiren birey ve ailesinin bilgi gereksinimleri, bireyin yaşamsal risklerinin azaldığı dönemde giderilmelidir. Bireyin öz-bakımına uyum sağlayabilmesi için öz-bakım bilgisi ve öz-bakım yeteneğini kazanması gerekmektedir. İnme sonrasında bireyin inme ile ilişkili fonksiyon kayıplarına bağlı olarak yaşadığı üzüntü ve duygusal değişimler bireyin taburculuk sonrasında yaşam kalitesini ve iyileşme sürecini olumsuz etkileyebilmektedir (Mollaoğlu, 2016). Bireylere verilecek eğitimde üzüntü ve duygusal reaksiyonun kontrolüne, baş etme becerilerinin geliştirilmesine önem verilmelidir. Bireyin deneyimlediği kayıpları azaltmak için taburculuk sonrasında rehabilitasyon süreçlerine yeterli zaman ayrılmalıdır. Bu doğrultuda bireyin değişime ne kadar hazır olduğu belirlenmelidir. Bireyler endişelerini ifade etmeleri konusunda cesaretlendirilerek, değişim konusundaki görüş ve düşünceleri sorgulanmalıdır (Kalav ve Bektaş, 2018). Motivasyon, birey ile ilgili bakım sonuçlarını etkileyen önemli bir kavramdır. Motivasyon, birçok sosyal ve dış faktörden olumlu ya da olumsuz etkilenebilmektedir. Motivasyonun artırılması için net ve ulaşılabilir

hedeflerin belirlenmesi, bireyin görüşünün önemli olduğunun hissettirilmesi gerekmektedir. Sıcak ve samimi yaklaşım ile iletişimin sürekliliği sağlanarak bireyin hedeflere ulaşma durumu izlenmelidir. Tüm sorumluluk sadece bireye verilmemelidir. Bireyin motivasyonuna engel niteliği taşıyan unsurların belirlenmesi gerekmektedir (Durna ve Akın, 2014; Apaydın Kaya vd., 2018).

2.12.2. İnmede Gelişimsel Öz-Bakım Gereksinimleri

Eğitim: İnme tanısı alan bireylerin inme konusudaki bilgi düzeyi ve sunulan bakıma ilişkin memnuniyeti artırılmalıdır. Emosyonel distresin azaltılması için bilgi kaynaklarına ulaşabilmeleri sağlanmalıdır. Yapılacak eğitimde zamanlama kadar uygun sunum tekniklerinin de kullanılması gerekmektedir. Aynı zamanda bireyin eğitim gereksinimlerinin içeriğinin zamanla değişebileceği dikkate alınmalıdır. Tekrarlayan inmelerin önlenmesi, maddi olanakların etkin kullanımı, sosyal destek, uzun dönemli bakım hizmetleri konusunda bireylere rehberlik edilmelidir (Durna ve Akın, 2014; Apaydın Kaya vd., 2018; Alankaya, 2019).

Bakımın Sürdürülmesi ve Uzun Dönemli Bakım Yaklaşımı: Bireyin hastanedeki akut bakım ve tedavi süreci tamamlandığında, gereksinimi olan bireylere hemşireler tarafından uzun süreli bakım hizmetleri de verilebilmektedir. Bu süreçte bireyin öz-bakım sorumluluğunu aile bireyleri ya da yakınları almaktadır. İnme tanısı alan ve taburculuk sonrasında öz-bakım gereksinimleri yönünden bağımlı olan bireyler, uzun dönem bakım gereksinimlerini aile bireyleri ya da yakınlarından almaktadır. Bu süreçte bireyin bakım sorumluluğunu paylaşan aile üyeleri, hem öz-bakım becerileri hem de duygusal yönden desteklenmelidir (Apaydın Kaya vd., 2018; Alankaya, 2019).

2.12.3. İnmede Sağlıktan Sapma Durumunda Öz-Bakım Gereksinimleri

Kan Basıncı Takibi: İnme tanısı alan bireylerde gelişebilecek yetersizlikleri önlemek ve ölüm riskini azaltmak için bireylerin fizyolojik göstergeleri yakından izlenmelidir. Bu bağlamda özellikle kan basıncının sürekli takip altında olması, olası komplikasyonların ve tekrarlayan inmenin önlenmesinde büyük öneme sahiptir. İnme tanısı alan bireylerde otoregülasyonun bozulmasına bağlı olarak ani sistemik kan basıncı düşmesi meydana gelebilir. Bu duruma bağlı olarak perfüzyonu bozulan beyin dokusunun kanlanması daha da kötüleşebilir. Serebral ödem olan ve hemorajik inme geçiren bireylerde özellikle kan basıncının yükselmemesine dikkat edilmelidir (Topçuoğlu vd., 2020).

Kan Glkoz Takibi: Yüksek kan glukoz seviyesi iskemik serebral dokuda yer alan penumbra içerisindeki nöral hasarı arttırmaktadır. Bu doğrultuda ortaya çıkabilecek değişikliklerin erken dönemde saptanabilmesi için kan glikozunun yakından takip edilmesi gerekmektedir (Durna ve Akın, 2014; Topçuoğlu vd., 2020).

Sigara ve Alkol Kullanımı: Sigara ve alkol kullanımı inmede önemli bir sorundur ve inmenin değiştirilebilir risk faktörleri içerisinde yer almaktadır. Sigara, beynin damarsal yapısında hasara neden olmakla birlikte, kan koagülasyonunu da olumsuz etkilemektedir. Sigara önlenebilen bir risk faktörüdür. Bu nedenle inmede sigara kullanımının bırakılması gerekmektedir (Demirci Şahin vd., 2015). Alkolün ise HDL kolesterol değerini artırıcı, platelet agregasyonunu ve plazma fibrinojen konsantrasyonunu azaltıcı etkisi bulunmaktadır. Bu nedenle ağır alkol tüketiminin hipertansiyona ve hiperkoagülabiliteye yol açması, ayrıca serebral kan akımını azaltması nedeniyle kullanılmaması gerektiği konularında bireye bilgi verilmelidir (Bellikçi Koyu vd., 2016; GBD Stroke Collaborators, 2019; Öztürk ve Gözübatık Çik, 2020; Topçuoğlu vd., 2020; Russo, 2021).

Obezitenin Önlenmesi: Vücut ağırlığı inmede değiştirilebilir risk faktörleri arasında yer almaktadır. Beden kitle indeksine göre şişmanlık ve obezite, inme riskini arttırmaktadır. Amerikan Kalp ve İnme Vakfı'nın inmeden korunmaya yönelik rehberinde artmış vücut ağırlığı ve abdominal çevredeki yağlanma oranının direkt inme ile ilişkili olduğu ve kilo kaybının kan basıncı üzerinde olumlu etkisi nedeniyle inme riskini azaltacağı bildirilmektedir. Yine uluslararası inme risk analizlerinde, inmede risk oluşturacak değiştirilebilir en büyük riskin beden kitle indeksi olduğu vurgulanmaktadır (Bellikçi Koyu, 2016; Topçuoğlu vd., 2020; GBD Stroke Collaborators, 2021). İnme tanısını alan bireylere az tuzlu veya tuzsuz, sebze-meyve içerikli ve tam tahıldan zengin karbonhidratlar ile kırmızı etin daha az olduğu, beyaz et-balık ve bakliyattan zengin proteinler; az yağlı süt ve süt ürünleri ve zeytinyağının kullanıldığı “Akdeniz Diyeti” önerilmelidir (Topçuoğlu vd., 2020).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma deneysel tipte, ön test- son test deneme modelinde, longitudinal randomize kontrollü bir çalışma olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, 14.11.2019-22.06.2022 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi nöroloji servisinde yürütülmüştür. Araştırmanın yapıldığı nöroloji servisi 22 yatak kapasitesine sahiptir. Bu serviste toplam 15 hemşire çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini çalışmanın yürütüldüğü tarihler arasında, inme tanısı alan ve nöroloji servisinde yatarak bakım ve tedavi almakta olan hastalar oluşturmuştur. Araştırmada örneklem büyüklüğünü belirlemede GPower 3.1 programından yararlanılmıştır. Bu konuda yapılmış olan bir çalışmaya dayanarak (Topçu, 2017), örneklem büyüklüğü %95 güven aralığında, %5 hata payıyla, 1,66 etki büyüklüğünde, %99,9 evreni temsil edebilme gücüyle 35 çalışma ve 35 kontrol olmak üzere toplam 70 hasta olarak hesaplanmıştır. Hastaların %40'ının takipte kaybolacağı varsayılarak, örneklem büyüklüğü her grup için 49 ve birleştirilmiş iki grup için 98 olarak belirlenmiştir.

Çalışma ve kontrol grubunun, etkinliği incelenecek tüm değişkenler açısından benzer olmasını sağlamak amacıyla randomizasyon yapılmıştır. Eşit sayıda örneklem grubu oluşturmak amacı ile basit randomizasyon yönteminden yararlanılmıştır. Bu doğrultuda bilgisayar ortamında bir web sitesinden (<https://www.randomizer.org/>, Erişim Tarihi:15.03.2021) yararlanılarak, çalışma ve kontrol gruplarına atanacak hastaların randomizasyon listesi oluşturulmuştur. Hastalar randomizasyon listesi doğrultusunda, araştırmaya dahil edilme kriterleri göz önünde bulundurularak, çalışma ve kontrol gruplarına atanmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- 18 yaş üzerinde olmak
- Kadın ve erkek her cinsiyette olmak
- Türkçe iletişim kurulabilmek
- Hemorajik veya iskemik inme geçirmiş olmak

- İnme olayı üzerinden bir aydan daha uzun süre geçmemiş olmak
- Kişi, yer ve zaman oryantasyonu olmak
- Afazik olmamak
- Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MOBİD)'nden 21 ve üzerinde puan almış olmak
- Ciddi görme ve işitme problemi bulunmamak
- Öz geçmişinde psikiyatrik bir hikayesi bulunmamak
- İletişim ve iş birliğine açık olmak
- Çalışmaya katılmaya istekli ve gönüllü olmaktır.

Araştırmadan dışlanma kriterleri:

- 18 yaş altı olmak
- Kişi, yer ve zaman oryantasyonu olmamak
- Afazik olmak
- Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MOBİD)'inden 21'in altında puan almış olmak
- Çalışmaya katılmaya istekli ve gönüllü olmamak
- Veri toplama sürecinde hastanın prognozunu etkileyebilecek akut bir durum gelişmiş olmak
- İzlem sürecinde sekonder inme geçirmiş olmak ya da exitus olmaktır.

Araştırma verilerini toplama sürecinde toplam 158 hastaya ulaşılmıştır. Bu hastalardan 55'i MOBİD ölçeğinden gereken puanı alamadıkları için ve araştırma kriterlerini karşılayan 5 hasta çalışmaya katılmak istemediği için araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan, MOBİD ölçeğinden gereken puanı alarak çalışma grubuna atanan 49 hastadan 1 hasta izlem sürecinde exitus olduğu için, 1 hasta sekonder inme geçirdiği için, 8 hasta başka bir hastalık tanısı nedeniyle tekrar hastaneye yattığı için, 4 hasta araştırmadan ayrılmak istediği için (taburculuk sonrası eğitimler 12 hafta devam ettiği için) son izlem 35 hastayla tamamlanmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan, MOBİD ölçeğinden gereken puanı alarak kontrol grubuna alınan 49 hastadan 2 hasta, izlem sürecinde exitus olduğu için, 4 hasta sekonder inme geçirdiği için, 7 hasta başka bir hastalık tanısı nedeniyle tekrar hastaneye yattığı için ve 1 hastaya 12 hafta sonunda cep telefonu ile ulaşılamadığı için son izlem 35 hasta ile tamamlanmıştır.

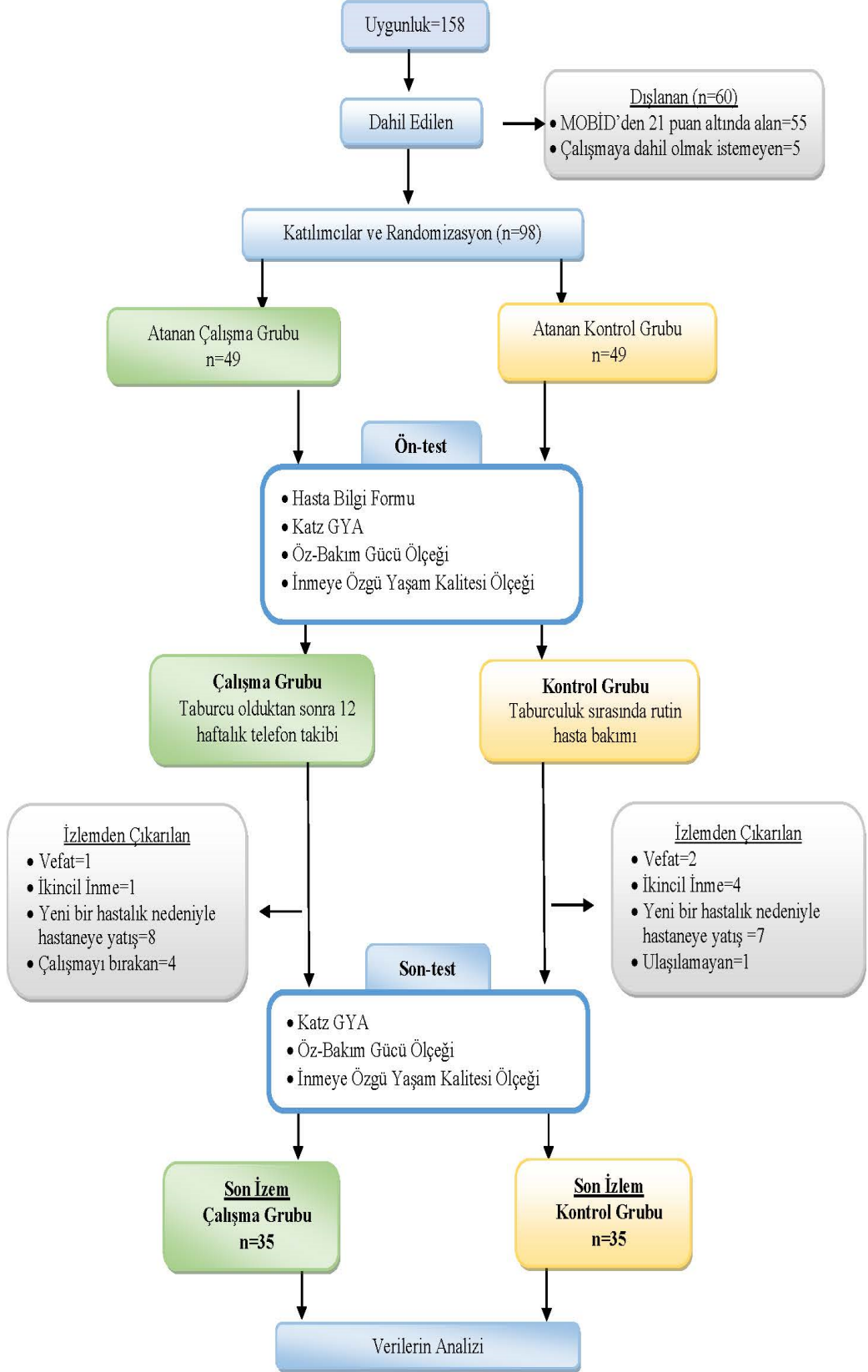
Ön-test uygulamasından sonra çalışma grubundaki hastalara Öz-Bakım Kuramı'na temellendirilerek hazırlanan rehber doğrultusunda eğitim sunulmuş ve her hasta için taburculuk sonrası 12 haftalık izlem süreci başlamıştır. Kontrol grubu hastalarına ise taburculuk sırasında kliniğin rutin hemşirelik bakımı uygulanmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastalar araştırma akış şemasında (Şekil 3.1) sunulmuştur.

3.4. Araştırmanın Etik Yönü

Nicel araştırma tasarımının kullanılacağı bu araştırmanın yapılabilmesi için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (14.11.2019 tarih ve 2019/741-781 sayılı) (Ek 1) ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğünden (06.01.2020 tarih ve 15374210-302.08.01-E.376) yazılı izin alınmıştır (Ek 2). Araştırmada yararlanılan ölçeklerin kullanılabilmesi için ölçek sahiplerinden izin alınmıştır (Ek 3, Ek 4, Ek 5, Ek 6, Ek 7). Araştırmanın NCT05484843 numarası ile Clinical Trials kaydı gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalardan onam alınarak araştırmaya başlanılmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri 10.04.2021-10.05.2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmanın veri toplama araçları, Hasta Tanıtım Formu, Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Ölçeği, Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MOBİD), İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (İÖYKÖ), Öz-Bakım Gücü Ölçeği'nden oluşmaktadır.



Şekil 3.1. Araştırmanın CONSORT şeması

3.5.1. Hasta Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Durna ve Akın, 2014; Mollaoğlu, 2014; Salcı vd., 2019) hazırlanan hasta tanıtım formu, bireyin sosyodemografik (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir durumu, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, çocuk sahibi olma, birlikte yaşadığı aile üyeleri, yaşadığı yerleşim alanı) ve klinik bilgilerini (inmenin türü, inme nedeniyle etkilenen bölge özelliği, inme tanısı ile serviste bakım alma süreleri, yatağa bağımlı olarak bakım aldıkları süre, sahip oldukları kronik hastalık ya da risk faktörlerinin dağılımı vb.) içeren sorulardan oluşmaktadır (Ek 8).

3.5.2. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Ölçeği

Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme aktiviteleri ile ilgili bilgileri içeren 6 sorudan oluşmaktadır. Katz ve arkadaşları tarafından 1963 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik analizi, Pehlivanoğlu vd. (2018) tarafından yapılmış, skalanın Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı 0,83 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı 0,84 olarak belirlenmiştir (Tablo 3.1). Bu ölçek hem yurt dışında hem de ülkemizde yaygın olarak kullanılan, geçerlik ve güvenilirliği yüksek olan bir ölçektir. Birey günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği'nde; 0-6 puan "bağımlı", 7-12 puan "yarı bağımlı", 13-18 puan "bağımsız" olarak değerlendirilmektedir (Katz et al., 1963; Pehlivanoğlu vd., 2018) (Ek 9).

3.5.3. Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MOBİD)

Hafif bilişsel bozuklukları değerlendirmek üzere geliştirilen Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MOBİD) yürütücü işlevler, görsel-mekânsal beceriler, bellek, dil, dikkat ve konsantrasyon, soyut düşünme, hesaplama ve yönelimden oluşan farklı bilişsel yetenekleri değerlendirmektedir. Nasreddine vd. (2005) tarafından geliştirilen MOBİD'nin uygulanması yaklaşık 10 dakika sürmektedir. Testten alınabilecek en yüksek toplam puan 30'dur. Bu testten 21 ve üstü alınan puanlar bilişsel anlamda yeterli olarak değerlendirilmektedir. MOBİD, Selekler vd. (2010) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,83 olarak saptanmıştır (Selekler vd., 2010).

Hastaların *bellek işlevini değerlendirmek* için kullanılan bu ölçek; kısa süreli bellekten geri çağırma, beş kelimeyi öğrenme denemeleri ve beş dakika sonra gecikmeli hatırlama (5 puan); *görsel-mekânsal becerileri değerlendirmek için*, saat çizme testi (3 puan) ve üç boyutlu küp kopyalama (1 puan); *yürütücü işlevleri değerlendirmek için*, iz sürme testi-b formundan uyarlanmış olan ardı sıra rakam ve harfleri (1-a, 2-b, 3-c gibi) birleştirme (1 puan), sözel akıcılık (1 puan); *soyut düşünme becerisini değerlendirmek için*, iki maddeli kelimeler arasında benzerlik kurma (2 puan); *dikkat, konsantrasyon ve çalışma belleğini değerlendirmek için*, ard arda çıkarma işlemi (3 puan), okunan harfler arasından hedef harfin belirlenmesi (1 puan) ve ileriye ve geriye doğru sayı sayma (1'er puan); *dilin değerlendirilmesi için*; görece daha az tanınan üç hayvan (aslan, gergedan, deve) resmini adlandırma (3 puan), karmaşık iki cümleyi söz dizilimine dikkat ederek tekrar etme (2 puan); *oryantasyonun değerlendirilmesi için*, zaman ve yer oryantasyonuna ilişkin soruları (6 puan) içermektedir (Nasreddine et al., 2005; Selekler vd., 2010; Gülen vd., 2017) (Ek 10).

3.5.4. İnme Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (İÖYKÖ)

İnme Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği, Williams vd. (1999) tarafından geliştirilmiştir. İnme geçiren hastalarda kullanılan, günlük hareketlerde bağımlılık, fiziksel-duyusal yetersizlik, aile ve sosyal destek, kişilik ve düşünme becerilerini içeren ölçek, hastaların yaşam kalitesi ile ilgili önemli bilgiler vermektedir. Ölçek yardımı ile hastaların kendi sağlığını algılama düzeyi belirlenebilmekte ve hasta merkezli bakım planlaması yapılabilmektedir. Ölçekten elde edilen sonuçlar, hastaların yaşadıkları sorunların, tedavi ve bakım önceliklerinin belirlenmesinde, yaşam kalitesinin yükseltilmesine yönelik rehabilitasyon programının oluşturulmasında ve rehabilitasyon hemşiresinin bakım planı hazırlamasında yardımcı olmaktadır.

Toplam 49 maddeden oluşan orijinal ölçek, mobilite, enerji, üst ekstremité fonksiyonu, kendine bakım, meslek/üretkenlik, mizaç, sosyal rol, ailenin rolü, vizyon, dil, düşünme ve kişilik özelliklerini değerlendiren 12 alandan oluşmaktadır. Orijinal ölçeğin genelini Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.92 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Hakverdioğlu Yönt tarafından (2009) yapılmış olup, Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı ölçeğin geneli için 0,97 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada İnme Özgü Yaşam Kalitesi

Ölçeği Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı ise 0,92 olarak belirlenmiştir (Tablo 3.1). Türkçeye uyarlanmış olan versiyonunda, ölçekten bir soru çıkarılmış ve alt boyutlar 8 başlık altında toplanmıştır. Bu alt boyutlar; aktiviteler, sosyal ve aile rolleri, dil, vizyon, enerji, mizaç, kişilik ve düşünmedir (Hakverdioğlu Yönt ve Khorshid, 2012).

İnmeye özgü yaşam kalitesi ölçeği 5'li likert tipi olup verilen ifadelerle göre 1'den 5'e kadar puanlama yapılabilmektedir. Ölçekte; T2, T3, P1, P2, P3, MD2, MD3, MD6, MD7, MD8, SR1, SR4, SR5, SR6, SR7, FR5, FR7, FR8, E2, E3, E4 maddeleri için "Kesinlikle katılıyorum" ifadesini işaretleyenlere 1 puan, "Kısmen katılıyorum" ifadesini işaretleyenlere 2 puan, "Kararsızım" ifadesini işaretleyenlere 3 puan, "Kısmen katılmıyorum" ifadesini işaretleyenlere 4 puan, "Kesinlikle katılmıyorum" ifadesini işaretleyenlere 5 puan üzerinden derecelendirme yapılmaktadır. Ancak bazı soruların bu derecelendirme ile anlaşılması zor olduğu için ilgili soruların (SC1, SC2, SC4, SC5, SC8, V1, V2, V3, L2, L3, L5, L6, L7, M1, M4, M6, M7, M8, M9, W1, W2, W3, UE1, UE2, UE3, UE5, UE6) "Hiç yapamadım" ifadeleri 1 puan, "Çok zorlandım" ifadeleri 2 puan, "Biraz zorlandım" ifadeleri 3 puan, "Çok az zorlandım" ifadeleri 4 puan, "Hiç zorlanmadım" ifadeleri 5 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puanın hesaplanmasında öncelikle her alandan alınan puan, alanda bulunan madde sayısına bölünerek hesaplanmaktadır. Toplam puansa her alandan ayrı ayrı alınan toplam puanın 8'e bölünmesiyle belirlenmektedir. Ölçek puanının yüksek olması yaşam kalitesinin iyi, düşük bulunmasıysa yaşam kalitesinin kötü olduğuna işaret etmektedir (Hakverdioğlu Yönt ve Khorshid, 2012) (Ek 11).

Tablo 3.1. Ölçeklerin Cronbach α değerleri

Ölçekler	Madde Sayısı	Cronbach Alfa Değeri	Çalışmanın Cronbach Alfa Değeri
Katz GYA	6	0,83	0,84
İÖYKÖ	48	0,97	0,92
Aktiviteler	19	0,97	0,94
Sosyal ve Aile Roller	8	0,97	0,94
Dil	5	0,97	0,97
Vizyon	3	0,93	0,74
Enerji	4	0,77	0,77
Mizaç	4	0,75	0,93
Kişilik	3	0,73	0,94
Düşünme	2	0,48	0,92
Öz-Bakım Gücü Ölçeği	35	0,89	0,85

3.5.5. Öz-Bakım Gücü Ölçeği

İlk olarak Kearney ve Fischer tarafından 1979 yılında geliştirilen Öz-Bakım Gücü Ölçeği 43 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 1993 yılında Nahcivan tarafından Türk toplumuna uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçeğin test, tekrar test güvenilirliği 0.80 ve iç tutarlılığı 0, 89 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada Öz-Bakım Gücü Ölçeği Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı 0,85 olarak belirlenmiştir (Tablo 3.1). Öz-Bakım Gücü Ölçeği bireylerin kendi kendilerine bakma becerilerini belirlemeye yönelik 35 maddeden oluşmakta ve 4 temel özellik üzerine şekillenmektedir. Bunlar, durumlar arasında aktif ve pasif yanıt, motivasyon, sağlık uygulamaları bilgisi, bireylerin kendi duygu ve değerleridir.

Öz-Bakım Gücü Ölçeği 5'li likert tipi bir ölçek olup verilen ifadelerle göre 0'dan 4'e kadar puanlama yapılabilmektedir. "Hiç tanımlamıyor" ifadesini işaretleyenlere 0 puan, "pek tanımlamıyor" ifadesini işaretleyenlere 1 puan, "fikrim yok" ifadesini işaretleyenlere 2 puan, "biraz tanımlıyor" ifadesini işaretleyenlere 3 puan ve "çok tanımlıyor" ifadesini işaretleyenlere 4 puan olarak derecelendirme yapılmaktadır. Ölçekte yer alan soruların 8 tanesi (3,6,9,13,19,22,26,31) tersten değerlendirilmektedir. Ölçekten en yüksek 140 puan elde edilebilmektedir. Kişilerin cevapları doğrultusunda ölçekten alınan puan arttıkça öz bakım gücü düzeyinin de arttığı kabul edilmektedir (Nahcivan, 1993) (Ek 12).

3.6. Araştırmanın Uygulaması

3.6.1. İnme Tanısı Almış Bireylere Özgü Öz-Bakım Kuramına Temellendirilen Eğitim Rehberinin Hazırlanması

Orem, öz-bakımla bütünleşen ve öz bakıma temel sağlayan "Evrensel Gereksinimler", "Gelişimsel Gereksinimler" ve Sağlıktan Sapma Durumundaki Gereksinimler" olmak üzere üç grup öz-bakım gereksinimi tanımlamıştır. Evrensel öz-bakım gereksinimleri, insanın yaşam süreci ile yakından ilişkilidir. Bu gereksinimler yeterli hava, su, yemek alımının sürdürülmesi, dışkılama ve eliminasyonla ilişkili bakım, iş ve dinlenme dengesinin sürdürülmesi, yalnızlık ve sosyal etkileşim arasındaki dengenin sürdürülmesi, insan yaşamındaki tehlikelerin önlenmesi, insanın işlerliği, insanın esenliği, insanın normal olma arzusu, bilinen kısıtlılıklar insan potansiyeline uygun olarak sosyal gruplar içinde insanın gelişimini ve işlerliğini yükseltmeyi kapsamaktadır. Orem, kuramında hastaya yardımcı olmak amacıyla birbiri ile ilişkili beş farklı bakım sunum yöntemi tanımlamıştır (Fawcett, 2006; Masters,2015).

Bu yöntemler;

1. Birey adına davranma ya da yapma
2. Bireye rehberlik etme veya yönlendirme
3. Fiziksel ve psikolojik destek sağlama
4. Bireyin eğitimi ve öğretimi
5. Bireysel gereksinimi destekleyen çevre oluşturma veya devam ettirmedir (Gerçeker vd., 2012; Menekli, 2017).

İnme tanısını almış olan bireylerin öz-bakımını güçlendirmek ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla hazırlanan eğitim rehberinin içeriği kısa ve anlaşılır şekilde düzenlenmiştir. Eğitim rehberinin içeriği Şekil 3.2’de yer almaktadır. Eğitim rehberi yazılarının 12 punto büyüklüğünde ve 2 satır aralıklı olması tercih edilmiştir. Rehber içerisinde renkli görsellere yer verilerek atıf yapılan kaynaklara arka sayfasında yer verilmiştir. Eğitim rehberi hazırlanırken hastanın bilişsel, duyuşsal ve psikomotor öğrenme alanlarına hitap edilmiştir ve öğretim-öğrenme sürecinin etkin olması hedeflenmiştir. Eğitimin içeriğinin düzenlemesi; literatür taraması, araştırma sonuçları, tez izlem uzmanlarının görüşlerine göre gerçekleştirilmiştir.

3.6.2. Çalışma/Kontrol Grubunun Belirlenmesi (Randomizasyon)

Araştırmaya başlamadan önce, hastaların çalışma/kontrol grubuna dahil edilmesinde, hangi grupta ele alınacaklarının tesadüfü olarak belirlenmesi planlanmıştır. Randomizasyon yöntemi olarak iki grupta eşit sayıda örneklem grubu oluşturmak amacı ile basit randomizasyon yöntemi kullanılmıştır.

3.6.3. Bilgilendirme ve Onam Alma Süreci

Çalışma veya kontrol gruplarına dahil edilen hastalara araştırma konusunda bilgi verilerek onamları alınmıştır.

3.6.4. İnme Tanısı Almış Olan Hastaların Bilişsel Düzeyleri ve Dahil Edilme Kriterleri Doğrultusunda Örneklem Uygunluğunun Değerlendirilmesi

Çalışma ve kontrol grubu hastalar ilk olarak araştırmaya dahil edilme kriterleri yönünden değerlendirilmiştir. Dahil edilme kriterlerinden birisi olan Bilişsel yeterlilik düzeyleri, Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MOBİD) ile değerlendirilmiştir.

Öz Bakım Kuramı'na Temellendirilerek Hazırlanan Eğitim Rehberinin İçeriği		
1. İnme Tanısını Alan Hastalarda Sağlıkta Sapmalarda Öz-Bakım Gereksinimleri	2. İnme Tanısını Alan Hastalarda Gelişimsel Öz-Bakım Gereksinimleri	3. İnme Tanısını Alan Hastalarda Evrensel Öz-Bakım Gereksinimleri
<p>1.1. İnme Nedir?</p> <p>1.2. İnmenin Belirti ve Bulguları</p> <p>1.3. İnmenin Etkileri</p> <p>1.4. İnmede Risk Faktörleri</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Değiştirilemeyen risk faktörleri nelerdir? ▪ Değiştirilebilir risk faktörleri nelerdir? ▪ Kaliteli yaşam için yapılması gerekenler? ▪ Pıhtılaşma nasıl kontrol altına alınmalı? ▪ Hipertansiyon nasıl kontrol altına alınmalı? ▪ Sigara nasıl kontrol altına alınmalı? ▪ Obezite nasıl kontrol altına alınmalı? ▪ Fiziksel hareketsizlik ile ilgili yaşam şeklinde nasıl değişiklik yapılmalı? ▪ Stres ve davranış biçimleri nasıl kontrol altına alınmalı? ▪ İlaç tedavisinde nelere dikkat edilmeli? <p>1.5. İnmede Acil Müdahale</p>	<p>2.1. İnme İçin Yüksek Risk Taşıyan Bireylerin Tanımlanması</p> <p>2.2. İnme İçin Yüksek Riskli Uygulamaların Yönetimi</p>	<p>3.1. Yeterli Hava Alımının Sürdürülmesi</p> <p>3.2. Yeterli Sıvı Alımının Sürdürülmesi</p> <p>3.3. Yeterli Besin Alımının Sürdürülmesi</p> <p>3.4. Boşaltım Sistemi ve Dışkılama ile İlgili Fonksiyonların Sağlanması</p> <p>3.5. Aktivite ve Dinlenme Arasındaki Dengenin Sürdürülmesi</p> <p>3.6. Yalnızlık ve Sosyal Etkileşim Arasındaki Dengenin Sürdürülmesi</p> <p>3.7. İyilik Halinin Sürdürülmesi, İnsanın Temel Yapı ve İşlevlerini Bozabilecek Risklerin Önlenmesi</p> <p>3.7.1. Enfeksiyona Yönelik Önlemler</p> <p>3.7.2. Ağız Bakımının Önemi</p> <p>3.7.3. Vücut Temizliği ve Rahatlığın Önemi</p> <p>3.7.4. Ağrı ve Yorgunluk</p> <p>3.7.5. Kan Basıncı ve Önemi</p> <p>3.7.6. Düşme Riskine Yönelik Önlemler</p> <p>3.7.7. Kan Sulandırıcı İlaçların Önemi</p> <p>3.8. Bireyin Sınırlılıkları ve İstekleri Arasında Uyum Olması</p> <p>3.8.1. Günlük Yaşam Aktivitelerine Yönelik Uyum</p> <p>3.8.2. Rehabilitasyon</p>

Şekil 3.2. Öz-Bakım Kuramı'na temellendirilerek hazırlanan eğitim rehberinin içeriği

3.6.5. Örneklem Grubuna Dahil Edilen Tüm Hastalara Taburcu Olmadan Önce Ön-Testlerin Uygulanması

Dahil edilme kriterlerini karşılayan, MOBİD puanı 21 ve üzerinde olan çalışma ve kontrol grubundaki tüm hastalar için ön test olarak “Hasta Bilgi Formu”, “Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği”, “İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği” ve “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” uygulanmıştır.

3.6.6. Çalışma Grubu Hastaları İçin Öz-Bakım Kuramı’na Temellendirilerek Hazırlanan Rehber Doğrultusunda Eğitimin Sunulması

Ön-test sonrası çalışma grubuna dahil edilen hastalara taburculuk öncesinde Öz-Bakım Kuramı’na temellendirilerek hazırlanmış bakım rehberi doğrultusunda eğitim verilmiştir. Eğitimler, hastaların taburculuğu öncesinde araştırmacı tarafından yüz yüze, hastanın bulunduğu klinikte verilmiştir. Eğitimler, her hasta için ortalama 40 dakika sürmüştür. Eğitimde sözel ve görsel anlatım, demonstrasyon ve birebir uygulama yöntemleri kullanılmıştır. Eğitim aldıktan sonra hastalar klinikten taburcu olmuşlardır.

3.6.7. Çalışma Grubu Hastalarına Tele-Hemşirelik Eğitiminin Uygulanması

Çalışma grubu hastalarına taburculuk sonrası 12 hafta boyunca tele-hemşirelik yöntemiyle Öz-Bakım Kuramı’na temellendirilen eğitim verilmiştir. 12 hafta süresince hastaların sorularını yanıtlanmış, sağlık bakım danışmanlığı yapılmış ve hastaların kendi öz bakım sorumluluklarını almalarına yardımcı olunmuştur. Çalışma grubu hastalarına verilmiş olan eğitim 12 hafta boyunca telefon yoluyla devam etmiştir. Her hafta pazartesi günü 12.00-16.00 saatleri arasında hastaların müsait olduğu saatte 30-60 dakika süreyle eğitimler gerçekleştirilmiştir. Ayrıca çalışma grubu hastalarına ihtiyaç duyduklarında soru sorabilmeleri için araştırmacının telefon numarası verilmiştir. Bu süreçte çalışma grubunda olan hastalar ihtiyaç duydukları her an destek almak için araştırmacıyı arayabilmiştir. Telefonla görüşme günleri pazartesi belirlenmiş olmasına karşın, hastanın müsait olmadığı zamanlarda hastayla başka bir gün belirlenerek eğitim ve danışmanlık devam ettirilmiştir. Hastalara mesaj yoluyla görüşme gün ve saati hatırlatılmıştır.

3.6.8. Kontrol Grubu Hastalarının Takip Edilmesi

Araştırma kapsamındaki kontrol grubu hastalara, nöroloji kliniğinin rutin hemşirelik bakımı verilerek taburcu edilmiştir. Taburculuk sonrası kontrol grubundaki hastalara herhangi bir eğitim uygulaması yapılmamıştır.

3.6.9. 12 Haftalık Süre Sonunda Son-Testlerin Uygulanması

Hastaneden taburcu olduktan 12 hafta sonra tüm hastalara (çalışma ve kontrol grubu) telefon ile ulaşılarak hastaneye davet edilmiştir. Çalışma ve kontrol grubu tüm hastalara son test olarak Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Öz- Bakım Gücü Ölçeği uygulanmıştır.

3.6.10. Kontrol Grubu Hastalarının Eğitimi

Etik açıdan olası sorunu önlemek amacıyla, kontrol grubu hastalara 12 haftalık süreç sonrasında son test değerlendirmesi yapıldıktan sonra 'Öz Bakım Kuramı' na temellendirilerek hazırlanan bakım rehberi doğrultusunda tele-hemşirelik eğitimi verilerek hastaların soruları yanıtlanmıştır. Araştırmanın algoritma şeması Şekil 3.3'te yer almaktadır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

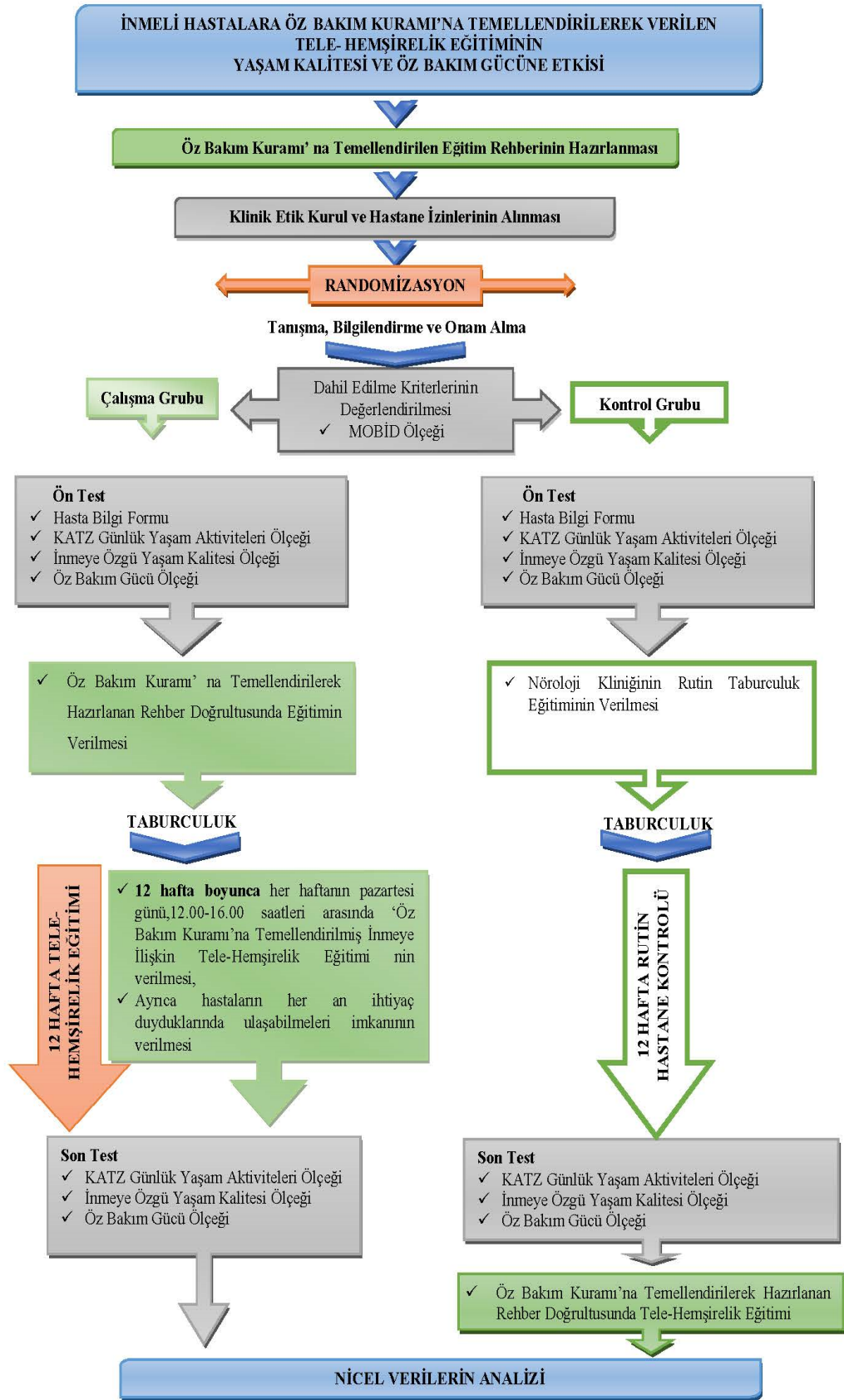
Araştırmadan elde edilen verilerin analizi IBM SPSS Statistics 28 paket programı ve GPower 3.1 istatistik paket üzerinden yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan testler Tablo 3.2.'de verilmiştir. Verilerin analizinde, kategorik değişkenler için sayı ve yüzde; sürekli değişkenler için ortalama \pm standart sapma tanımlayıcı istatistikleri kullanılmıştır. Verilerde sayısal değişkenlerin normallikleri, çarpıklık ve basıklık katsayılarıyla incelenmiş, katsayıların $\pm 1,5$ aralığında olduğundan normal dağıldığı saptanmıştır. Normal dağılım gösteren veriler için parametrik olan istatistiksel yöntemlerden yararlanılmıştır. İki bağımsız kategorik değişkenler arasındaki farklılıklar Ki Kare analizi, iki bağımsız sayısal değişken arasındaki ilişkiyse Pearson Korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiş ve yorumlanmıştır. İki bağımsız grup arasındaki farklılıklar Bağımsız Örneklem T Testi, iki bağımlı sayısal değişken arasındaki farklılıklar ise Bağımlı Örneklem T Testiyle incelenmiştir. Analizlerde istatistiksel anlamlılık 0,05 düzeyinden yorumlanmıştır. Çalışmada kullanılan ölçeklere ilişkin güvenilirlik sonuçları aşağıda verilmiş ve tüm ölçeklerin güvenilir olduğu görülmüştür ($\alpha > 0,700$) (Tablo 3.2).

Tablo 3.2. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel testler

Değerlendirilen Özellikler	İstatistiksel Testler
Örneklem sayısının belirlenmesi	Güç Analizi-GPower Testi
Verilerin normal dağılıma uygunluğunun belirlenmesi	Çarpıklık ve Basıklık Katsayısı
Çalışma ve kontrol grubundaki inme tanısı almış bireylerin tanıtıcı özelliklerinin belirlenmesi	Yüzdellik ve Frekans Dağılımı
Çalışma ve kontrol grubundaki inme tanısı almış bireylerin tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması	Ki-kare Testi Bağımsız Örneklem T-Testi
İki bağımlı sayısal değişkenler arasındaki farklılık	Bağımlı Örneklem T Testi
İki bağımsız sayısal değişken arasındaki ilişki	Pearson Korelasyon Katsayısı

3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yalnızca bir hastanenin nöroloji servisinde yapılmış olması bu araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda veriler toplanırken nitel araştırma yöntemlerinden de yararlanılması, hastalarla fenomenolojik görüşmeler yapılması ve eğitimin uzun vadeli etkisini test etmek için daha uzun süreli bir izlem süresi önerilmektedir.



Şekil 3.3. Araştırmanın algoritması

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=70)

Tanıtıcı Özellikler	Çalışma Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		Toplam (n=70)		Test Değeri p
	n	%	n	%	n	%	
Yaş ortalaması	61,23±10,23		61,94±9,79		61,59±9,95		t=-0,298 p=0,766
Yaş grupları							
40-49 Yaş	6	17,1	6	17,1	12	17,1	
50-59 Yaş	8	22,9	7	20,0	15	21,4	$\chi^2=0,750$ p=0,861
60-69 Yaş	14	40,0	12	34,3	26	37,1	
70-79 Yaş	7	20,0	10	28,6	17	24,3	
Cinsiyet							
Kadın	15	42,9	17	48,6	32	45,7	$\chi^2=0,230$ p=0,631
Erkek	20	57,1	18	51,4	38	54,3	
Medeni durumu							
Evli	33	94,3	31	88,6	64	91,4	$\chi^2=0,742$ p=0,389
Bekar	2	5,7	4	11,4	6	8,6	
Eğitim durumu							
Okuryazar	2	5,7	2	5,7	4	5,7	$\chi^2=0,921$ p=0,921
İlkokul	11	31,4	8	22,9	19	27,1	
Ortaokul	8	22,9	8	22,9	16	22,9	
Lise	10	28,6	11	31,4	21	30,0	
Üniversite	4	11,4	6	17,1	10	14,3	
Çalışma durumu							
Evet	13	37,1	14	40,0	27	38,6	$\chi^2=0,060$ p=0,806
Hayır	22	62,9	21	60,0	43	61,4	
Sosyal güvencesi							
Var	34	97,1	35	100,0	69	98,6	$\chi^2=0,000$ p=1,000
Yok	1	2,9	0	-	1	1,4	
Mesleği							
Ev hanımı	8	22,9	9	25,7	17	24,3	$\chi^2=3,093$ p=0,542
İşçi	3	8,6	7	20,0	10	14,3	
Memur	6	17,1	4	11,4	10	14,3	
Serbest meslek	3	8,6	1	2,9	4	5,7	
Emekli	15	42,9	14	40,0	29	41,4	
Yaşadığı Yer							
İl	19	54,3	17	48,6	36	51,4	$\chi^2=0,254$ p=0,881
İlçe	13	37,1	15	42,9	28	40,0	
Köy	3	8,6	3	8,6	6	8,6	
Kimlerle birlikte yaşadığı							
Eşi	16	45,7	13	37,1	29	41,4	$\chi^2=4,391$ p=0,111
Eşi ve çocukları	18	51,4	16	45,7	34	48,6	
Yalnız	1	2,9	6	17,1	7	10,0	
Çocuk sahibi olma							
Evet	34	97,1	32	91,4	66	94,3	$\chi^2=1,107$ p=0,293
Hayır	1	2,9	3	8,6	4	5,7	
Toplam aylık gelir ortalaması	4722,86±1421,08		4691,43±1154,37		4707,14±1285,29		t=0,102 p=0,460
Toplam aylık gelir grupları							
2500-4000 TL	14	40,0	13	37,1	27	38,6	$\chi^2=0,620$ p=0,733
4001-5500 TL	12	34,3	15	42,9	27	38,6	
5501-8000 TL	9	25,7	7	20,0	16	22,9	

X: Ortalama SS: Standart Sapma χ^2 =Ki Kare Testi t=Bağımsız Örneklem T Testi

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.'de sunulmuştur. Araştırmada çalışma grubu 35 hasta ve kontrol grubu 35 hasta olmak üzere toplam 70 hasta yer almıştır. Araştırmaya katılan çalışma grubu hastaların %40(n=14)'ının 60-69 yaş aralığında olduğu; %57,1(n=20)'ini erkeklerin, %42,9 (n=15)'unu kadınların oluşturduğu, %94,3(n=33)'ünün evli, %31,4(n=11)'ünün ilkokul mezunu olduğu, %37,1(n=13)'inin, çalıştığı, %97,1 (n=34)'inin sosyal güvencesinin bulunduğu, %42,9(n=15)'unun emekli olduğu, %54,3(n=19) 'ünün il merkezinde yaşadığı, %51,4(n=18)'ünün eşi ve çocuklarıyla birlikte kaldığı, %97,1 (n=34)'inin çocuk sahibi olduğu, %40.0 (n=14)'ının toplam aylık gelir durumunun 2500-4000 TL arasında değiştiği belirlendi. Çalışma grubu hastaların yaş ortalamaları $61,23 \pm 10,23$ ve toplam aylık gelir ortalamaları $4722,86 \pm 1421,08$ TL'dir (Tablo 4.1.).

Kontrol grubu hastalarının sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.'de sunulmuştur. Araştırmaya katılan kontrol grubu hastalarının %34,3 (n=12)'ünün 60-69 yaş aralığında olduğu, %51,4(n=18)'ünü erkeklerin, %48,6 (n=17)'sini kadınların oluşturduğu, %88,6 (n=31)'sının evli, %31,4 (n=11)'ünün lise mezunu olduğu, %40.0(n=14)'ının çalıştığı, %100 (n=35)'ünün sosyal güvencesinin bulunduğu, %40.0 (n=14)'ının emekli olduğu, %48,6 (n=17)'sının il merkezinde yaşadığı, %45,7(n=16)'sinin eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı, %91,4 (n=32)'ünün çocuk sahibi olduğu, %42,9 (n=15)'unun toplam aylık gelir durumunun 4001-5500 TL arasında olduğu belirlendi. Kontrol grubu hastalarının yaş ortalamaları $61,94 \pm 9,79$; toplam aylık gelir ortalamaları ise $4691,43 \pm 1154,37$ TL olarak belirlendi (Tablo 4.1.).

Çalışma ve kontrol grubunda yer alan tüm hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.'de sunulmuştur. Araştırmaya katılan tüm hastaların %37,1(n=26)'inin 60-69 yaş aralığında olduğu; %54,3(n=38)'ünü erkeklerin, %45,7 (n=32)'sini kadınların oluşturduğu, %91,4(n=64)'ünün evli, %30,0(n=21)'unun lise mezunu olduğu, %61,4(n=43)'ünün çalışmadığı, %98,6(n=69)'sının sosyal güvencesinin bulunduğu, %41,4(n=29)'ünün emekli olduğu, %51,4(n=36)'ünün il merkezinde yaşadığı, %48,6(n=34)'sının eşi ve çocuklarıyla birlikte kaldığı, %94,3 (n=66)'ünün çocuk sahibi olduğu, %38,6(n=27)'inin toplam aylık gelir durumunun 2500-4000 TL ve %38,6(n=27)'inin 4001-5500 TL arasında olduğu belirlendi.

Hastalarının yaş ortalamaları 61,59±9,95 iken toplam aylık gelir ortalamaları 4707,14±1285,29 TL'dir (Tablo 4.1.).

Çalışma ve kontrol grubu hastalarının sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1.'de karşılaştırılmıştır. Uygulanan ki-kare analizleri sonucunda çalışma ve kontrol grubu hastalarının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, yaşadığı yer, kimlerle birlikte yaşadığı, çocuk sahibi olma ve aylık toplam gelir durumuna göre istatistiksel olarak farklılık göstermedikleri belirlendi (p>0,05). Bu doğrultuda çalışma ve kontrol gruplarının tanıtıcı özellikler bakımından homojen oldukları belirlendi (Tablo 4.1.).

Tablo 4.2. Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı (n=70)

Klinik Özellikler	Çalışma Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		Toplam (n=70)		Test değeri p
	n	%	n	%	n	%	
Mevcut tanısı							
İskemik İnme	25	71,4	22	62,9	47	67,1	$\chi^2=0,583$ p=0,445
Hemorajik İnme	10	28,6	13	37,1	23	32,9	
İnme tanısı ile serviste bakım alma süresi (gün)							
6-15 gün	23	65,7	24	68,6	47	67,1	$\chi^2=0,065$ p=0,799
16-30 gün	12	34,3	11	31,4	23	32,9	
Yatağa bağımlı olarak bakım alma süresi (gün)							
1-5 gün	26	74,3	24	68,6	50	71,4	$\chi^2=0,280$ p=0,597
6-20 gün	9	25,7	11	31,4	20	28,6	
İnme nedeniyle etkilenen taraf							
Yok	23	65,7	16	45,7	39	55,7	$\chi^2=3,844$ p=0,279
Sağ taraf	4	11,4	6	17,1	10	14,3	
Sol taraf	7	20,0	9	25,7	16	22,9	
Her iki taraf	1	2,9	4	11,4	5	7,1	
Bireyin sahip olduğu kronik hastalık ya da risk faktörü							
Var	32	91,4	33	94,3	65	92,9	$\chi^2=0,000$ p=1,000
Yok	3	8,6	2	5,7	5	7,1	
+Kronik hastalık ya da risk faktörü							
Ailede inme öyküsü	10	31,3	12	36,4	22	33,8	$\chi^2=0,190$ p=0,663
Diyabet	17	53,1	18	54,5	35	53,8	
Hipertansiyon	23	71,9	28	84,8	51	78,5	$\chi^2=1,618$ p=0,203
Kalp hastalığı	11	34,4	19	57,6	30	46,2	
Böbrek hastalığı	9	28,1	13	39,4	22	33,8	$\chi^2=0,981$ p=0,337
KOAH	3	9,4	2	6,1	5	7,7	

+: Bu değişkenlerde katılımcılar birden fazla seçeneğe cevap verebildikleri için her seçenek ayrı değerlendirilmiştir.

X: Ortalama SS: Standart Sapma χ^2 =Ki Kare Testi t=Bağımsız Örneklem T Testi *: p<0,05 **:p<0,001

Tablo 4.2. Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı (n=70) (devamı)

Klinik Özellikler	Çalışma Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		Toplam (n=70)		Test değeri p
	n	%	n	%	N	%	
Obezite	3	9,4	8	24,2	11	16,9	$\chi^2=2,554$ p=0,110
Hiperlipidemi	7	21,9	3	9,1	10	15,4	$\chi^2=2,040$ p=0,185
Fiziksel inaktivite	7	21,9	6	18,2	13	20,0	$\chi^2=0,138$ p=0,710
Hormon tedavisi	2	6,3	1	3,0	3	4,6	$\chi^2=0,383$ p=0,613
İnflamasyon	4	12,5	2	6,1	6	9,2	$\chi^2=0,804$ p=0,427
Sigara	10	31,3	11	33,3	21	32,3	$\chi^2=0,032$ p=0,857
Alkol	3	9,4	2	6,1	5	7,7	$\chi^2=0,251$ p=0,672
Diğer	1	3,1	0	-	1	1,5	$\chi^2=1,047$ p=0,492
+Bakım ve desteğe ihtiyaç duyulan alanlar							
Psikolojik/duygusal	35	100,0	35	100,0	70	10,00	-
Fiziksel bakımda yardım	28	80,0	24	68,6	52	74,3	$\chi^2=1,197$ p=0,274
Maddi yardım	2	5,7	11	31,4	13	18,6	$\chi^2=7,652$ p=0,006*
+Bireyin Semptomları							
Yutmada bozulma	1	2,9	4	11,4	5	7,1	$\chi^2=0,862$ p=0,356
Görmeye problem	6	17,1	6	17,1	12	17,1	$\chi^2=0,000$ p=1,000
Yorgunluk	14	40,0	8	22,9	22	31,4	$\chi^2=2,386$ p=0,122
Konsantrasyonda, uyanıklıkta ve dikkatte azalma	5	14,3	2	5,7	7	10,0	$\chi^2=0,635$ p=0,428
Denge kaybı	23	65,7	12	34,3	35	50,0	$\chi^2=6,914$ p=0,009*
Hemipleji	6	17,1	5	14,3	11	15,7	$\chi^2=0,108$ p=0,743
Konuşmada değişiklikler	10	28,6	6	17,1	16	22,9	$\chi^2=1,296$ p=0,255
Yüzde güçsüzlük veya hissizlik	5	14,3	4	11,4	9	12,9	$\chi^2=0,000$ p=1,000
Baş dönmesi	12	34,3	11	31,4	23	32,9	$\chi^2=0,065$ p=0,799
Kolda güçsüzlük veya hissizlik	12	34,3	15	42,9	27	38,6	$\chi^2=0,543$ p=0,461
Bacakta güçsüzlük veya hissizlik	14	40,0	12	34,3	26	37,1	$\chi^2=0,245$ p=0,621
Baş ağrısı	4	11,4	4	11,4	8	11,4	$\chi^2=0,000$ p=1,000
İnme tanısı ile serviste bakım alma zamanı (gün)	X±SS	Min-Max	X±SS	Min-Max	X±SS	Min-Max	t=-0,605 p=0,547
	14,06±5,65	5-30	14,83±5,00	7-30	14,60±5,58	5-30	
Yatağa bağımlı olarak bakım alınan gün sayısı (gün)	X±SS	Min-Max	X±SS	Min-Max	X±SS	Min-Max	t=0,682 p=0,497
	5,46±3,88	2-20	4,80±4,18	1-16	5,12±4,01	1-20	

Katılımcıların klinik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2.'de sunulmuştur. Çalışma grubu hastalarının %71,4(n=25)'ünün iskemik inme tanısına ve %28,6 (n=10)'sının hemorajik inme tanısına sahip olduğu, %65,7(n=23)'sinin inme tanısı ile serviste 6-15 gün bakım aldığı, %74,3(n=26)'ünün serviste yatağa bağımlı olarak 1-5 gün yattığı, %65,7(n=23)'sinin inme nedeniyle etkilenen vücut bölgesinin bulunmadığı, %91,4(n=32)'ünün kronik hastalığının ya da risk faktörüne sahip olduğu, %71,9(n=23)'nün hipertansiyon, %53,1(n=17)'nin diyabet, %34,4 (n=11)'inin kalp hastalığı tanısı aldığı, %31,3 (n=10)'ünün ailede inme öyküsünün bulunduğu, %31,3(n=10)'ünün sigara kullandığı, çalışma grubundaki hastaların tümünün psikolojik/duygusal desteğe, %80(n=28)'inin fiziksel bakım desteğine ihtiyaç duyduğu, %65,7(n=23)'sinin denge kaybı, %40,0(n=14)'ünün yorgunluk ve %40,0(n=14)'ünün bacakta güçsüzlük veya hissizlik; %34,3(n=12)'ünün baş dönmesi, %34,3(n=12)'ünün kolda güçsüzlük veya hissizlik semptomlarına sahip oldukları belirlendi. Çalışma grubunda yer alan hastaların inme tanısı ile serviste bakım aldığı zaman ortalaması 14,06±5,65 gün; yatağa bağımlı olarak bakım aldıkları zaman ortalaması 5,46±3,88 gün olarak saptandı (Tablo 4.2.).

Kontrol grubu hastalarının klinik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2'de sunulmuştur. Araştırmaya katılan kontrol grubu hastalarının %62,9(n=22)'unun iskemik inme tanısına ve %37,1(n=13)'inin hemorajik inme tanısına sahip olduğu, %68,6(n=24)'sının inme tanısı ile serviste 6-15 gün bakım aldığı, %68,6 (n=68)'sının serviste yatağa bağımlı olarak 1-5 gün yattığı, %45,7(n=16)'sinin inme nedeniyle etkilenen vücut bölgesinin bulunmadığı, %94,3(n=33)'ünün kronik hastalığa ya da risk faktörüne sahip olduğu, %84,8(n=28)'inin hipertansiyon, %57,6(n=19)'sının kalp hastalığı, %54,5(n=18)'inin diyabet hastalığının bulunduğu, kontrol grubundaki hastaların tümünün psikolojik/duygusal desteğe ve %68,6(n=24)'sının fiziksel bakım desteğine ihtiyaç duyduğu, %42,9(n=15)'unun kolda güçsüzlük veya hissizlik, %34,3(n=12)'ünün denge kaybı, %34,3(n=12)'ünün bacakta güçsüzlük veya hissizlik, %31,4(n=11)'ünün baş dönmesi semptomlarına sahip olduğu belirlendi. Kontrol grubunda yer alan hastaların inme tanısıyla serviste bakım aldığı zaman ortalaması 14,83±5,00 gün; yatağa bağımlı olarak bakım aldıkları zaman ortalaması 4,80±4,18 gün olarak saptandı (Tablo 4.2.).

Çalışma ve kontrol grubunda yer alan tüm hastaların klinik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2.'de sunulmuştur. Araştırmaya katılan tüm hastaların %67,1 (n=47)'inin iskemik inme tanısına ve %32,9(n=23)'unun hemorajik inme tanısına sahip olduğu, %67,1(n=47)'inin inme tanısı ile serviste 6-15 gün bakım aldığı, %71,4 (n=50)'ünün serviste yatağa bağımlı olarak 1-5 gün yattığı, %55,7(n=39)'sinin inme nedeniyle etkilenen vücut bölgesinin bulunmadığı, %92,9(n=65)'unun kronik hastalığa ya da risk faktörüne sahip olduğu, %78,5 (n=51)'inin hipertansiyon, %57,6 (n=18)'sının kalp hastalığı, %53,8(n=35)'inin diyabet tanısı aldığı, her iki gruptaki tüm hastaların psikolojik/duygusal desteğe ve %74,3(n=52)'ünün fiziksel bakım desteğine gereksinim duyduğu, %50,0 (n=35)'sinin denge kaybı, %38,6(n=27)'sının kolda güçsüzlük veya hissizlik, %37,1(n=26)'inin bacakta güçsüzlük veya hissizlik, %32,9 (n=23)'unun baş dönmesi, %31,4(n=22)'ünün yorgunluk semptomlarına sahip olduğu belirlendi. Araştırmada yer alan hastaların inme tanısıyla serviste bakım aldığı zaman ortalaması 14,60±5,58 gün; yatağa bağımlı olarak bakım aldıkları zaman ortalaması 5,12±4,01 gün olarak saptandı (Tablo 4.2.).

Çalışma ve kontrol gruplarının klinik özellikleri Tablo 4.2.'de karşılaştırılmıştır. Çalışma ve kontrol grubu hastalarının klinik özellikleri arasında yapılan karşılaştırmada tanı, tanı zamanı, etkilenen taraf, kronik hastalık ya da risk faktörü bulunma, serviste bakım tedavi alma süresi, yatağa bağımlı olarak bakım alma süresi, fiziksel bakımda destek almaya ihtiyaç duyma durumuna göre farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Buna karşın uygulanan ki-kare analizleri sonucunda çalışma ve kontrol grubu hastalar arasında denge kaybı semptomu ve maddi yardım desteğine ihtiyaç duyma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu saptandı. ($p<0,05$). Bu doğrultuda, çalışma grubunda denge kaybı yaşayan hastaların oranının (%65,7), kontrol grubunda denge kaybı yaşayan hastaların oranından (%34,3) istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha fazla olduğu belirlendi ($p=0,009$). Kontrol grubunda maddi yardım desteğine ihtiyaç duyan hastaların oranının (%31,4), çalışma grubunda maddi yardım desteğine ihtiyaç duyan hastaların oranından (%5,7) istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha fazla olduğu saptandı ($p=0,006$) (Tablo 4.2.).

Tablo 4.3. Çalışma ve kontrol gruplarının ön-test ve son-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanlarının dağılımı (n=70)

Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	Çalışma (n=35)		Kontrol (n=35)		Toplam (n=70)	
	n	%	n	%	n	%
Ön-test						
Bağımlı	-	-	-	-	-	-
Yarı Bağımlı	11	31,4	9	25,7	20	28,6
Bağımsız	24	68,6	26	74,3	50	71,4
Son-test						
Bağımlı	-	-	-	-	-	-
Yarı Bağımlı	7	20,0	-	-	7	10,0
Bağımsız	28	80,0	35	100,0	63	90,0

Çalışma ve kontrol grubu hastaların ön-test ve son-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanlarının dağılımı Tablo 4.3.'te sunulmuştur. Tablo 4.3 incelendiğinde çalışma grubunun ön-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanlarına göre yapılan gruptamada hastaların %31,4(n=11)'ünün yarı bağımlı, %68,6(n=24)'sının bağımsız olduğu belirlendi. Kontrol grubundaysa hastaların ön-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanlarına göre yapılan gruptamada hastaların %25,7(n=9)'sinin yarı bağımlı %74,3(n=26)'ünün bağımsız olduğu belirlendi. Çalışma grubunun son-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanlarına göre yapılan gruptamada hastaların %20,0(n=7) 'sinin yarı bağımlı %80,0(n=28)'inin bağımsız olduğu görüldü. Kontrol grubunun son-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanlarına göre yapılan gruptamada hastaların tamamının bağımsız olduğu belirlendi (Tablo 4.3.).

Çalışma ve kontrol grubunda yer alan tüm hastaların ön-test ve son-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanlarına göre özelliklerinin dağılımı Tablo 4.3.'te sunulmuştur. Hastaların ön-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanlarına göre yapılan gruptamada, %71,4(n=50)'ünün bağımsız ve %28,6 (n=20)'sının yarı bağımlı iken bağımlı hastanın bulunmadığı saptandı. Hastaların son-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanlarına göre yapılan gruptamada; hastaların %90,0(n=63)'ının bağımsız; %10,0(n=7)'unun yarı bağımlı olduğu belirlendi (Tablo 4.3.).

Tablo 4.4. Çalışma ve kontrol gruplarının Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Ölçek	Çalışma grubu (n=35)		Kontrol grubu (n=35)		Test İstatistiği t	p Değeri
	X±SS	Min-Max	X±SS	Min-Max		
Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği	25,49±2,41	22-29	25,40±2,29	22-29	0,153	0,879

t:Bağımsız Örneklem T Testi

Çalışma ve kontrol gruplarının Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.4.'te sunulmuştur. Çalışma grubunda yer alan hastaların Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması 25,49±2,41, kontrol grubunda yer alan hastaların Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması 25,40±2,29 olarak belirlendi. Yapılan bağımsız örneklem t testi analizinde, çalışma ve kontrol grupları arasında Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği puanları yönünden istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı saptandı (p>0,05) (Tablo 4.4.).

Tablo 4.5. Çalışma ve kontrol gruplarının ön-test ve son-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanlarının karşılaştırması

Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	Çalışma grubu (n=35)		Kontrol grubu (n=35)		Test İstatistiği t ^a	p değeri
	X±SS	Min-Max	X±SS	Min-Max		
Ön-test puanı	14,00±2,70	9-18	14,74±2,45	10-18	-1,204	0,233
Son-test puanı	15,46±2,12	12-18	16,40±1,48	14-18	-2,158	0,034*
t^b; p	-5,278;0,000**		-6,168;0,000**			

X: Ortalama SS: Standart Sapma

t^a:Bağımsız Örneklem T Testi (Gruplar arası karşılaştırmalar)

t^b:Bağımlı Örneklem T Testi (Grup içi ön-test ve son-test karşılaştırmaları) *:p<0,05 **:p<0,001

Çalışma ve kontrol gruplarının ön-test ve son-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanlarının karşılaştırması Tablo 4.5.'te sunulmuştur. Çalışma grubu hastaların ön-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanı 14,00±2,70, son-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanı 15,46±2,12'dir. Kontrol grubu hastaların ön-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanları 14,73±2,45, son-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanları 16,40±1,48'dir (Tablo 4.5.).

Çalışma ve kontrol gruplarının ön-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanları arasında yapılan karşılaştırmada, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı (p>0,05) belirlendi. Çalışma ve kontrol gruplarının

son-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunduğu saptandı ($p<0,05$). Bu doğrultuda kontrol grubu hastaların son-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanlarının çalışma grubu hastaların son-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanlarından anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi ($p=0,034$) (Tablo 4.5.). Çalışma ve kontrol grubunda yer alan hastaların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri ön-test ve son-test puan değişimlerine ilişkin bulgular şekil 4.1’de sunulmuştur.

Çalışma grubundaki hastaların ön-test ve son-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanları karşılaştırıldığında ön-test ve son-test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p<0,001$). Kontrol grubu hastaların ön-test ve son-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p<0,001$). (Tablo 4.5.). Çalışma grubundaki hastaların son-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanlarının ön test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanlarından anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü (ön-test= $14,00\pm 2,70$; son-test= $15,46\pm 2,12$; $p=0,000$). Kontrol grubundaki hastaların ön-test ve son-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanları karşılaştırıldığında, son-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanlarının ön test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanlarından anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi (ön-test= $14,74\pm 2,45$; son-test= $16,40\pm 1,48$; $p=0,000$) (Tablo 4.5.).

Tablo 4.6. Çalışma ve kontrol gruplarının ön-test İnmeye Ölçeği Yaşam Kalitesi Ölçeği (İÖYKÖ) puanlarının karşılaştırılması

İÖYKÖ Ön-test Puanları	Çalışma grubu (n=35)		Kontrol grubu(n=35)		Test İstatistiği t^a	p değeri
	X±SS	Min-Max	X±SS	Min-Max		
Toplam puan	2,61±0,39	1,78-3,21	2,78±0,47	1,8-3,96	-1,559	0,114
Alt boyut puanı						
Aktiviteler	2,61±0,71	1,72-4,22	2,87±0,71	1,61-4,17	-1,514	0,135
Sosyal ve Aile Roller	1,84±0,67	1-3,5	2,25±0,89	1-5	-2,201	0,031*
Dil	3,74±1,14	1,8-5	3,97±1,18	2-5	-0,823	0,413
Vizyon	3,79±1,10	2-5	3,85±1,23±	1,67-5	-0,204	0,839
Enerji	1,96±0,63	1-4	2,25±0,70	1,25-4	-1,795	0,077
Mizaç	2,19±0,54	1-3,5	2,28±0,83	1-5	-0,552	0,583
Kişilik	2,18±0,72	1-4,33	2,22±0,76	1-4	-0,214	0,831
Düşünme	3,00±0,77	2-4	2,93±0,69	2-4	0,410	0,683

X: Ortalama SS: Standart Sapma

t^a : Bağımsız Örneklem T Testi (Gruplar arası karşılaştırmalar) *: $p<0,05$ **: $p<0,001$

Çalışma ve kontrol gruplarının ön-test İnmeye Ölçeği Yaşam Kalitesi Ölçeği (İÖYKÖ) toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.6.'da sunulmuştur. Araştırmaya katılan çalışma ve kontrol grubundaki hastaların ön-test İÖYKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmadı. İÖYKÖ ön-test alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, kontrol grubu hastaların Sosyal ve Aile Roller alt boyut puan ortalamasının çalışma grubu hastaların puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). İÖYKÖ ön-test Aktivite, Dil, Vizyon, Enerji, Mizaç, Kişilik ve Düşünme alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde ise her iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığı görüldü ($p>0,05$) (Tablo 4.6.).

Tablo 4.7.Çalışma ve kontrol gruplarının son-test İnmeye Ölçeği Yaşam Kalitesi Ölçeği (İÖYKÖ) puanlarının karşılaştırılması

İÖYKÖ Son-test Puanları	Çalışma grubu		Kontrol grubu		Test İstatistiği t^a	p değeri
	X±SS	Min-Max	X±SS	Min-Max		
Toplam puan	3,94±0,31	3,33-4,38	2,92±0,44	2,34-3,99	11,136	0,001**
Alt boyut puanı						
Aktiviteler	3,87±0,59	2,74-5	3,10±0,71	1,74-4,32	4,943	0,000**
Sosyal ve Aile Roller	3,42±0,61	2,25-4,25	2,27±0,92	1-4	6,191	0,000**
Dil	4,60±0,57	3-5	4,05±1,03	2-5	2,751	0,008**
Vizyon	4,42±0,78	2,67-5	4,15±0,84	2,33-5	1,381	0,172
Enerji	3,68±0,54	2,5-4,5	2,49±0,77	1-4	7,489	0,000**
Mizaç	3,79±0,45	2-4,25	2,38±0,78	1-4	9,349	0,000**
Kişilik	3,86±0,62	2-5	2,34±0,76	1-4	9,147	0,000**
Düşünme	4,06±0,72	2-5	3,13±0,72	2-4	5,410	0,000**

X: Ortalama SS: Standart Sapma

t^a : Bağımsız Örneklem T Testi (Gruplar arası karşılaştırmalar) *: $p<0,05$ **: $p<0,001$

Çalışma ve kontrol gruplarının son-test İnmeye Ölçeği Yaşam Kalitesi Ölçeği (İÖYKÖ) toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.7.'de sunulmuştur. Araştırmaya katılan çalışma ve kontrol grubundaki hastaların son-test İÖYKÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde, çalışma grubu hastaların İÖYKÖ toplam puan ortalamalarının kontrol grubu hastaların son-test İÖYKÖ toplam puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). İÖYKÖ son-test alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, çalışma grubu hastaların, İÖYKÖ son-test Aktivite, Sosyal ve Aile Rolü, Dil, Enerji, Mizaç, Kişilik ve Düşünme alt boyut puan ortalamalarının kontrol grubu hastaların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı. Çalışma ve kontrol grupları arasında İÖYKÖ son-test Vizyon alt boyutu puan

ortalamları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadığı görüldü ($p>0,05$) (Tablo 4.7.).

Tablo 4.8. Çalışma grubunun ön-test ve son-test İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (İÖYKÖ) puanlarının karşılaştırılması

Çalışma Grubu İÖYKÖ Puanları	Ön-test		Son-test		Test İstatistiği t^b	p değeri
	X±SS	Min-Max	X±SS	Min-Max		
Toplam puan	2,61±0,39	1,78-3,21	3,94±0,31	3,33-4,38	-26,034	0,000*
Alt boyut puanı						
Aktiviteler	2,61±0,71	1,72-4,22	3,87±0,59	2,74-5	-23,471	0,000**
Sosyal ve Aile Roller	1,84±0,67	1-3,5	3,42±0,61	2,25-4,25	-12,121	0,000**
Dil	3,74±1,14	1,8-5	4,60±0,57	3-5	-5,858	0,000**
Vizyon	3,79±1,10	2-5	4,42±0,78	2,67-5	-6,105	0,000**
Enerji	1,96±0,63	1-4	3,68±0,54	2,5-4,5	-15,454	0,000**
Mizaç	2,19±0,54	1-3,5	3,79±0,45	2-4,25	-15,139	0,000**
Kişilik	2,18±0,72	1-4,33	3,86±0,62	2-5	-13,758	0,000**
Düşünme	3,00±0,77	2-4	4,06±0,72	2-5	-9,297;	0,000**

X: Ortalama SS: Standart Sapma

t^b : Bağımlı Örneklem T Testi (Grup içi ön test ve son test karşılaştırmaları) *: $p<0,05$ **: $p<0,001$

Çalışma grubundaki hastaların İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (İÖYKÖ) toplam ve alt boyut puan ortalamalarının ön-test ve son-test olarak karşılaştırması Tablo 4.8’de sunulmuştur. Çalışma grubundaki hastaların son-test İÖYKÖ toplam puan ortalamasının ön-test toplam puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (ön-test= 2,61±0,39; son-test=3,94±0,31; $p=0,000$). Çalışma grubundaki hastaların son-test İÖYKÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; Aktiviteler alt boyut puan ortalamasının (ön-test=2,61±0,71;son-test=3,87±0,59; $p=0,000$); Sosyal ve Aile Roller alt boyut puan ortalamasının (ön-test=1,84±0,67; son-test=3,42±0,61; $p=0,000$), Dil alt boyut puan ortalamasının (ön-test=3,74±1,14; son-test=4,60±0,57; $p=0,000$); Vizyon alt boyut puan ortalamasının (ön-test=3,79±1,10;son-test=4,42±0,78; $p=0,000$), Enerji alt boyut puan ortalamasının (ön-test=1,96±0,63;son-test=3,68±0,54; $p=0,000$), Mizaç alt boyut puan ortalamasının (ön-test=2,19±0,54; son-test=3,79±0,45; $p=0,000$), Kişilik alt boyut puan ortalamasının (ön-test=2,18±0,72; son-test=3,86±0,62; $p=0,000$) ve Düşünme alt boyut puan ortalamasının (ön-test=3,00±0,77; son-test=4,06±0,72; $p=0,000$) ön-test puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.8.). Çalışma ve kontrol grubunda yer alan hastaların İÖYKÖ ön-test ve son-test toplam puan ortalamaları değişimlerine ilişkin bulgular Şekil 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.9. Kontrol grubunun ön-test ve son-test İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (İÖYKÖ) puanlarının karşılaştırılması

Kontrol Grubu İÖYKÖ Puanları	Ön-test		Son-test		Test İstatistiği t ^b	p değeri
	X±SS	Min-Max	X±SS	Min-Max		
Toplam puan	2,78±0,47	1,8-3,96	2,92±0,44	2,34-3,99	-2,668	0,012*
Alt boyut puanı						
Aktiviteler	2,87±0,71	1,61-4,17	3,10±0,71	1,74-4,32	-3,693	0,000**
Sosyal ve Aile Rolleri	2,25±0,89	1-5	2,27±0,92	1-4	-0,154	0,878
Dil	3,97±1,18	2-5	4,05±1,03	2-5	-0,949	0,349
Vizyon	3,85±1,23	1,67-5	4,15±0,84	2,33-5	-1,734	0,092
Enerji	2,25±0,70	1,25-4	2,49±0,77	1-4	-2,256	0,031*
Mizaç	2,28±0,83	1-5	2,38±0,78	1-4	-0,830	0,412
Kişilik	2,22±0,76	1-4	2,34±0,76	1-4	-1,006	0,321
Düşünme	2,93±0,69	2-4	3,13±0,72	2-4	-2,503	0,017*

X: Ortalama SS: Standart Sapma

t^b: Bağımlı Örneklem T Testi (Grup içi ön test ve son test karşılaştırmaları) *:p<0,05 **:p<0,001

Kontrol grubundaki hastaların İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (İÖYKÖ) toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının ön-test ve son-test olarak karşılaştırılması Tablo 4.9.'da sunulmuştur. Kontrol grubundaki hastaların son-test İÖYKÖ toplam puan ortalamalarının ön-test toplam puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu (ön-test=2,78±0,47; son-test=2,92±0,44; p=0,012) belirlendi. Kontrol grubundaki hastaların İÖYKÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, Sosyal ve Aile Rolleri, Dil, Vizyon, Mizaç ve Kişilik alt boyut ortalamalarında ön-test ve son-test arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmazken (p>0,05); son-test Aktiviteler alt boyut puan ortalamasının (ön-test=2,87±0,71; son-test=3,10±0,71; p=0,000), son-test Enerji alt boyut puan ortalamasının (ön-test=2,25±0,70; son-test=2,49±0,77; p=0,031) ve son-test Düşünme alt boyut puan ortalamasının (ön-test=2,93±0,69; son-test=3,13±0,72; p=0,017) ön-test puan ortalamalarına göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yükseldiği belirlendi (Tablo 4.9.).

Tablo 4.10. Çalışma ve kontrol gruplarının ön-test Öz-Bakım Gücü Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Öz-Bakım Gücü Ölçeği	Çalışma grubu (n=35)		Kontrol grubu(n=35)		Test İstatistiği t ^a	p değeri
	X±SS	Min-Max	X±SS	Min-Max		
Ön-test Toplam Puan	61,80±14,53	39-99	65,34±13,59	43-98	-1,053	0,296

X: Ortalama SS: Standart Sapma

*:p<0,05 **:p<0,01

t^a:Bağımsız Örneklem T Testi (Gruplar arası karşılaştırmalar)

Çalışma ve kontrol gruplarının ön-test Öz-Bakım Gücü Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.10.'da sunulmuştur. Çalışma ve kontrol grubunda yer alan hastaların ön-test Öz-Bakım Gücü ölçeği puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.11. Çalışma ve kontrol gruplarının son-test Öz-Bakım Gücü Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Öz-Bakım Gücü Ölçeği	Çalışma grubu (n=35)		Kontrol grubu(n=35)		Test İstatistiği t^a	p değeri
	X±SS	Min-Max	X±SS	Min-Max		
Son-test toplam puanı	104,06±9,85	81-121	64,91±12,77	40-98	14,358	0,000*

X: Ortalama SS: Standart Sapma

*:p<0,05 **:p<0,001

t^a :Bağımsız Örneklem T Testi (Gruplar arası karşılaştırmalar)

Çalışma ve kontrol gruplarının son-test Öz-Bakım Gücü Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.11.'de sunulmuştur. Çalışma ve kontrol grubunda yer alan hastaların son-test Öz-Bakım Gücü ölçeği puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0,05$). Çalışma grubunda yer alan hastaları son-test Öz-Bakım Gücü puanlarının kontrol grubunda yer alan hastaların son-test Öz-Bakım Gücü puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4.11.).

Tablo 4.12. Çalışma grubunun ön-test ve son-test Öz-Bakım Gücü Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Çalışma Grubu Öz-Bakım Gücü Puanı	Ön-test		Son-test		Test İstatistiği t^b	p değeri
	X±SS	Min-Max	X±SS	Min-Max		
Toplam Puan	61,80±14,53	39-99	104,06±9,85	81-121	-15,596	0,000*

X: Ortalama SS: Standart Sapma

t^b :Bağımlı Örneklem T Testi (Grup içi ön test ve son test karşılaştırmaları) *:p<0,05 **:p<0,001

Çalışma grubunda yer alan hastaların ön-test ve son-test Öz-Bakım Gücü Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.12.' de sunulmuştur. Çalışma grubunda yer alan hastaların ön-test ve son-test Öz-Bakım Gücü Ölçeği puanları karşılaştırıldığında; çalışma grubunda yer alan hastaların son-test Öz-Bakım Gücü Ölçeği puanlarının ön-test Öz-Bakım Gücü ölçeği puanından istatistiksel açıdan daha yüksek olduğu (ön-test=61,80±14,53; son-test=104,06±9,85; $p=0,000$) saptandı (Tablo 4.12.).

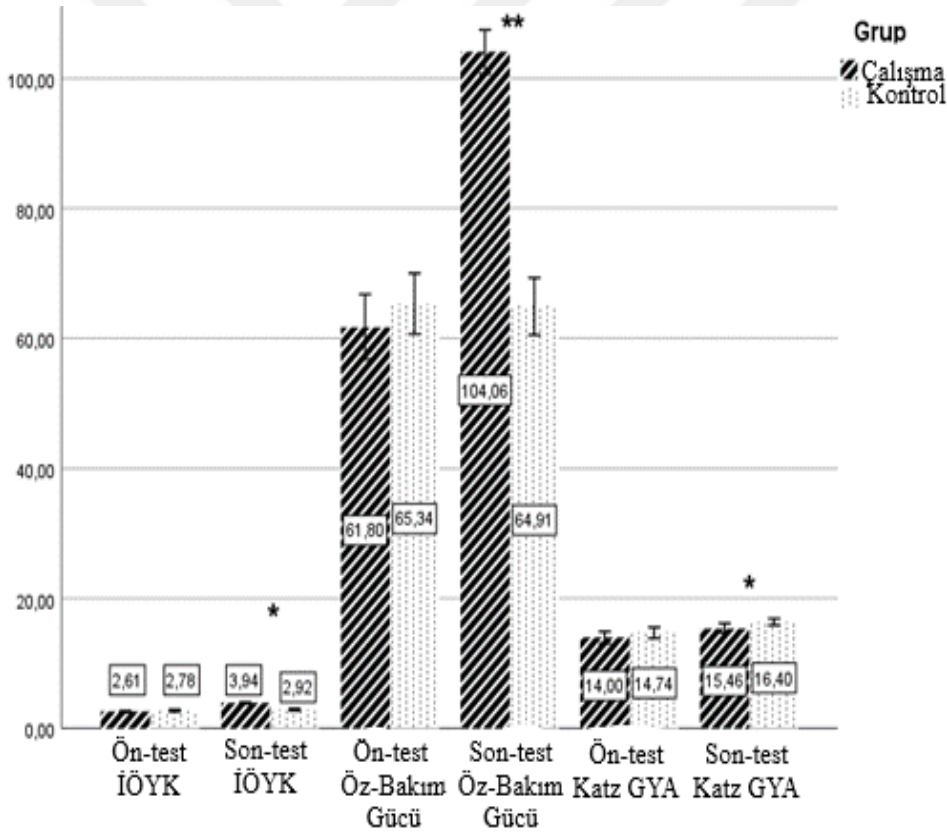
Tablo 4.13. Kontrol grubunun ön-test ve son-test Öz-Bakım Gücü Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Kontrol Grubu Öz-Bakım Gücü Puanı	Ön-test		Son-test		Test İstatistiği t^b	p değeri
	X±SS	Min-Max	X±SS	Min-Max		
Toplam Puan	65,34±13,59	43-98	64,91±12,77	40-98	0,346	0,731

X: Ortalama SS: Standart Sapma

t^b :Bağımlı Örneklem T Testi (Grup içi ön test ve son test karşılaştırmaları) *:p<0,05

Kontrol grubunda yer alan hastaların ön-test ve son-test Öz-Bakım Gücü Ölçeği puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.13.' de sunulmuştur. Kontrol grubunda yer alan hastaların ön-test ve son-test Öz-Bakım Gücü Ölçeği puanları karşılaştırıldığında; hastaların ön-test ve son-test Öz-Bakım Gücü puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4.13.). Çalışma ve kontrol grubunda yer alan hastaların Öz-Bakım Gücü Ölçeği ön-test ve son-test puan değişimlerine ilişkin bulgular şekil 4.1'de sunulmuştur.



Şekil 4.1. Çalışma ve Kontrol grubu hastalarının tüm ölçekler için ön-test ve son-test puan değişimleri

Tablo 4.14. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Öz-Bakım Gücü Ölçekleri arasındaki ilişki (n=70)

Ölçekler		Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği	Öz-Bakım Gücü Ölçeği
Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği	r	1,000	,387**	-0,101
	p		0,000	0,404
İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği	r		1,000	,400**
	p			0,000
Öz-Bakım Gücü Ölçeği	r			1,000
	p			

r: Pearson Korelasyon Katsayısı *: $p < 0,05$ **: $p < 0,001$

Araştırmada kullanılan Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Öz-Bakım Gücü Ölçekleri puanları arasındaki ilişki Tablo 4.14.'de sunulmuştur. Yapılan korelasyon analizlerinde araştırmada yer alan çalışma ve kontrol grubundaki tüm hastaların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanları ile İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişki bulunduğu saptandı ($r=0,387$; $p < 0,001$). İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları ile Öz Bakım Gücü Ölçeği puanları arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişki bulunduğu belirlendi ($r=0,400$; $p < 0,001$). Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanları ile Öz-Bakım Gücü Ölçekleri puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmadığı görüldü ($p > 0,05$) (Tablo 4.14.)

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, inme tanısını alan hastalara Öz-Bakım Kuramı'na temellendirilerek verilen tele-hemşirelik eğitiminin hastaların yaşam kalitesi ve öz-bakım gücüne olan etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları, literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Çalışma ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular incelendiğinde çalışma ve kontrol grubunda yer alan hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmedi. Hastaların sosyo-demografik özellikleri yönünden homojen bir dağılım gösterdikleri belirlendi.

Araştırmaya katılan hastaların klinik özelliklerine ilişkin bulguları incelendiğinde çalışma ve kontrol grubunda yer alan hastaların inmenin türü, inme nedeniyle etkilenen bölgenin özelliği, inme tanısına bağlı olarak serviste bakım alma süreleri, serviste bakım ve tedavi görürken yatağa bağımlı kalma süreleri, sahip oldukları kronik hastalık ya da risk faktörlerinin dağılımı, bireylerin bilişsel durum özelliğini ifade eden Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği puanları ortalamalarının birbirine benzer dağılım gösterdiği görüldü.

Randomize kontrollü deneysel araştırmaların tanımlanmasında, çalışma ve kontrol grubunda yer alan bireylerin özelliklerinin yapılacak uygulamanın detaylarının ve çalışma ve kontrol grubunun uygulama sonrasında doğru yöntemle değerlendirilmesi kriterlerinin önemli olduğu bildirilmektedir. Yapılan uygulamanın etkililiğinin araştırılmasında sonuçların geçerliliği için çalışma ve kontrol grubunda yer alan hastaların özelliklerinin birbirine benzer özellikte olması, araştırmanın güçlü yanlarından birini oluşturmaktadır (Glastam et al., 2015; Flecha et al., 2016; Chien, 2019). Araştırma bulguları değerlendirildiğinde, çalışma ve kontrol grubunda yer alan hastaların sosyo-demografik ve klinik özellikleri karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmadığı, hastaların özellikleri yönünden oldukça homojen bir dağılım gösterdiği görülmektedir.

5.2. Çalışma ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Puanlarına Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların ön-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri ölçeği puanları incelendiğinde; hastaların %28,6(n=20)'sının yarı bağımlı, %71,4 (n=50)'ünün bağımsız olduğu görüldü. Çalışma ve kontrol grubunda yer alan hastaların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanlarının dağılımı incelendiğinde; çalışma grubunda yer alan hastaların %31,4(n=11)'ünün yarı bağımlı ve %68,6(n=24)'sının bağımsız özellikle olduğu belirlendi. Kontrol grubunda yer alan hastaların %25,7(n=9)'sinin yarı bağımlı, %74,3(n=26)'ünün bağımsız özellikle olduğu saptandı.

Çalışma ve kontrol grubunda yer alan hastaların ön-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri puan ortalamaları değerlendirildiğinde; her iki grupta yer alan hastaların “bağımsız” özellikte olduğu, kontrol grubunda yer alan hastaların ön-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri puan ortalamaları daha yüksek olsa da bunun istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptandı. Bu durumun çalışma grubuyla karşılaştırıldığında, bağımsız özellikteki hasta sayısının kontrol grubunda daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

İnme sonrasında bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyinin inme öncesi dönemdeki özellikler ile benzer hale gelebilmesi için inmenin oluşumunu sağlayan nedenler, bireyin değiştirebildiği ve değiştiremediği risk faktörleri ve inme sonrasında bireyin nörolojik olarak etkilendiği bölgeyle şiddeti önem taşımaktadır (Durna ve Akın, 2014). Bu konudaki literatür çalışmalarında, inme sonrasında bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken yetersizlik yaşayabilmekte oldukları; ileri yaş ve kronik hastalıkların bu yetersizlikte önemli bir etken olduğu bildirilmektedir (Wank et al.,2016; Kerr et al., 2018).

Araştırmada çalışma ve kontrol grubunda yer alan hastaların yaklaşık olarak tamamının inmeye ilişkin risk oluşturabilecek kronik hastalığa sahip olduğu ve hastaların çoğunluğunun 60-69 yaş aralığında yer aldığı göz önüne alındığında, bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde meydana gelen değişimin beklenildiği gibi olduğu düşünülebilir. İnme tanısı alan hastaların, günlük yaşam aktivite özelliklerini değerlendiren hemşirelik izlem çalışmalarında; inme tanısı alan hastalarda nörolojik etkilenmenin ileri düzeyde olmadığı durumlarda, bireylerin altı ay içerisinde fonksiyonel olarak gelişim gösterebildiği, ancak hastaların iyileşme sürecinde

tekrarlayan inme ve inmeye özgü risk faktörlerinden taburculuk eğitimi ve hemşirelik bakım uygulamaları ile korunabileceği bildirilmiştir (Kalav vd., 2022).

Araştırmaya katılan çalışma grubundaki hastaların ön-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri puan ortalamaları $14,00 \pm 2,70$ olarak belirlenmiş olup hastaların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri ölçeği değerlendirme kriterlerine göre “bağımsız” olarak değerlendirilebileceği söylenebilir. Çalışma grubunda yer alan hastaların son-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri puan ortalaması $15,46 \pm 2,12$ olup, 12 haftalık izlem sonunda Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri puan ortalamasının istatistiksel açıdan anlamlı derecede artış gösterdiği belirlendi.

Kontrol grubunda yer alan hastaların ön-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri puan ortalamaları $14,74 \pm 2,45$ olup hastaların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri ölçeği değerlendirme kriterlerine göre “bağımsız” olarak değerlendirilebileceği söylenebilir. Kontrol grubunda yer alan hastaların son-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri puan ortalaması $16,40 \pm 1,48$ olup, kontrol grubu hastaların son-test puan ortalamasının çalışma grubu hastaların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha fazla artış gösterdiği söylenebilir. Bu bulgunun, araştırma başlangıcında kontrol grubunda yer alan bağımsız hasta sayısının, çalışma grubunda yer alan bağımsız hasta sayısından daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.3. Çalışma ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (İÖYKÖ) Puanlarının Tartışılması

Araştırmaya katılan çalışma ve kontrol grubu hastaların ön-test İnmeye Ölçeği Yaşam Kalitesi Ölçeği (İÖYKÖ) puan ortalamalarına ilişkin bulguları değerlendirildiğinde, çalışma grubunda yer alan hastaların Öz-Bakım Kuramı’na temellendirilerek verilen tele-hemşirelik eğitimi öncesindeki ön-test İÖYKÖ toplam puan ortalamasının $2,61 \pm 0,39$; kontrol grubunda yer alan hastaların ön-test İÖYKÖ toplam puan ortalamasının $2,78 \pm 0,47$ olduğu; çalışma ve kontrol grubunda yer alan hastaların ön-test İÖYKÖ puanlarının orta düzeyde olduğu ve iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadığı saptanmıştır.

Bu bulgu, ülkemizde inme hastaları üzerinde yaşam kalitesini aynı ölçüm aracı kullanarak değerlendiren diğer araştırma bulgularına (Demir, 2018; İltuş, 2018) benzerlik gösterirken, aynı ölçüm aracını kullanan Kalav vd. (2022)’ nin çalışmasına göre farklılık göstermektedir. Kalav vd. (2022), çalışmasında hastaların daha yüksek

yaşam kalitesi puanına sahip oldukları bildirilmiş olup, bu farklılığın ilgili çalışmanın araştırma örnekleminde yer alan hastaların günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımsız olmasından kaynaklanabildiği söylenebilir.

Hastaların eğitim öncesindeki İÖYKÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, her iki grubun Aktiviteler, Dil, Vizyon, Enerji, Mizaç, Kişilik ve Düşünme alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan farklılık bulunmazken kontrol grubunda yer alan hastaların Sosyal ve Aile Roller alt boyut puanının çalışma grubunda yer alan hastaların puan ortalamasından istatistiksel yönden anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi. Bu durum, çalışma grubundaki hastaların sosyal ve ailesel destek gereksiniminin fazla olmasından kaynaklanabilir.

İnme sonrasında hastalığın iyileşme süreci uzundur ve bu durum bireylerin yaşamını çok boyutlu etkileyebilmektedir. Bu konuda yapılan bazı araştırmalarda bireylerin en çok psikolojik ve fiziksel bakım gereksinimleri olduğu saptanmıştır. Bireyler ve aileleri için taburculuk sonrası süreç oldukça stresli olabilmektedir. Bu duruma bağlı olarak hasta ve yakınlarının bilgi ve destek gereksinimleri artabilmektedir. Literatürde inme sonrası bireylerin kendi durumları ile ilgili bilgi gereksinimlerinin arttığı bildirilmektedir (Lo et al., 2016; Kerr et al., 2018; Lin et al., 2022).

İnme sonrası hastanın beden imgesinin değişmesi, gelecek ile ilgili kaygılar, destek sistemlerindeki yetersizlikler, anksiyete-depresyon ve kronik yorgunluk-bitkinlik gibi faktörler bireyin inmeye özgü yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Kerr et al., 2018; Yalvaç, 2020). İnme tanısı alan hastaların depresif belirti düzeyi arttıkça, fiziksel ve sosyal fonksiyonlarında azalma olduğu; günlük yaşam aktivitelerindeyse bağımlılık derecesi arttıkça, depresif belirti düzeyinin arttığı bildirilmektedir (Topçu ve Bölüktaş, 2012; Visser et al., 2014; Lo Buono et al., 2017; Erzurumlu, 2018; Süslü ve Şendir, 2019). İnmeli hastalarda yaşam kalitesini artırmak için bireyin bütüncül olarak ele alınması, bireyin gereksinimleri doğrultusunda hareket, egzersiz, öz-bakım becerisi eğitim programlarının uygulanması önerilmektedir (Aslani et al., 2016; Kerr et al., 2018; Alijanpour et al., 2020).

Çalışma ve kontrol grubu hastaların son-test İÖYKÖ puan ortalamalarına ilişkin bulguları değerlendirildiğinde; çalışma grubu hastalara 12 hafta boyunca Öz-

Bakım Kuramı'na temellendirilerek verilen tele-hemşirelik eğitimi sonrasında İÖYKÖ toplam puan ortalamasının ($3,94\pm 0,31$) oldukça yüksek olduğu ve bu bulgunun inme tanısını alan hastalara 12 hafta boyunca tele-hemşirelik eğitimi veren aynı ölçüm aracını kullanan diğer araştırma bulgularına (İltuş, 2018; Kalav vd., 2022) benzerlik gösterdiği görülmüştür. Kontrol grubunun son-test İÖYKÖ toplam puan ortalamasının ($2,92\pm 0,44$) orta düzeyde olduğu; çalışma ve kontrol grubu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunduğu saptandı.

İnme'nin bireyin işlevsel yeteneklerini etkileyerek yaşam kalitesini düşürdüğü ve bu durumun uyku, aile içi rol değişimi, kişilik değişimi ve depresif bulguları arttıran bir faktör olduğu bilinmektedir (Kerr et al. 2018; Yalvaç, 2020; Bello et al., 2021). İnme tanısını alan bireylere hastaneden eve geçişte hemşirelik eğitimi ve danışmanlık hizmetinin sunulmasının ikincil komplikasyonları önlemede, bireyin motivasyonunu arttırmada, bireye sosyal destek sağlamada ve bireyin fonksiyonel otonomisini kazanmasında olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir (Belfiore et al., 2017; Wein et al., 2017; Camicia et al., 2021). Literatür bilgisiyle uyumlu olarak çalışma grubu hastaların son-test İÖYKÖ Aktiviteler, Sosyal ve Aile Roller, Dil, Enerji, Mizaç, Kişilik ve Düşünme alt boyut puan ortalamalarının kontrol grubunda yer alan hastaların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür.

Bununla birlikte çalışma grubunda yer alan hastalara 12 hafta boyunca Öz-Bakım Kuramı'na temellendirilerek verilen tele-hemşirelik eğitimi sonrasında İÖYKÖ toplam puan ortalamalarının istatistiksel yönden anlamlı derecede yükseldiği belirlendi ($p<0,001$). Ülkemizde inme hastalarının örneklem grubunu oluşturduğu, hemşirelik kuramına dayalı eğitim programlarının etkinliğini değerlendiren araştırmalarda; çalışma grubunda yer alan hastaların eğitim sonrası yaşam kalitesinin kontrol grubunda yer alan hastalardan daha yüksek belirlendiği bildirilmiştir (İltuş, 2018; Kalav vd., 2022).

Bu araştırmada, kontrol grubunda yer alan hastaların son-test İÖYKÖ toplam puan ortalamalarında, istatistiksel yönden anlamlı bir yükselme meydana geldiği saptandı ($p<0,05$). Buna karşın kontrol grubundaki izlem sonrası İÖYKÖ toplam puan ortalamasındaki yükselmenin, eğitim alan çalışma grubu hastaların puanından fazla olmadığı belirlendi. Kontrol grubunun İÖYKÖ toplam puan ortalamalarında

meydana gelen artışın; kontrol grubunda yer alan hastaların ön-test Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri puanları dağılımlarının daha yüksek olmasından ve bağımsız özellikteki hasta sayısının kontrol grubunda daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışma ve kontrol grubunda yer alan hastaların gruplar içinde İÖYKÖ alt boyut puan ortalamalarına ilişkin bulgular değerlendirildiğinde, çalışma grubunda yer alan hastaların 12 hafta boyunca aldıkları Öz-Bakım Kuramı'na dayalı tele-hemşirelik eğitimi sonrasında İÖYKÖ alt boyut puan ortalamalarından Dil alt boyutu en yüksek puan ortalamasına sahip olup İÖYKÖ alt boyut puan ortalamalarının hepsinde istatistiksel açıdan önemli artış meydana geldiği belirlendi ($p<0.001$). Kontrol grubunda yer alan hastaların 12 haftalık izlemi sonrasında, yalnızca Aktiviteler, Enerji ve Düşünme alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı derecede bir yükselme meydana geldiği saptandı. Bu bulgu hastaların MOBİD puanının 21 puan üzerinde olması nedeniyle Aktiviteler, Sosyal Aile Roller, Enerji alanlarına yönelik puan ortalamalarının uygulanan tele-hemşirelik eğitiminden bağımsız olarak her iki grupta da kendi içerisinde zamanla artmış olmasından kaynaklanabilir. Aynı zamanda araştırmanın bu bulgusu ağır şiddetle olmayan inmenin, taburculuk sonrasında daha çabuk gelişme gösterebileceği bilgisiyle de (Ali, 2013; Durna ve Akın, 2014; Topçuoğlu vd., 2020) uyum göstermektedir.

Çalışma ve kontrol grubunda yer alan hastaların İÖYKÖ'ye ilişkin bulguları değerlendirildiğinde, Öz-Bakım Kuramı'na temellendirilerek sunulan tele-hemşirelik eğitiminin bireylerin yaşam kalitesini arttırmada olumlu etkisi olduğunu göstermiştir. Araştırma bulgularını destekler nitelikte bu konuda yapılan diğer araştırmalarda da inme tanısı alan bireylerin sağlık hizmetlerine sürekli gereksinimlerinin olduğu, bireylere düzenli olarak sunulan telefonla eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme yeteneklerini olumlu etkilediği ve yaşam kalitelerini arttırdığı bildirilmiştir (Aslani et al., 2016; Belfiore et al., 2017; Kerr et al., 2018; Alijanpour et al., 2020; Kalav vd., 2022).

5.4. Çalışma ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Öz-Bakım Gücü Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Çalışma grubu hastaların ön-test Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması (61,80±14,53) ile kontrol grubu hastaların ön-test Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamasının (65,34±13,59) orta düzey olduğu ve iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadığı saptandı. Araştırma bulgularına karşın Erzurumlu (2018)'nin çalışmasında inme hastalarının Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalaması (98,08±17,65) daha yüksek bulunmuştur.

İnme sonrasında hastalar, bilişsel, duyuşsal ve fiziksel özelliklerdeki değışikliklere bağlı olarak emosyonel, bedensel ve sosyal başta olmak üzere birçok boyutta problemlerle karşı karşıya kalabilmektedir. İnme hastaları özellikle fiziksel güç kaybı, konuşma problemleri ve görme değışikliklerine bağlı olarak öz-bakım gereksinimlerini karşılayamamaktadır. Bu durum, inme hastalarının yaşam doyumunun ve öz-bakım gücünün azalmasına neden olmaktadır (Belfiore et al., 2018; Süslü ve Şendir, 2019). Literatürde öz-bakım, hastalıkların önlenmesini ve yönetimini ele alan doğal bir karar verme süreci olarak tanımlanmaktadır. Öz-bakımı ve öz-bakım gücünü etkileyen bir çok faktör bulunmaktadır. Bu konu ile ilgili olarak literatür çalışmalarında; öz-bakım gücünün gelişmiş olmasının, bireyin bakım ve tedavisi ile ilgili hedeflere ulaşmasını pozitif yönde etkilediğı bildirilmektedir (Parke et al., 2015; Rigel et al., 2017).

Rigel vd. (2017), inme geçiren bireylere taburculuk sonrası öz-bakım temelli eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilmesinin, bireylerin öz-bakım gücü ve yaşam kalitelerini etkilediğini, günlük yaşam aktivitelerini kolaylaştırdığını, bağımlılık ve ölüm risklerini azalttığını bildirmiştir. Fryer vd. (2016)'nin metaanaliz çalışmasında ise inmeye ilişkin Öz-Bakım Kuramı'na temellenen bakım programının bireylerin yaşam kalitesi ve öz-etkililik düzeylerini olumlu yönde etkilediğı belirlenmiştir.

Çalışma ve kontrol grubu hastaların son-test Öz-Bakım Gücü Ölçeği puanları değerlendirildiğinde, Öz-Bakım Kuramı'na temellendirilerek verilen 12 haftalık tele-hemşirelik eğitimi sonrasında çalışma grubu hastaların Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamasının (104,06±9,85) yükseldiğı, kontrol grubu hastaların Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarında (65,34±13,59) istatistiksel açıdan anlamlı bir değışim

meydana gelmediği, iki grup arasında istatistiksel açıdan önemli bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,001$).

Sağlığın kazanılması, güçlendirilmesi ve geliştirilmesinde bireylerin bakım uygulamalarına etkin katılımı, kendi bakımlarında karar verici olarak yer almaları ve var olan öz-bakım güçlerini kullanmaları oldukça önemlidir (Sit et al., 2016; Magwood et al., 2020; Lin et al., 2022). Öz-bakım uygulamalarında hızlı gelişen sağlık bakım teknolojilerinden her geçen gün daha fazla yararlanılmaktadır. Sağlık bakım hizmetlerinde teknoloji kullanımının birincil ve ikincil inmeyi önleme uygulamalarında, sigarayı bırakmada, kilo vermede, bakım uygulamalarını hatırlatmada, bireylerin yaşam tarzı davranışlarını geliştirmede, tedaviye uyumlarını artırmada yarar sağladığı, aynı zamanla telefonla eğitim uygulamalarının gerçek zamanlı ve motive edici olduğu bildirilmiştir (Parke et al., 2015; Wein, 2017; Rigel et al., 2017).

Çalışma ve kontrol grubunda yer alan hastaların Öz-Bakım Gücüne ilişkin bulguları değerlendirildiğinde, Öz-Bakım Kuramı'na temellendirilerek sunulan tele-hemşirelik eğitiminin bireylerin öz-bakım gücünü arttırmada etkili olduğu saptanmıştır. Bu konudaki literatürde sağlık bakım uygulamalarında tele-hemşirelik uygulamalarından yararlanmanın, inme tanısı alan birey ve ailesi ile bakım sağlayıcı hemşireler arasında aktif ve gerçek zamanlı iş birliğini güçlendirerek bireyin öz-bakım gücüne katkı sağladığı bildirilmiştir (Aslani et al., 2016; Wan et al., 2016; Rigel et al., 2017; Chen et al., 2018; Alijanpour et al., 2020; Magwood et al., 2020; Xu et al., 2021; Lin et al., 2022).

5.5. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi (İÖYKÖ) ve Öz-Bakım Gücü Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Bu araştırmada kullanılan Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (İÖYKÖ) ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, hastaların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanları ile İÖYKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzey bir ilişki olduğu belirlendi. Bu bulgu doğrultusunda; inme tanısı alan hastaların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanları arttıkça, İÖYKÖ puanlarının da artış gösterdiği söylenebilir.

İnmeye bağı olarak günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yaşanan sorunlar, bireyin sadece fiziksel gereksinimlerini etkilememekte aynı zamanda hastaların psikolojik olarak da olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. İnme'nin uzun dönem etkileri bireyi yaşamı boyunca etkilemektedir. İnme, birey ve ailesinin sosyal ve ekonomik yükünü arttırmaktadır. İnme tanısı alan bireylerin genellikle uykusuzluk yaşadığı ve depresif bulgular gösterdikleri bildirilmektedir (Durna ve Akın, 2014; Yalvaç, 2020; Topçuoğlu vd., 2020). Nitekim bu araştırma kapsamındaki hastaların tamamına yakını psikolojik desteğe gereksinim duyduklarını ifade etmiştir.

Yaşam kalitesi çok boyutlu bir kavram olmakla birlikte inme sürecinde bireyin yaşadığı tüm bu etkenlere bağı olarak bireylerin yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Araştırma bulgularını destekler nitelikte inme hastalarının fiziksel bağımlılık düzeyi ile inmeye özgü yaşam kalitelerinin incelendiği bazı çalışmalarda (Sit et al., 2016; Fryer et al., 2016; Belfiore et al., 2017; Kerr et al., 2018; İltuş, 2018; Yalvaç, 2020; Kalav vd., 2022), hastaların fiziksel bağımlılık düzeylerinin hastaların inmeye özgü yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır.

Hastaların İÖYKÖ puanları ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönlü, orta düzey bir ilişki belirlendi. Bu bulgu doğrultusunda inme tanısı alan hastaların İÖYKÖ puanları arttıkça Öz-Bakım Gücü Ölçeği puanlarının da arttığı görüldü. Bu bulgu inme hastaları üzerinde inmeye özgü yaşam kalitesi ve öz-bakım gücü ilişkisini tanımlayan araştırmalar (Erzurumlu, 2020) ile birlikte kronik hastalarda yaşam kalitesi ve öz-bakım gücü arasındaki ilişkiyi belirleyen çalışma bulguları (Karakurt vd., 2013; Parke et al., 2015; Behzad et al., 2016; Belfiore et al., 2017; Riegel et al., 2017) ile paralellik göstermektedir. Bu bulgu inme tanısı alan bireylerin yaşam kaliteleri arttıkça, öz-bakım güçlerinin artacağı sonucuna işaret etmektedir. İnme tanısı alan hastaların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanları ile Öz-Bakım Gücü Ölçeği puanları arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olmadığı belirlendi. Bu doğrultuda inme tanısı alan hastaların bağımlılık düzeyinin değişmesinin öz-bakım gücünü etkilemediği sonucuna varılabilmektedir.

Sonuç olarak, hastaneden eve geçişte, inme geçiren hastaların bağımsızlığının, fiziksel ve duygusal iyilik halinin desteklenmesi gereklidir. Hastaların taburculuk sonrası izlem ve takibi yapılarak sağlık sonuçları

iyileştirilebilir. Sürekli eğitim, inme bakımında öz-yeterlilik kazandırılmasının önemli bir belirleyicisi olmakla birlikte hastalara inme konusunda eğitim ve danışmanlık yapılarak hastalıkla ilgili farkındalıkları artırılabilir. Bununla birlikte sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri kazandırılabilir. Hastaların iyileşme süreci hızlandırılarak kendi kendilerine bakabilecek bir duruma getirilebilir. Hemşireler, hasta eğitimi ve etkili inme bakımının sağlanmasında önemli rol oynayabilir. Hemşirelerin öz-bakım konusunda verecekleri eğitim, hastaların yaşam kalitesini ve günlük yaşam aktivite performansını yükseltebilir. Hemşireler eğitim ve danışmanlık yaparak, inmeli hastalarda olası komplikasyonları önleyebilir ve hastaneye yeniden yatışlarının önüne geçilebilir.



6. SONUÇ

Bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda,

- Çalışma ve kontrol grubunda yer alan hastaların sosyo-demografik özelliklerinin birbirine benzer olduğu ve homojen bir dağılım gösterdiği,

- Kontrol grubu hastalarla karşılaştırıldığında eğitim sonrasında çalışma grubu hastaların İÖYKÖ ($t=11,136$, $p=0,001$) ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği ($t=14,358$, $p=0,000$) puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir yükselme meydana geldiği,

- Eğitim sonrasında çalışma grubu hastaların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanları kontrol grubu hastaların puanlarından daha düşük belirlenmiş olmasına karşın, çalışma grubu hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanları karşılaştırıldığında istatistiksel yönden anlamlı bir yükselme meydana geldiği ($t=-5,278$, $p=0,000$),

- Hastaların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanları ile İÖYKÖ puanları arasında istatistiksel yönden anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu ($r=0,387$; $p=0,000$),

- Hastaların Öz-Bakım Gücü Ölçeği puanları ile İÖYKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzey bir ilişki olduğu ($r=0,400$; $p=0,000$),

- Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği puanları ile Öz-Bakım Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı ($p>0,05$) belirlendi.

Uygulamaya Yönelik Öneriler

- Araştırma kapsamında Öz-Bakım Kuramı'na temellendirilmiş taburculuk eğitiminin bir yöntem olarak kullanılması,

- Bu amaçla hazırlanan eğitim kitapçığından Nöroloji kliniğinde bakım ve tedavi alan hastaların taburculuk eğitimi sırasında eğitim materyali olarak yararlanılması,

- İnme sonrasında bireylerin yaşam kaliteleri ve öz-bakım gücünü arttırmaya yönelik hemşirelik bakım uygulamalarında, taburculuk sonrası telefonla izlem ve danışmanlık programlarının multidisipliner yaklaşımla planlanması önerilmektedir.

Araştırmacıya Yönelik Öneriler

- Araştırmanın daha uzun izlem sürecini kapsayacak şekilde farklı klinik özellikleri taşıyan inme hastaları üzerinde de yapılması,

- Hastaların ön-test ve son-test değerlendirmeleri arasında ara izlemlerin yapılması,

- İnme hastalarının risk faktörlerinin takibi ve kontrolüne yönelik tele-izlem çalışmalarının periyodik olarak uygulanması,

- Tele-hemşirelik eğitiminin inme tanısı alan hastalara ilişkin maliyet ve sağlık bakım kurumlarına başvuru oranlarının azaltılması üzerine etkileri ile ilgili karşılaştırmalı çalışmalar yapılması önerilmektedir.

İnme tanısı alan hastalara Öz-Bakım Kuramı'na temellendirilerek verilen tele-hemşirelik eğitiminin, bireylerin taburculuk sonrasında bakım gereksinimlerinin karşılanmasında, fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan destek sağladığı görülmüştür. İnme tanısı alan hastaların taburculuk eğitimi ile ev ortamında tele-hemşirelik yöntemi kullanılarak öz-bakım eğitimi almalarının hem yaşam kalitelerini hem de öz-bakım gücünü arttırmaya katkısı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

KAYNAKLAR

- Ajalli, A. and Fallahi Khoshknab, H. (2015). Tele nursing care in chronic patient/a systematic review. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 1(3). 76 - 86.
- Akbayrak, N. ve Tosun, N. (2014). “Algı, Motor ve Dutu Fonksiyon Bozukluğunun Değerlendirilmesi, Yorumlanması ve Bakımı”. Topçuoğlu M.A., Durna, Z. ve Karadakovan, A. (eds.) içinde: *Nörolojik Bilimler Hemşireliği* (s.160-174). 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Akın S. (2014). “Ağrı Tanılaması ve Yönetimi”. Topçuoğlu M.A., Topçuoğlu M.A., Durna, Z. ve Karadakovan, A. (eds.) içinde: *Nörolojik Bilimler Hemşireliği* (s.268-278). 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Alankaya, N. (2019). İnme sonrası yeti yitimi ve rehabilitasyonda hemşirenin rolü. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*. 23 (3). 195-201.
- Ali, Z.H. (2013). Effect of nursing care strategy on the functional and physical abilities of patients following stroke. *J. Neurol Neurophysiol*.8.2-6.
- Alijanpour, S., Aslani, Z., Alimohammadi, N. and Taleghani, F. (2020). Empowerment of nurses: A key to stroke patients’ satisfactions. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 25(3).237-241.doi:10.4103/ijnmr.IJNMR_
- Alligood, M.R. and Tomey, A.M. (2013). *Nursing Theorists and Their Work*. (7th. Edition). Maryland Heights: Mosby Elsevier.
- Alonso de Leciana, M., Egido, J. A., Casado, I., Ribó, M., Dávalos, A., Masjuan, J. and Díez Tejedor, E. (2014). Guidelines for the treatment of acute ischaemic stroke. *Neurologia*. 29(2).102–122. doi:10.1016/j.nrl.2011.09.012.
- Alshahrani, A.M. (2020). Quality of life and social support: Perspectives of Saudi Arabian stroke survivors. *Science Progress*. 103(3). 1 – 16.
- Apaydın Kaya, Ç., Mercan, E. ve Çifçili, S. (2018). Evde sağlık hizmeti almak için başvuran inmeli hastaların sağlık ve bakım ihtiyaçları. *Jour Turk Fam Phy*.9(3). 69-77. doi: 10.15511/tjtfp.18.00369.
- Aslan Doğan, B. ve Gül, E. (2021). COVID-19, tele-sağlık ve tele-hemşirelik. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 30 (3). 342-345 . doi: 10.34108/eujhs.1040467.
- Aslani, Z., Alimohammadi, A., Taleghani, F. and Khorasani, P. (2016). Nurses’ empowerment in self-care education to stroke patients: an action research study. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*.4(4).329-338. PMC5045977
- Atik, D. (2016). “Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi”. Ovayolu, N. ve Ö. Ovayolu, Ö. (eds) içinde: *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutları ile Kronik Hastalıklar* (s.676-686). Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitapevi.
- Aydiner Boylu, A. ve Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*. 8(15).137-150.
- Bambal, G., Kalaycı, G. ve Ekici, F. (2015). Serebral iskemi oluşum mekanizmaları. *Tıp Araştırmaları Dergisi*. 13(1). 36 – 43.
- Bansal, S., Sangha, K.S. and Khatri, P. (2013). Drug treatment of acute ischemic stroke. *Am J Cardiovasc Drugs*. 13(1). 57-69.
- Baronchelli, F., Zucchella, C., Serrao, M., Intiso, D. and Bartolo, M. (2021). The effect of robotic assisted gait training with lokomat® on balance control after stroke: systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Neurology*. 12. 661815. doi:10.3389/fneur.2021.661815.

- Baykal, D. (2018). *İnmeli Hasta ve Yakınlarına Verilen Eğitimin Günlük Yaşama Adaptasyon, Öz Yeterlilik, Yaşam Kalitesi ve Bakım Verici Yükü Üzerine Etkisi*. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği A.D Doktora Tezi, İstanbul.
- Behzad, Y., Bastani, F. and Haghani, H. (2016). Effect of empowerment program with the telephone follow-up (tele-nursing) on self - efficacy in self-care behaviors in hypertensive older adults. *J Urmia Nurs Midwifery Fac.* 13(11). 1004 - 15.
- Belfiore, P., Miele, A., Gallè, F. and Liguori, G. (2018). Adapted physical activity and stroke: a systematic review. *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness.* 58(12). 1867–1875. doi:10.23736/S0022-4707.17.07749-0.
- Bellikci Koyu, E., Kaner, G. ve Akal Yıldız, E. (2016). İnme ve beslenmenin inme üzerine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 5 (4).112-118.
- Bello, U.M., Chutiyami, M., Salihu, D., Abdu, S. I., Tafida, B.A., Jabbo, A. and Winsler, S.J. (2021). Quality of life of stroke survivors in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Qual Life Res.* 30. 1 – 19. doi:10.1007/s11136-020-02591-6
- Bikmoradi, A., Masmouei, B., Ghomeisi, M., Roshanaei, G. ve Masiello, I. (2017). Impact of telephone counseling on the quality of patients discharged after coronary artery bypass grafts. *Patient Education and Counseling.* 100(12). 2290 – 2296. doi:10.1016/j.pec.2017.06.010.
- Bilgili, N. ve Gözüm, S. (2014). İnmeli hastaların evde bakımı: bakım verenler için rehber. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi.* 7(2). 128-150.
- Boro, M. F. and Hariyati, R. T. (2019). The use of telenursing through the nursing care. *Jendela Nursing Journal.* 3(2). 114-121. [Doi:10.31983/jnj.v3i2.5411](https://doi.org/10.31983/jnj.v3i2.5411)
- Camicia, M., Lutz, B., Summers, D., Klassman, L. and Vaughn, S. (2021). Nursing's role in successful stroke care transitions across the continuum: from acute care into the community. *Stroke.*52(12).794–805. doi:10.1161/STROKEAHA.121.033938
- Ceyhan, Y.Ş. ve Ünsal, A. (2018). Farklı kronik hastalığı olan bireylerin öz-etkililik düzeylerinin karşılaştırılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi.* 11(4). 263 - 273.
- Chen, L., Chen, Y., Chen, X., Shen, X., Wang, Q. and Sun, C. (2018). Longitudinal study of effectiveness of a patient-centered self-management empowerment intervention during pre-discharge planning on stroke survivors. *Worldviews on Evidence-Based Nursing,* 15(3). 197–205. doi: 10.1111/wvn.12295.
- Chen, Q., Lapane, K., Nunes, A. P., Tjia, J., Hugunin, J., and Alcusky, M. (2021). Prevalence and the factors associated with oral anticoagulant use among nursing home residents. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics.* doi:10.1111/jcpt.13508.
- Chen, Y., Chen, Y., Zheng, K., Dodakian, L., See, J., Zhou, R., Chiu, N., Augsburger, R., McKenzie, A. and Cramer, S. C. (2019). A qualitative study on user acceptance of a home-based stroke telerehabilitation system. *Topics in Stroke Rehabilitation.* 27(2).81-92. [doi:10.1080/10749357.2019.1683792](https://doi.org/10.1080/10749357.2019.1683792)
- Chien, P. (2019). How should we deal with unexpected results from randomised trials? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology.* 126(8). 949-950. [doi:10.1111/1471-0528.15370](https://doi.org/10.1111/1471-0528.15370)
- Converse, M.(2006). Nursing theory as practise guide: a totallity paradigm perspective of Orem's self-care deficitnursing theory. *Nursing Science.* 431. 1 - 13.

- Cugusi, L., Prosperini, L. and Mura, G. (2021). Exergaming for quality of life in persons living with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis. *PM & R: the journal of injury, function, and rehabilitation*. 13(7). 756 – 780. [doi:10.1002/pmrj.12444](https://doi.org/10.1002/pmrj.12444)
- Dai, R., Lam, OLT., Lo, ECM., Li, LSW. and McGrath C. (2017). Oral health-related quality of life in patients with stroke: a randomized clinical trial of oral hygiene care during outpatient rehabilitation. *Sci Rep*. 27(1).7632.
- Demir, H. (2019). *İnmeli Bireylerde Öz Etkililik ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale.
- Demirci Şahin, A., Üstü, Y., Işık, D., Öztaş, D., Karataş Eray, İ. ve Uğurlu, M. (2015). Serebrovasküler hastalık geçiren hastaların demografik özellikleri ve birinci basamak sağlık merkezlerinde önlenebilir risk faktörlerinin yönetimi. *Ankara Medical Journal*. 15(4). doi:10.17098/amj.79435.
- Dolu, İ. (2019). “İnme Sonrası Hastaların Rehabilitasyon Sürecinde Uygun Rolü”. Demir, H., Erarslan M. ve Güler, A. (eds.) içinde: *Sağlık Bilimlerinde Akademik Çalışmalar* (s.79-90). http://www.uakb.org/source/2019%20EYUL%20KITAPLARI/2019%20EYLUL/SA%20C4%9ELIK%20B%20C4%B0L%20C4%B0MLER%20C4%B0NDE%20AKADEM%20C4%B0K%20C3%87ALI%20C5%9EMALAR-2019_2.pdf
- Durna, Z. ve Akın, S. (2014). “İskemik Atak Geçiren Bireyin Bakımı”. Topçuoğlu M.A., Durna, Z. ve Karadakovan, A. (eds.) içinde: *Nörolojik Bilimler Hemşireliği* (s.357-375). 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Erci, B., Yılmaz, D. ve Budak, F. (2017). Yaşlı Bireylerde öz-bakım gücü ve yaşam doyumunun umut düzeylerine etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 8(2). 72 – 76.
- Eren, F. ve Yücel, K. (2021). İskemik ve hemorajik inme hastalarında kan lipid parametrelerinin karşılaştırılması ve mortalite ile ilişkisi. *Sakarya Tıp Dergisi 2021*. 11(2). 400 - 408.
- Ersoy, S., Yıldırım, Y., Şenuzun Aykar, F. ve Fadiloğlu, Ç. (2015). Hemşirelikte inovatif alan:evde bakımda telehemşirelik ve tele sağlık. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 6(4). 194-201.
- Erzurumlu, E. (2018). *İnmeli Hastaların Öz Bakım Gücü ile Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki*, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Eser, E., Aydemir, Ö., Cengiz Özyurt, B., Akar, A., Deveci, S., Ayık, C. (2018). Dünya sağlık örgütü engellilerde yaşam kalitesi modülü Türkçe sürümünün (WHOQOL-DIS-TR) Türk toplumundaki psikometrik özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 29(1). 36 - 46.
- Eti Aslan, F. ve Olgun, N. (2017). *Fizyopatoloji*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi (s. 364-367).
- Fawcett, J. (2006). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis And Evaluation Of Conceptual Models Of Nursing* (3th. Ed.). USA: FA Davis Company. (s. 223-319).
- Ferro, J. M., Bousser, M. G., Canhão, P., Coutinho, J. M., Crassard, I., Dentali, F. and Sousa, D. A. (2017). European stroke organization guideline for the diagnosis and treatment of cerebral venous thrombosis—endorsed by the European Academy of Neurology. *European Stroke Journal*. 2(3). 195-221.
- Fertelli, T. ve Tuncay, F.Ö. (2019). İnmeli bireye bakım verenlerde bakım yükü, sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Journal of Academic Research in Nursing*. 5(2). 107 - 115. doi: 10.5222/jaren.2019.52386

- Flecha, O.D., Douglas de Oliveira, D.W., Marques, L.S. and Gonçalves, P.F.(2016). A commentary on randomized clinical trials: How to produce them with a good level of evidence. *Perspect Clin Res.* 7.75-80.
- Fortin, J. (2006). "Human Needs and Nursing Theory". Kim S.H. ve Kollak I. (eds.) *Nursing Theories Conceptual Philosophical Foundation* (s.71-89). 2. Baskı, USA: Sprinder Publishing Company.
- Fryer, C. E., Luker, J. A., McDonnell, M. N. and Hillier, S. L. (2016). Self management programmes for quality of life in people with stroke. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2016(8). CD010442.
- Ganefianty, A. and Yona, S. (2019). Nursing rehabilitation program to improve the quality of life of patients with menengioma: a narrative review. *Belitung Nursing Journal.* 5(2). 60-64.
- GBD 2019 (2021). Stroke collaborators: global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *The Lancet. Neurology.* 20. 795-820. doi:10.1016/S1474-4422(21)00252-0.
- Gerçekler, G.Ö., Beytut, D., Muslu, G.K. ve Yardımcı, F. (2012). Olgu sunumu: Orem'in öz-bakım teorisine göre juvenil dermatomyozitli hastanın değerlendirilmesi ve hemşirelik bakım planı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 28(2). 123-133.
- Ghoulami Shilsari, F. and Bandboni, M.E.(2019). Tele-nursing in chronic disease care: a systematic review. *Jundishapur Chronic Dis. Care.* 8(2). 1 - 6.
- Glasdam, S., Sivberg, B. and Wihlborg, M. (2015). Nurse-led interventions in the concept of randomized controlled trials – critical perspectives on how to handle social contexts. *International Journal of Multiple Research Approaches.* 9(1). 1-23.
- Goh, H.T., Nadarajah, M., Hamzah, N.B., Varadan, P. and Tan, M.P. (2016). Falls and fear of falling after stroke: a case-control study. *PM&R.* 8.1173-1180. doi:10.1016/j.pmrj.2016.05.012.
- Goudarzian, M., Fallahi-Khoshknab, M., Dalvandi, A., Delbari, A. and Biglarian, A. (2018). "Effect of telenursing on levels of depression and anxiety in caregivers of patients with stroke: a randomized clinical trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research.* 23(4). 248-253.
- Gölbaşı, Z., Nilüfer Tuğut, N., Karataş, M. and Çetin, A. (2019). Kısa mesaj ve telefon aramaları ile desteklenen postpartum emzirme danışmanlığının ilk altı aydaki emzirme davranışına etkisi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi.* 10(1).33-41.
- Gözübatık Çelik, R. G., Yılmaz, A., Çarkı, F. K., Altın, S., Çoban, E., Şenadım, S., ... Soysal, A. (2020). Comparison of stroke awareness between patient relatives and healthcare professionals. *Medical Bulletin of Haseki.* 58(1).9-14.
- Gua, S.H. ve Chang, H.K. and Lin, C.Y. (2015). Impact of mobile self care system on patients'knowledge, behavior and efficacy. *Computer in Industry.* 69. 22-9.
- Gudlavalleti, A.S.V. and Mooni, M. (2014). The current status of statins in stroke prevention. *J. Neurol Stroke.* 1(3).1-4.
- Gülen, H.K.A., Yıldırım, A., Emre, U., Karagöz, Y. ve Akbaş, E.A. (2017). Hafif bilişsel bozuklukta mobid ölçek puanları ile bilişsel düzey korelasyonunun değerlendirilmesi. *İstanbul Med J.* 18. 18 - 22.
- Hafermalz, E. and Riemer, K. (2016). The work of belonging through technology in remote work: a case study in tele-nursing, ais electronic library, research paper.106. http://aisel.aisnet.org/ecis2016_rp.

- Hakverdioğlu Yönt, G. (2009). *İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türk Toplumuna İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi*. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir.
- Hakverdioğlu Yönt, G. ve Khorshid, L. (2012). Turkish Version of the stroke-specific quality of life scale. *International Nursing Review*. 59. 274–280.
- Hebert, D., Lindsay, MP., McIntyre, A., Kirton, A., Rumney, PG., Bagg, S., et al. (2016). Canadian stroke best practice recommendations: stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. *Int J Stroke*.11(4).459-84.
- İltuş, F. (2018). *Amaca Ulaşma Kuramına Dayalı İkincil İnme Korunma Programının Etkinliğinin İncelenmesi*. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir
- Jeong, B. O., Kang, H. J., Bae, K. Y., Kim, S. W., Kim, J. M., Shin and Yoon, J. S. (2012). Determinants of quality of life in the acute stage following stroke. *Psychiatry investigation*. 9(2). 127–133. doi:10.4306/pi.2012.9.2.127
- Kalav, S. ve Bektaş, H. (2018). Tekrarlayan inmenin önlenmesinde kronik bakım modeli: özyönetim destekli bakım yaklaşımları. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 3(2). 27 - 32 .
- Kalav, S., Altın Çetin, A. ve Bektaş, H. (2020). İnme geçiren hastalarda ağız hijyeni uygulamalarının etkisi: sistematik derleme. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*.12(3). 430 – 442. doi:10.5336/nurses.2020-74729.
- Kalav, S., Bektas, H., and Ünal, A. (2022). Effects of chronic care model-based interventions on self-management, quality of life and patient satisfaction in patients with ischemic stroke: a single-blinded randomized controlled trial. *Japan Journal of Nursing Science*.19.e12441. doi: 10.1111/jjns.12441.
- Karadakovan, A. (2014). “Nörolojik Hastalıklarda Uyku ve Dinlenme”. Topçuoğlu M.A., Durna, Z. ve Karadakovan, A. (eds.) içinde: *Nörolojik Bilimler Hemşireliği* (s.107). 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Karakurt, P., Aşilar, H.R. ve Yıldırım, A. (2013). Diyabetli hastaların öz-bakım gücü ve algıladıkları sosyal desteğin değerlendirilmesi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*.14(1).1- 9.
- Katz, M.D., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A. and Jaffe, M.W. (1963). The Index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 185(12). 914-919.
- Kearney, B.Y. and Fleischer, B.J.(1979). Development of an instrument to measure exercise of self-care agency. *Research in Nursing and Health*. 2(1). 25-34.
- Kerr, D., McCan, T., Mackey, E., and Wijeratne, T. (2018). Effects of early motivational interviewing on post-stroke depressive symptoms: a pilot randomized study of the good mood intervention program. *Int J Nurs Practice*. 1–8. doi:10.1111/ijn.12657.
- Kes, D. (2020). İnme geçiren bireylerin hastalıkla başa çıkma tutumlarının yaşam kalitesine etkisi. *Ankara Medical Journal*. 20(1). 214 – 223. doi: 10.5505/amj.2020.38268.
- Keskin, H.G. ve Özhelvacı, İ. (2022). Tele-sağlık sistemi ve hemşirelik. *PASHİD*. 3(1). 36-45.
- Kheirollahi, N., Khatiban, M., Oshvandi, K., Alhani, F. and Feradmal, J. (2014). The effect of family-centered empowerment intervention on perceived severity of threat in caregivers of patients with stroke: a semi experimental study. *Scientific J Hamadan Nurse and Midwifery Faculty*. 22. 73-82.
- Kısabay, A., Güler, A., Özakgöl, A. ve Kutluk, K. (2014). İnmede yaşam kalitesi ve ölçümü. *Türk Nöroloji Dergisi Özel Sayı*. 20. 29 - 33.

- Kim, W.H., Jung, H.Y., Choi, H.Y., Park, C.H., Kim, E.S., Lee, S.J... Joa, K.L. (2017). The associations between insomnia and health-related quality of life in rehabilitation units at 1month after stroke. *J Psychosom Res.* 96. 10-14.[doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.02.008](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.02.008)
- Koç, Z., Kızıltepe, S.K., Çınarlı, T. ve Şener, A. (2017). Hemşirelik Uygulamalarında, Araştırmalarında, Yönetiminde ve Eğitiminde Kuramların Kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi.* 14(1). 67 - 72.
- Kotsania, K., Antonopoulou, V., Kountourini, A., Grammatikia, A., Raptia, E., Karrsa, S...Kotsaa, K. (2018). The role of telenursing in the management of diabetes type 2:a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies.* 80. 29–35.
- Kowalczyk, B. and Zawadzka, B. (2020). Lifestyle and quality of life in working-age people after stroke. *Acta clinica Croatica.* 59 (1). 30-36. [doi:10.20471/acc.2020.59.01.04](https://doi.org/10.20471/acc.2020.59.01.04)
- Langhorne, P., Bernhardt, J. and Kwakkell, G. (2011). Stroke rehabilitation. *Lancet.* 377 (9778).1693-1702. [doi: 10.1016/S0140-6736\(11\)60325-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60325-5).
- Lin, S., Xiao, L.D., Chamberlain, D., Ullah, S., Wang, Y., Shen, Y., Chen, Z. and Wu, M. (2022). Nurse-led health coaching programme to improve hospital-to-home transitional care for stroke survivors: A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 105(4).917–925. [doi:10.1016/j.pec.2021.07.020](https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.07.020)
- Lo Buono, V., Corallo, F., Bramanti, P. and Marino, S. (2017). Coping strategies and health-related quality of life after stroke. *Journal of Health Psychology.* 22(1).16–28.
- Lo, S.H.S., Chang, A.M. and Chau, J.P.C. (2016). Study protocol: a randomised controlled trial of a nurse-led community-based self-management programme for improving recovery among community-residing stroke survivors. *BMC Health Services Research.*16(1):387. [doi: 10.1186/s12913-016-1642-9](https://doi.org/10.1186/s12913-016-1642-9)
- Long, PH. (1960). On the quantity and quality of life. *Medieval Times.* 88. 613-619.
- Lövblad, K.O., Altrichter, S., Pereira, V.M., Vargas, M., Marcos Gonzalez, A., Haller, S. and Sztajzel, R. (2015). Imaging of acute stroke: ct and/or mri. *JNeuroradiol.* 42(1). 55-64.
- Magda, M., Mohsen, Neima Ali Riad, Amina Ebrahim Badawy, Sanaa Ebrahim Abd El Gafar, Badria Mahrous Abd El-Hammed and Ekhllass M. (2020). Tele-nursing versus routine outpatient teaching for improving arterial blood pressure and body mass index for hypertensive patients. *American Journal of Nursing Research.* 8(1). 18-26. [doi: 10.12691/ajnr-8-1-3](https://doi.org/10.12691/ajnr-8-1-3).
- Magwood, G.S., Nichols, M., Jenkins, C., Logan, A., Qunango, S., Zigbuo-Wenzler, E. and Ellis, C. (2020). Community-based interventions for stroke provided by nurses and community health workers: a review of the literature. *Journal of Neuroscience Nursing.* 52(4). 152–159.
- Mair, G. and Wardlaw, J. (2014). Imaging of acute stroke prior to treatment: current practice and evolving techniques. *Br J Radiol.* 87(1040).
- Maslow, A. (1970). *Motivation and Personality.* New York: Longman
- Masters, K. (2015). *Nursing Theories A Framework for Professional Practice* (2nd ed.) Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Meleis, A.I. (2012). *Theoretical Nursing Development & Progress* (5th. Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins.

- Menekli, T. (2017). "Dorothe E. Orem: Öz-bakım Yetersizliği Teorisi". Ayişe Karadağ, Nurcan Çalışkan, Baykara Zehra (eds.) içinde: *Hemşirelik Teorileri ve Modelleri*.(s.352-367).1. Baskı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Mohammadpour, A., Sharghi, N.R., Khosravan, S., Alami, A. ve Akhond M. (2015). The effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem's self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*. 24. 1686 – 1692.
- Mollaoğlu, M. (2014). "Nörolojik Hastada Bozulmuş Solunum Fonksiyonunun Tanılanması ve Yorumlanması". Topçuoğlu M.A., Durna, Z. ve Karadakovan, A. (eds.) içinde: *Nörolojik Bilimler Hemşireliği* (s.225-248). 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Mollaoğlu, M. (2016). "Sinir Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Yönetimi". Ovayolu, N. ve Ö. Ovayolu, Ö. (eds) içinde: *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutları ile Kronik Hastalıklar* (s. 80-97.). Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.
- Mollaoğlu, M., Tuncay, F.Ö. ve Fertelli, T.K. (2011). İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler.*Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 4(3). 125-130.
- Nahcivan, N. Ö. (1993). *Sağlıklı Gençlerde Öz Bakım Gücü ve Aile Ortamının Etkisi*. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- Nasreddine, Z.S., Phillips, N.A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I. (2005). The montreal cognitive assessment, moca: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*. 53(4). 695- 699.
- OECD, How's Life? 2020. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?datasetcode=HSL>
- Orem, D.E. (2001). *Self Care Deficit Theory of Nursing: Concepts and Applications*. (7th ed.),. USA: Dennis CM. Mosby- Year Book. s.99-135.
- Oren, B., Zengin, N., ve Dağcı, S. (2020). Quality of life in patients with acute stroke: comparison between the short form 36 and the stroke-specific quality of life scale/akut inmeli hastalarda yaşam kalitesi: kısa form 36 ve inmeye özgü yaşam kalitesi ölçeği karşılaştırması. *Turkish Journal of Neurology*, 26(4), 277.
- Öztürk, M. ve Gözübatık Çelik, R. G. (2020). Serebrovasküler hastalıklarda erken dönem prognoz ve değiştirilebilir risk faktörlerinin 27 yıl öncesi ile kıyaslanması. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 6 (3). 199-202.
- Palm, F., Kraus, M., Safer, A., Wolf, J., Becher, H. and Grau, A. (2014). Management of oral anticoagulation after cardioembolic stroke and stroke survival data from a population based stroke registry (LuSSt). *BMC Neurol*. 14.199.
- Pang, M., Yang, L., Ouyang, H., Lam, F., Huang, M., & Jehu, D. A. (2018). Dual-task exercise reduces cognitive-motor interference in walking and falls after stroke. *Stroke*. 49(12). 2990–2998. doi: 10.1161/STROKEAHA.118.022157.
- Park, J. H., and Ovbiagele, B. (2016). Relationship of functional disability after a recent stroke with recurrent stroke risk. *European Journal of Neurology*. 23(2). 361-367.
- Parke, H.L., Epiphaniou, E., Pearce, G., Taylor, S.J., Sheikh, A., Griffiths, C.J., Greenhalgh, T., Pinnock, H. (2015). Self-management support interventions for stroke survivors: a systematic meta-review. *PLoS One*.doi:10.e0131448.
- Pazar, B., Taştan, S. ve İyigün, E. (2015). Telesağlık sisteminde hemşirenin rolü. *Bakırköy Tıp Dergisi*.11(1). 1-4.

- Pehlivanoglu, Ö.F.E., Özkan, U.M., Balcioğlu, H., Bilge, U. ve Ünlüoğlu, İ. (2018). Yaşlılar için katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeğinin Türkçe' ye uyarlanması ve güvenilirliği. *Ankara Medical Journal*.2.219-223.
- Pektekin, Ç. (2013). Hemşirelik uygulamaları ve bakım modelleri. Hemşirelik Felsefesi. İstanbul: İstanbul Medikal Sağlık Yayıncılık. 105-111.
- Powers, J.W., Rabinstein, A.A., Ackerson, T., Adeoye, O.M, Bambakidis, N.C. and Becker, K. (2019). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association. *Stroke*. 50(12). 344-418. doi:10.1161/STR.0000000000000211.
- Rambur, B., Palumbo, V.M. and Nurkanaviç, M. (2019). Prevalence of telehealth in nursing: implications for regulation and education in the era of value-based care. *Policy, Politics, & Nursing Practice*. 20(2).64-73.
- Ramos-Lima, M., Brasileiro, I.C., Lima, T.L. and Braga-Neto, P. (2018). Quality of life after stroke: impact of clinical and sociodemographic factors. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*. 73. e418. doi:10.6061/clinics/2017/e418
- Rawata, G. (2018). Tele Nursing. *International Journal of Current Research*. 10(3). 66185-66187.
- Riegel, B., Moser, D. K., Buck, H. G., Dickson, V. V., Dunbar, S. B., Lee, C. S., Lennie, T. A., Lindenfeld, J., Mitchell, J. E., Treat-Jacobson, D. J., Webber, D. E., & American Heart Association Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Peripheral Vascular Disease; and Council on Quality of Care and Outcomes Research (2017). Self-Care for the Prevention and Management of Cardiovascular Disease and Stroke: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. *Journal of the American Heart Association*.6(9).e006997.
- Russo A. M. (2021). Alcohol intake and risk of stroke in atrial fibrillation: the lesser the better, but this is not enough. *European Heart Journal*. 42(46). 4769–4771. doi:10.1093/eurheartj/ehab657.
- Salcı, Y., Balkan, A.F., Ceren, A.N., Karanfil, E., Çetin, B., Cengiz M.S. and Armutlu, K. (2019). Investigation of professional opinions about early mobilization after stroke. *Dicle Tıp Dergisi*. 46(2).
- Schaumberg, L. (2020). Advanced practice telenursing through a pandemic. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* .58(9). 4-6.
- Seidel, G., Röttinger, A., Lorenzen, J. et al. (2019). Lebensqualität und behinderung nach schwerem schlaganfall und neurologischer frührehabilitation. *Nervenarzt*. 90. 1031–1036.
- Selekler, K., Cangöz, B. ve Uluç, S. (2010). Power of discrimination of Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Scale in Turkish patients with mild cognitive impairment and alzheimer's disease. *Turkish Journal of Geriatrics*. 13(3).166-171.
- Shahrokhi, A., Azimian, J., Amouzegar, A. and Oveisi, S. (2018). The effect of telenursing on referral rates of patients with head trauma and their family's satisfaction after discharge. *Journal of Trauma Nursing*. 25(4). 248-253.
- Sharma, S. (2018). Telenursing: A new opportunity for nurses in the Digital Era. *Journal of Kathmandu Medical College*. 7(2). 45-46. doi:10.3126/jkmc.v7i2.21583
- Shin, C. (2007). IOS New Scholor Paper; Linking Specific Self-Care Nursing Theory Concepts With The Literature On Family Dinner, Self/DependentCare Nursing. 15(1).

- Sit, J., Chair, S.Y., Choi, K.C., Chan, C.W.H., Lee, D.T.F., Chan, A.W.K., Cheung, J.L.K., Tang, S.W., Chan, P.S. and Taylor-Piliae, R.E. (2016). Do empowered stroke patients perform better at self-management and functional recovery after a stroke? A randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging*.11.1441–1450.
- Spasova, L., Vittore, D., Droste, D. and Rösch, N. (2016). Randomised controlled trial to evaluate the efficacy and usability of a computerised phone-based life style coaching system for primary and secondary prevention of stroke. *BMC Neurology*. 16(22). 540-544.
- Sterne, J. A., Boudalia, P. N., Bryden, P. A., Davies, P. A., López-López, J. A., Okoli, G. N., Higgins, J. P. (2017). Oral anticoagulants for primary prevention, treatment and secondary prevention of venous thromboembolic disease, and for prevention of stroke in atrial fibrillation: systematic review, network meta-analysis and cost-effectiveness analysis. *Health Technology Assessment* .21(9).
- Süslü, S. ve Şendir, M. (2019). İnmeli hastalarda depresif belirtilerin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine etkisi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi* .1(1).1-8.
- Şenocak, Ö.Ç., El, Ö., Söylev, G.Ö., Avcılar, S. ve Peker, Ö. (2008). İnme sonrasında yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *J Neurol Sci (Turk)*.25. 169-165.
- Şenyüz, K.Y. ve Şentürk,S. (2017). Yoğun bakım hemşireliği hizmetlerinde yeni bir kavram: tele-hemşirelik. *Ayrıntı Dergisi*.5(56).
- Topçu, S. (2017). *İnmeli Hastalarda Öz Etkililik ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- Topçu, S. ve Oğuz, S. (2017). İnme sonrası öz etkililik ve yaşam kalitesi. *Journal of Human Sciences*.14(2). 1388-96.
- Topçu, S., ve Bölüktaş, R.P. (2012). İnmeli hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal desteğin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*.29.159-163.
- Topçuoğlu M. A. , Tülek Z., Boyraz S., Ozdemir A., Özakgöl A., Güler A., Nazlıel B., Togay Işıkay C., Yaka E., Arsava E. M. , Çağlar G., Şirin H., Midi I., Atmaca M., Alankaya N., Ongun N., Yıldırım N., Aykaç O., Küçükgüçlü Ö., Usta Yeşilbalkan Ö., Baydemir R., Öztürk S., Acar T., Mollaoğlu M. , Karadakovan A., Durna Z. (2020). İnme hemşireliği - standartlar ve pratik uygulamalar kılavuzu. *Turkish Journal of Cerebrovascular Diseases*. 26(1).1-96.
- Tuna, A., Uysal, E., Bakır, H. ve Gürer, A. (2017). Tele-Nursing for informing breast cancer patients in the post-operative period. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 6(3). 98-104.
- Tülek Z. (2014). “Mesane ve Bağırsak Sorunlarının Değerlendirilmesi ve Yönetimi”. Topçuoğlu M.A., Durna, Z. ve Karadakovan, A. (eds.) içinde: *Nörolojik Bilimler Hemşireliği* (s.283-296.). 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Tülüce D. ve Bostanoğlu H. (2017). Pıhtı önleyici tedavi: hemşirelik yaklaşımları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*.19(4). 284-291.
- Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedeni İstatistikleri. (2019). <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710#:~:text=T%C3%9C%C4%B0K%20Kurumsal&text=%C3%96l%C3%BCm%20say%C4%B1s%C4%B1%202018%20y%C4%B1l%C4%B1nda%20426,%2C4%C3%BCn%C3%BC%20kad%C4%B1nlar%20olu%C5%9Fturdu.&text=Bin%20ki%C5%9Fi%20ba%C5%9F%C4%B1na%20d%C3%BC%C5%9Fen%20%C3%B6l%C5%9Fen%20binde%205%2C3%20oldu.> (Erişim Tarihi: 14.06.2022).

- Uslu, E., Aker, M. N. ve İnfal, S. (2016). Implications of telenursing practices on nursing care: Turkey profile. *Proceedings of the 22nd International Academic Conference*. doi: [10.20472/iac.2016.022.060](https://doi.org/10.20472/iac.2016.022.060)
- Usta Yeşilbalkan, Ö. (2019). *İnme ve Bakım Yönetimi, Olgu Senaryolarıyla İç Hastalıkları Hemşireliği*. Özer S. (ed.), İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.
- Uzuner, N., Balkan, S., Güngör, L., Dora, B., Öztürk, V., Işıkay, C. vd. (2015). İnmede birincil koruma- Türk beyin damar hastalıkları derneği inme tanı ve tedavi kılavuzu. *Türk Beyin Damar Hast Der.* 21. 60-67.
- Van Mierlo, M. L., Van Heugten, C. M., Post, M. W., Hajós, T. R., Kappelle, L. J. and Visser-Meily, J. M. (2015). Quality of life during the first two years post stroke: The Restore4Stroke cohort study. *Cerebrovascular Diseases*. 41(1-2). 19-26. doi:[10.1159/000441197](https://doi.org/10.1159/000441197).
- Visser, M.M., Aben, L., Heijenbrok-Kal, M.H., Busschbach, J.J. and Ribbers, G.M. (2014). The relative effect of coping strategy and depression on health-related quality of life in patients in the chronic phase after stroke. *J Rehabil Med*. 46(6). 514-519.
- Wan, L.H., Zhang, X.P., Mo, M.M., Xiong, X.N., Ou, C.L., You, L.M., Chen, S.X., and Zhang, M. (2016). Effectiveness of goal-setting telephone follow-up on health behaviors of patients with ischemic stroke: a randomized controlled trial. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 25 (9). 2259–2270. doi: [10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.05.010](https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2016.05.010)
- Wei, J., Zheng, H., Wang, L., Wang, Q., Wei, F. and Bai, L. (2017). Effects of telephone call intervention on cardiovascular risk factors in type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 25(2). 93-105. doi:[10.1177/1357633X17745456](https://doi.org/10.1177/1357633X17745456).
- Wein, T., Lindsay, MP., Côté, R., Foley, N., Berlingieri, J., Bhogal, S., et al. (2018). Canadian stroke best practice recommendations: secondary prevention of stroke, sixth edition practice guidelines, update 2017. *Int J Stroke*. 3(4). 420-43.
- WHO MONICA Project Investigators (1988). The World Health Organization MONICA Project (Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease). *J Clin Epidemiol*. 41. 105-114.
- WHO, 2020 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> erişim tarihi: 14.06.2022.
- Williams, L.S., Weinberger, M., Harris, L.E., Clark, D.O. and Biller, J. (1999). Development of a stroke-specific quality of life scale. *Stroke*. 30(7). 1362-1369. doi: [10.1161/01.str.30.7.1362](https://doi.org/10.1161/01.str.30.7.1362).
- Woon, C. (2017). Improving oral hygiene for stroke patients. *Australasian Journal of Neuroscience*. 27(1). 11-13. doi:[10.21307/ajon-2017-103](https://doi.org/10.21307/ajon-2017-103).
- Xu, J., Qian, X., Yuan, M., and Wang, C. (2021). Effects of mobile phone app-based continuing nursing care on self-efficacy, quality of life, and motor function of stroke patients in the community. *Acta Neurologica Belgica*. doi: [10.1007/s13760-021-01628-y](https://doi.org/10.1007/s13760-021-01628-y).
- Yalvaç, B. (2020). Hemiplejik hastalarda gövde kontrolünün üst ekstremitte fonksiyonları, yaşam kalitesi ve depresyona etkisi. *Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi*. 3(1). 15-24.

- Yang, S., Jiang, Q., Li, and H. (2018). The role of telenursing in the management of diabetes : a systematic review and meta-analysis. *Public Health Nursing*. 1–12. doi:10.1111/phn.12603.
- Yıldız, Ö.K. (2017). Serebrovasküler hastalıklar patogenezi. *Turkiye Klinikleri Journal of Neurology Special Topics*. 10(3). 243-50.



EKLER

Ek 1. Etik Kurul İzni

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI	KARAR TARİHİ
20	2019/741-781	14.11.2019

Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 14.11.2019 tarihinde Prof.Dr.Ramis ÇOLAK Başkanlığında toplandı

Karar No:2019/751

OMÜ Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü ABD tarafından komisyonumuza sunulan “**İnmeli Hastalara Öz Bakım Kuramına Temellendirilerek Verilen Tele- Hemşirelik Eğitiminin Yaşam Kalitesi Ve Öz Bakım Gücüne Etkisi** “ başlıklı Doç.Dr. Zeliha KOÇ Sorumluluğunda Araştırma Görevlisi Cansev BAL a ait olan OMÜ KAEK 2019/751 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projesi, amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik kurulu yönergesine göre 14.11.2019 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırma bütçesinin maddi desteği henüz sağlanamadığından projeye bütçe desteği sağlanıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra başlanmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Ek 2. Kurum İzni



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi



Sayı : 15374210-302.08.01-E.376
Konu : Dilekçeniz

06/01/2020

SN. CANSEV BAL

İlgi : 02/01/2020 tarihli yazımız.

"İnneli Hastalara Öz Bakım Kuramına Temellendirilerek Verilen Tele-Hemşirelik Eğitiminin Yaşam Kalitesi ve Öz Bakım Gücüne Etkisi" konulu doktora teziniz kapsamındaki anket uygulamasına başlanması, etik kurul kararında belirtildiği üzere araştırma bütçesinin tanınlanması için uygunudur.

Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Ünsal ÖZGEN
Merkez Müdürü

Evrak teyidi <https://cbyssorgu.omu.edu.tr> adresinden SO6T-MUM6-07L3 kodu ile yapılabilir.

Ek 3. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Kullanım İzni

1.06.2022 21:28

Posta - cansev bal - Outlook

Re: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

~~huseyin.balcioglu@huseyinbalcioglu@hotmail.com~~

7.09.2018 Cum 13:42

Kime: ~~cansev.bal@cansevbal@hotmail.com~~

Kullanabilirsiniz, iyi çalışmalar...

From: cansev bal ~~cansev.bal@hotmail.com~~

Sent: Friday, September 7, 2018 10:06 AM

To: ~~huseyinbalcioglu@hotmail.com~~

Subject: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

Sayın Hocam,

Katz ve arkadaşları tarafından 1963 yılında geliştirilen ve Türkçe geçerlilik-güvenilirlik çalışması; Pehlivanoglu, Özkan, Bilge, Ünlüoğlu ile birlikte (2018) tarafınızca yapılmış olan Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği'ni "İnmeli Hastalara Öz Bakım Kuramına Temellendirilerek Verilen Tele-Hemşirelik Eğitiminin Yaşam Kalitesi ve Öz Bakım Gücüne Etkisi" başlıklı Doktora Tez çalışmam kapsamında kullanabilmemiz için gerekli iznin verilebilmesi hususunu en derin saygılarımla arz ederim.

Teşekkür eder iyi çalışmalar dilerim.

Cansev Bal
OMÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Anabilim Dalı
Doktora Tez Öğrencisi
SAMSUN

Ek 4. Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni

1.06.2022 21:36

Posta - cansev bal - Outlook

Ynt: Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MOBİD)

cansev bal <[REDACTED]>

9.09.2018 Paz 11:59

Kime: Banu CANGOZ <[REDACTED]>

Sayın Hocam,
Desteyiniz ve ilginiz için çok teşekkür ederim .
Saygılarımla...
Cansev Bal

Gönderen: Banu CANGOZ <[REDACTED]>

Gönderildi: Friday, September 7, 2018 1:34:55 PM

Kime: cansev bal

Konu: Re: Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MOBİD)

Sayın BAL,

Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği'ni "İnmeli Hastalara Öz Bakım Kuramına Temellendirilerek Verilen Tele-Hemşirelik Eğitiminin Yaşam Kalitesi ve Öz Bakım Gücüne Etkisi" başlıklı Doktora Tez çalışmanız kapsamında adı geçen yayını kaynak göstermek kaydıyla kullanmanızda bir sakınca yoktur.

Başarılar dilerim.

Prof. Dr.Banu CANGÖZ

Ek 5. İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni (Geliştiren Kişi)

Windows 10 için [Posta](#) ile gönderildi

Gönderen: Williams, Linda <linda.Williams6@va.gov>
Gönderildi: Wednesday, August 1, 2018 5:26:40 PM
Kime: cansev bal
Konu: RE: Stroke- Specific Quality of Life Scale

I am happy to have you use the SS-QOL in your dissertation project. I have attached a pdf of the scale. Best of luck,

Linda S. Williams, MD
Principal Investigator, VA HSR&D Precision Monitoring QUERI
Investigator, VA Center for Health Information and Communication
Professor of Neurology, Indiana University School of Medicine
Research Scientist, Regenstrief Institute, Inc.

From: cansev bal [mailto:cansevbal@hotmail.com]
Sent: Wednesday, August 01, 2018 9:50 AM
To: Williams, Linda <linda.Williams6@va.gov>
Subject: [EXTERNAL] Stroke- Specific Quality of Life Scale

Dear Williams,

I am PhD student in Ondokuz Mayıs University, Health Science Institution on Department of Nursing Science. I am currently in PhD dissertation stage. My PhD dissertation research is on "The Effect of the Care Given According to the Self-Care Model by Tele-Nursing on Quality of Life and Self Care Agency on Patients with Stroke". I would like to ask for your permission to use "Stroke- Specific Quality of Life Scale" developed by you along with Weinberger, Clark, Harris and Billier. Thank you for your support in advance.

Ek 6. İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni (Geçerlilik ve Güvenilirlik Yapan Kişi)

Re: İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği

Gulendam Hakverdioglu Yont <g.h.yont@gmail.com>

9.09.2018 Paz 23:54

Kime: cansev bal <cansevbak@hotmail.com>

Merhaba Cansev,

Tabiki ölçeği kullanman beni çok mutlu eder. Şimdiden başarılar diliyorum.

Sevgiler

Doç.Dr. Gülendam H.Yönt

9 Eyl 2018 Pzr 13:39 tarihinde cansev bal <cansevbak@hotmail.com> şunu yazdı:

Sayın Hocam,

Williams, Weinberger, Clark, Harris ve Billier tarafından 1999 yılında geliştirilmiş olan, geçerlilik güvenilirlik çalışması Khorshid ile birlikte tarafınızca yapılmış olan İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni " İnmeli Hastalara Öz Bakım Kuramına Temellendirilerek Verilen Tele-Hemşirelik Eğitiminin Yaşam Kalitesi ve Öz Bakım Gücüne Etkisi" başlıklı Doktora Tez çalışmam kapsamında kullanabilmemiz için gerekli iznin verilebilmesi hususunu en derin saygılarımla arz ederim.

Teşekkür eder iyi çalışmalar dilerim.

Ek 7. Öz Bakım Gücü Ölçeği Kullanım İzni

Re: Öz Bakım Gücü Ölçeği

NURSEN NAHCIVAN <[redacted]>

2.08.2018 Per 05:24

Kime: cansev bal <[redacted]>

Sayın Cansev BAL,

Türkçe Öz-bakım Gücü Ölçeği'ni araştırmanızda kaynak göstermek suretiyle elbette kullanabilirsiniz. İhtiyacınız olan dokümanlar ekte gönderilmiştir.

Başarı dilekleriyle,

--

Prof. Dr. Nursen NAHCIVAN

İstanbul Üniversitesi/İstanbul University

Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi/Florence Nightingale Nursing Faculty

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı/Public Health Nursing Department, Chair

[redacted]

1 Ağustos 2018 07:41 tarihinde cansev bal <[redacted]> yazdı:

Sayın Hocam,

1979'da Kearney ve Fleischer tarafından geliştirilmiş olan, geçerlilik güvenilirlik çalışması tarafınızca yapılmış olan "Öz Bakım Gücü Ölçeği" ; "İnmeli Hastalara Öz Bakım Kuramına Temellendirilerek Verilen Tele-Hemşirelik Eğitiminin Yaşam Kalitesi ve Öz Bakım Gücüne Etkisi" başlıklı Doktora Tez çalışmam kapsamında kullanabilmemiz için gerekli iznin verilebilmesi hususunu en derin saygılarımla arz ederim.

Teşekkür eder iyi çalışmalar dilerim.

Cansev Bal

OMÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Anabilim Dalı

Doktora Tez Öğrencisi

Ek 8. Hasta Tanıtım Formu

İNME Lİ HASTALARA ÖZ-BAKIM KURAMI'NA TEMELLENDİRİLEREK VERİLEN TELE HEMŞİRELİK EĞİTİMİNİN YAŞAM KALİTESİ VE ÖZ- BAKIM GÜCÜNE ETKİSİ

Bu araştırma inmeli hastalara Öz-Bakım Kuramı'na temellendirilerek verilen tele hemşirelik eğitiminin, yaşam kalitesi ve öz-bakım gücüne etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırmaya ailt bilgiler başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Bu nedenle ankette yer alan soruları eksiksiz cevaplamanız çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Araştırmaya katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederim.

Cansev Bal
OMÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi

1. Hastanın yaşı:
2. Cinsiyeti: () Kadın () Erkek
3. Medeni durumu: () Bekar () Evli
4. Eğitim durumu:
() Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Lisansüstü
5. Mesleği:
() Ev hanımı () İşçi () Memur () Serbest meslek () Emekli () Öğrenci
() İşsiz () Diğer(belirtiniz).....
6. Çalışma durumu: () Evet () Hayır
7. Sosyal güvenceye sahip olma durumu: () Evet () Hayır
8. Halen yaşadığı yerleşim birimi: () İl () İlçe () Köy
9. Evde birlikte yaşadığı kişiler:
() Yalnız () Eşiyle birlikte () Eşi ve çocuklarıyla
10. Çocuk sahibi olma durumu: () Evet () Hayır
11. Toplam aylık geliri:.....
12. Mevcut tanısı: () İskemik inme () Hemorajik inme
13. İnme tanısını ne zaman aldığı:
14. İnme nedeniyle hangi tarafın etkilendiği:
() Sağ () Sol () Her iki taraf () Yok

Ek 8. Hasta Tanıtım Formu (devamı)

15. Hastanın kronik hastalığa ya da diğer risk faktörlerine sahip olma durumu :

Evet Hayır

16. Cevabı evet ise hastanın sahip olduğu kronik hastalıklar ve risk faktörleri:

Aile inme öyküsü Diyabetes Mellitus Hipertansiyon Kalp hastalığı

Böbrek hastalığı KOAH Obezite Hiperlipidemi

Orak hücreli anemi (otozomal dominant geçişli) Fiziksel inaktivite

Hormon tedavisi (doğum kontrol hapı kullanımı, hormon replasman tedavisi)

Hiperhomosisteinemi İnflamasyon Sigara Paket/gün

Alkol kullanımı/gün

İlaç kullanımı ve bağımlılığı (amfetamin, kokain,eroin)

Diğer.....

Ek 9. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

		Evet	Yardımla	Hayır
1.Banyo Yapma (Küvette veya duş şeklinde)	Hiç yardım almadan veya sadece vücudunun bir bölümü için yardım alması			
2. Giyinme	Ayakkabılarını bağlama dışında kıyafetlerini ve elbiselerini giymesi			
3.Tuvalete Gitme	Yardım olmadan tuvalete gitmesi, tuvaleti kullanması, kıyafetlerini düzeltmesi ve tuvaletten geri çıkması (destek için walker veya baston kullanabilir ve gece alt bezi veya üriner kateter kullanabilir)			
4.Taşıma	Yardım olmaksızın yatağından veya sandalyeden hareket edebilmesi (baston veya walker kullanabilir)			
5. Kontinans	Barsak ve mesanesini tamamen kendisinin kontrol etmesi			
6.Beslenme	Yardım olmadan beslenmesi (etini kesme veya ekmeğine tereyağı sürmeye yardım edilmesi haricinde)			

Ek 10. Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği

MONTREAL BİLİŞSEL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Montreal Cognitive Assessment (MOCA)

İsim:
Eğitim:
Cinsiyet:

Protokol:
Test Tarihi:
Doğum Tarihi:

GÖRSEL MEKANSAL / YÖNETİCİ İŞLEVLER		SAAT çizme (On biri on geçe) (3 puan)					PUAN	
		<p>Küp Kopyalama</p>						
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Çevresi	Rakamlar	Kollar			___/5	
ADLANDIRMA								
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					___/3	
BELLEK		Kelime listesini okuyun ve hastaya tekrar ettirin. İki deneme yapın. 5 dakika sonra tekrar sorun.					Puan yok	
		BURUN	KADIFE	CAMI	PAPATYA	MOR		
1. deneme								
2. deneme								
DİKKAT		Sayı listesini okuyun (1 sayı / san.) Hasta sayıları baştan sona doğru saymalı. <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 Hasta sayıları sondan başa doğru saymalı. <input type="checkbox"/> 7 4 2					___/2	
Harf listesini hastaya okuyun. Hastaya her A harfi okunduğunda masaya eli ile vurmasını söyleyin. İki veya daha fazla hata var ise puan vermeyin. <input type="checkbox"/> FBACMNAAIKLBFAKDEAAAJAMOF AAB							___/1	
100 den başlayarak yediger çıkarma <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65 4 veya 5 doğru çıkarma: 3 puan, 2 veya 3 doğru çıkarma: 2 puan, 1 doğru :1 puan, 0 doğru 0 puan.							___/3	
LİSAN		Tekrar ettirin: Tek bildiğim bugün yardıma ihtiyacı olan kişinin Ahmet olduğudur. <input type="checkbox"/> Köpekler odadayken kedi hep kanepenin altında saklanırdı. <input type="checkbox"/>					___/2	
Akıcılık / 1 dakikada K harfi ile başlayan maksimum sayıda kelime saydırın. <input type="checkbox"/> _____ N z 11 kelime							___/1	
SOYUT DÜŞÜNME		Benzerlik. Örn. muz-portakal = meyve. <input type="checkbox"/> tren - bisiklet <input type="checkbox"/> saat- cetvel					___/2	
GECİKMELİ HATIRLAMA		BURUN	KADIFE	CAMI	PAPATYA	MOR	___/5	
Kelimeleri İPUCU OLMADAN hatırlama <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Sadece İPUCUSUZ hatırlanan kelimeler için puan verin						
SEÇMELİ		Kategori ipucu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Çoklu seçmeli ipucu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
YÖNELİM		<input type="checkbox"/> Gün	<input type="checkbox"/> Ay	<input type="checkbox"/> Yıl	<input type="checkbox"/> Gün adı	<input type="checkbox"/> Yer	<input type="checkbox"/> Şehir	___/6
© Z.Nosreddine MD Version November 7, 2004 www.mocatest.org Normal 21 / 30		TOPLAM					___/30	
Türkçe versiyon 2009. K. Selekler & B. Cangöz								

Ek 11. İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği

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

GEÇEN HAFTA BOYUNCA

	Hiç yapamadım	Çok zorlandım	Biraz zorlandım	Çok az zorlandım	Hiç Zorlanmadım
SC1. Yemek hazırlarken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
SC2. Yemek yeme sırasında, örneğin yiyecekleri keserken ya da yutarken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
SC4. Giyinirken, örneğin çorap ya da ayakkabı giyerken, düğme iliklerken, ya da fermuar çekerken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
SC5. Duş ya da banyo yaparken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
SC8. Tuvaleti kullanırken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
V1. Televizyonda sevdiğiniz bir programını izlerken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
V2. Görme yeteneğinizdeki zayıflama nedeniyle bir eşyaya ulaşmada zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
V3. Etkilenen tarafınızın uzağındaki şeyleri görmekte zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
L2. Konuşma sırasında (örneğin takılma, kekeleme, geveleme ya da kelimeleri karıştırma gibi) zorlandığınız oldu mu?	1	2	3	4	5
L3. Telefonda düzgün bir şekilde konuşmanızı sürdürmede zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
L5. Diğer insanlar sizin ne söylediğinizi anlamakta zorlandılar mı?	1	2	3	4	5
L6. Söylemek istediğiniz bir kelimeyi bulmakta zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
L7. Diğer insanların size anlayabilmeleri için söylediklerinizi tekrar etme ihtiyacı duyduunuz mu?	1	2	3	4	5

	Hiç yapamadım	Çok zorlandım	Biraz zorlandım	Çok az zorlandım	Hiç zorlanmadım
M1. Yürürken zorlandınız mı? (Eğer yürüyemiyorsanız 1'i işaretleyin ve M7. soruya geçiniz)	1	2	3	4	5
M4. Bir şeye doğru eğilirken veya erişmeye çalışırken dengenizi kaybettiniz mi?	1	2	3	4	5
M6. Merdivenleri çıkarken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
M7. Yürürken ya da tekerlekli sandalye kullanırken zorlanıp durma ve dinlenme ihtiyacı duydunuz mu?	1	2	3	4	5
M8. Ayakta dururken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
M9. Sandalyeden kalkarken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
W1. Evle ilgili günlük işlerinizi yaparken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
W2. Başladığınız işleri bitirmekte zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
W3. Alışkın olduğunuz işleri yaparken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
UE1. Yazı yazarken veya klavye kullanırken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
UE2. Çoraplarınızı giyerken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
UE3. Düğmelerinizi iliklerken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
UE5. Fermuarınızı çekerken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
UE6. Kavanoz açarken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5

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

GEÇEN HAFTA BOYUNCA

	Kesinlikle Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kararsızım	Kısmen Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
T2. Herhangi bir şeye dikkatimi yoğunlaştırmak benim için zor oldu	1	2	3	4	5
T3. Bazı şeyleri hatırlamada zorlandım	1	2	3	4	5
P1. Sinirliydim	1	2	3	4	5
P2. Başkalarına karşı sabırsız davrandım	1	2	3	4	5
P3. Kişiliğim değişti	1	2	3	4	5
MD2. Geleceğim hakkında endişeliydim	1	2	3	4	5
MD3. Diğer insanlarla veya etkinliklerle ilgilenmedim	1	2	3	4	5
MD6. Diğer insanlardan uzaklaştığımı hissettim	1	2	3	4	5
MD7. Kendime güvenim azdı	1	2	3	4	5
MD8. Yemek yeme isteğim azdı.	1	2	3	4	5
SR1. İstedğim sıklıkta dışarı çıkamadım	1	2	3	4	5
SR4. Hoşlandığım işlere ve eğlenceye istediğimden daha az zaman ayırdım	1	2	3	4	5
SR5. Arkadaşlarımın birçoğunu istediğim kadar göremedim	1	2	3	4	5
SR6. İstedğimden daha az cinsel ilişkide bulundum	1	2	3	4	5
SR7. Bedensel durumum sosyal yaşamımı engelledi	1	2	3	4	5

	Hiç yapamadım	Çok zorlandım	Biraz zorlandım	Çok az zorlandım	Hiç zorlanmadım
FR5. Ailemle birlikte eğlence amaçlı etkinliklere katılmadım	1	2	3	4	5
FR7. Aileme yük olduğumu hissettim	1	2	3	4	5
FR8. Bedensel durumum aile yaşamımı etkiledi	1	2	3	4	5
E2. Kendimi çoğu zaman yorgun hissettim	1	2	3	4	5
E3. Gün boyunca sık sık durup dinlendim	1	2	3	4	5
E4. Yapmak istediğimi yapamayacak kadar çok yorgundum	1	2	3	4	5

Ek 12. Öz-Bakım Gücü Ölçeği

Açıklama: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 madde bulunmaktadır. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse karar verebilmek için size en yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duyularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölümü (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1. Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim					
2.Kendimi beğeniyorum.					
3.Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.					
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman ne yapmam gerektiğini biliyorum.					
5. Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyuyorum.					
6. Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.					
7. Kendime bakamadığım zaman yardım ararım.					
8. Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.					
9. Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim					
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.					
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.					
12.Dengeli beslenirim.					
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınırım.					
14.Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yollarını araştırırım.					
15.Sağlığımın çok daha iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.					
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.					
17.Kararlarımı sonuna kadar uygularım.					
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.					
19.Sağlığım ile ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygularım.					
20.Kendimle dostum.					

Ek 12. Öz Bakım Gücü Ölçeği (devamı)

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
21.Kendime iyi bakarım					
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.					
23.Düzenli olarak istirahat ederim.					
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.					
25.Yaşam bir zevktir.					
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiriyorum.					
27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.					
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.					
29.Sağlıklı kalmam için ne tür yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum					
30.Vücudumun çalışmasıyla ilgili her şeye ilgi duyuyorum.					
31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemez ve geçmesini beklerim.					
32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım.					
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.					
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.					
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım					

İNME

**TANISI ALAN BİREYLER İÇİN
ÖZ-BAKIM KURAMI TEMELİNDE
EĞİTİM REHBERİ**



Doktora Öğrencisi

Cansev BAL

Danışman

Prof. Dr. Zeliha KOÇ

ÖZ GEÇMİŞ

Cansev BAL, Samsun 19 Mayıs Lisesi'ni bitirdikten sonra Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'ndan 2009 yılında yüksekokul 1. si olarak mezun oldu. 2009-2011 yılları arasında V.KV. Amerikan Hastanesi'nde hemşire olarak çalıştı. 2015 yılında İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı alanında yüksek lisans eğitimini tamamladı. 2011-2019 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde Beyin ve Sinir Cerrahisi Yoğun Bakım Servisinde hemşire olarak çalıştı. 2017 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim dalında doktora programına başladı. 2019 yılından itibaren Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nda öğretim elemanı olarak görev yapmaktadır.

Hemşirelik Esasları alanında ve Patent/Faydalı model yönünde çeşitli çalışmaları bulunan BAL; iyi derecede İngilizce bilmektedir. Temel ilgi alanları; nöroloji/nöroşirurji hemşireliği, yoğun bakım hemşireliği; kronik ve ileri yaş hasta bakımındır (23.06.2022).

İletişim Bilgileri

ORCID ID : 0000-0002-1825-7790

Yayımlar:

1. Bal, C., Koç, Z. (2020). Nursing diagnoses according to NANDA-I, NIC-Nursing Interventions and NOC Outcomes of Individuals who suffered ischemic stroke. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*. 12(3), 443-456.
2. Bal, C., Kıymaz, D., Koç, Z. (2021). Watson'ın İnsan Bakım Modeli Kullanılarak Uygulanan Hemşirelik Bakımına Bir Örnek: Ateşli Silah Yaralanması Olgusu. *Sağlık ve Toplum*, 31(2), 204-210.

Kazanılan Ödüller, Teşvikler ve Burslar

1. Sözel Bildiri Üçüncülük Ödülü, 11. Nöroşirurji Hemşireliği Kongresi, 2016.