

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

İNME GEÇİREN HASTALAR VE BAKIM
VERENLERİ İÇİN GEÇİŞ BAKIM MODELİNE
TEMELLENEN GİRİŞİMLERİN BAKIM
VERENLERİN YETERLİLİĞİNİN ARTIRILMASI
VE HASTA SONUÇLARINA ETKİSİ

Yasemin DEMİR AVCI

DOKTORA TEZİ

2019-ANTALYA

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

İNME GEÇİREN HASTALAR VE BAKIM
VERENLERİ İÇİN GEÇİŞ BAKIM MODELİNE
TEMELLENEN GİRİŞİMLERİN BAKIM
VERENLERİN YETERLİLİĞİNİN ARTIRILMASI
VE HASTA SONUÇLARINA ETKİSİ

Yasemin DEMİR AVCI

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM

Bu tez TÜBİTAK tarafından 1002 Hızlı Destek Programı kapsamında 118S653 proje numarası ile desteklenmiştir.

“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

2019-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Programında doktora tezi olarak kabul edilmiştir. 30/04/2019

İmza

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Prof. Dr. Selma ÖNCEL
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Doç. Dr. Yasemin BİÇER GÖMCELİ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ
Pamukkale Üniversitesi



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

Prof. Dr. Narin DERİN
Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

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

Yasemin DEMİR AVCI

imza



Tez Danışmanı

Prof.Dr. Sebahat GÖZÜM

imza



TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim boyunca emeği, sabrı, bilgisi ile beni akademisyenliğe hazırlayan, her koşulda desteğini ve samimiyetini esirgemeyen motivasyonumu artıran değerli danışmanım Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM'e,

Tez izlem jürimde yer alarak tezime emek ve katkı veren hocalarım Prof. Dr. Selma ÖNCEL ve Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ'a,

Tez çalışmamın uygulama aşamasının yürütülmesi için destek veren Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği tüm hekim, hemşire ve personeline,

Lisansüstü eğitimim ile ilgili zaman sınırı olmadan sorularımı cevaplayan ve bilgisi ile rehberlik eden Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü personeline,

Tez uygulaması için gerçekleştirdiğim ev ziyaretlerim için destek veren Antalya İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Birimi personeline,

Doktora eğitimim süresince motivasyon ve desteğini esirgemeyen Arş. Gör. Dr. Şerife TUTAR GÜVEN'e, oda arkadaşlarım Dr. Öğr. Üyesi Nurcan KIRCA ve Dr. Öğr. Üyesi Ayla TUZCU'ya,

Hayatım boyunca her konuda bana destek olan annem Nadire DEMİR ve babam Sadettin DEMİR'e,

Doktora eğitimim boyunca hayatımın her aşamasında desteğini, bilgisini ve sabrını esirgemeyen eşim Şakir AVCI'ya

SONSUZ TEŞEKKÜR EDERİM.

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı; inme geçiren hastalar ve bakım verenleri için Geçiş Bakım Modeli'ne (GBM) temellenen girişimlerin (TEMpEST- Transitional Care Model Stroke Turkey), bakım verenlerin algıladığı yeterliliği, bakıma hazır oluşlukları ile elektronik sağlık okuryazarlıklarının artırılması, tükenmişliklerinin azaltılması, hastaların ise hastaneye geri dönüş ve bası yarası gelişme oranlarına etkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Randomize kontrollü, öntest-sontest, tek merkezli olan çalışma, bir hastanede Mart-Mayıs 2018 tarihleri arasında, girişim grubunda 33 inmeli hasta ve bakım veren, kontrol grubunda 30 inmeli hasta ve bakım veren ile gerçekleştirilmiştir. Girişim grubu GBM kapsamında; üç kez hastanede ziyaret, bir kez ev ziyareti, üç ay telefonla iletişim ve web destekli eğitimden oluşan TEMpEST programına alınmıştır. Kontrol grubu kliniğin rutin uygulamasını almıştır. Sonuç ölçümleri için bakım verenlerde; Bakım Verme Yeterliliği, Bakım Vermeye Hazır Oluşluk, E-sağlık Okuryazarlığı ve Tükenmişlik Ölçeği ile hastalarda; bası yarası gelişme ve hastaların hastaneye geri dönüş oranlarının değerlendirilmesi formu kullanılmıştır. Etik kurul, kurum izni ve bakım verenlerden aydınlatılmış onam alınmıştır. Hipotezler için tanımlayıcı istatistik, Bağımlı Gruplarda t Testi ve Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi, Mann Whitney U Test kullanılmıştır.

Bulgular: GBM'yi temel alan TEMpEST girişimleri sonrasında girişim grubu öntest ve sontest arasında bakım veren yeterliliği, bakıma hazır oluşluk, e sağlık okuryazarlığı ve tükenmişlik ölçeğinin alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Taburculuktan sonraki 12 hafta içinde girişim grubundaki inmeli hastaların 5'i kontrol grubunun 7'si hastaneye tekrar yatış yapmıştır. Girişim grubunda bir, kontrol grubunda iki inmeli hastada bası yarası gelişmiştir.

Sonuç: TEMpEST uygulanabilir, pratik bir girişim modelidir. GBM temellenen girişimler inmeli hastaların bakım verenlerinin yeterliliğini artırıp, hastaların hastaneye geri dönüşlerini azaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler: geçiş bakım modeli, inmeli hasta, aile bakım veren, bakım veren yeterliliği, evde bakım

ABSTRACT

Aim: The study was conducted to assess the effect of interventions (TEMpEST-Transitional Care Model Stroke Turkey) based on Transitional Care Model (TCM) for stroke patients and their caregivers on competence perceived by caregivers, increasing their readiness for caregiving and electronic health literacy, decreasing their burnout, and the rates of rehospitalization and bedsore development of patients.

Method: This randomized controlled single-center trial with pretest-posttest was conducted with 33 stroke patients and caregivers in the intervention group and 30 stroke patients and caregivers in the control group in a hospital in Antalya city between March and May 2018. Within the scope of TCM, the intervention group was included in TEMpEST program including three hospital visits, one home visit, communication on the phone for three months and web-based training. The control group was included in the routine practice of the clinic. The results were measured by using Caregiving Competence, Preparedness for Caregiving Scale, E-Health Literacy and Burnout Inventory in caregivers and the form for evaluation of bedsore development and rehospitalization rates in patients. The ethics committee approval, institutional permission, and patients' informed consent were obtained. Descriptive statistics, Paired Samples t-test, Wilcoxon Signed-Rank Test, and Mann Whitney U Test were used for hypotheses.

Results: After TCM-based TEMpEST interventions, there was a significant difference between pretest and posttest scores of caregiver competence, preparedness for caregiving, e-health literacy and the burnout inventory's subscales of intervention group ($p<0.05$). Within 12 weeks after discharge, 5 patients in the intervention group and 7 patients in the control group were rehospitalized. Bedsore developed in one patient in the intervention group and in two patients in the control group.

Conclusion: TEMpEST is an applicable, practical intervention model. The TCM-based interventions increase the competence of the caregivers of stroke patients and decrease rehospitalization of patients.

Key words: transitional care model, stroke patient, family caregiver, caregiver competence, home care

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. İnmeli Hastaların Bakım Verenleri Güçlendirmek için Yapılan Çalışmaların Literatür Özeti	4
2.2. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum	7
2.3. Hastaneden Eve Geçiş Yöntemleri (Taburculuk)	8
2.3.1. Geçiş Bakım Modeli (Transitional Care Model)	10
2.3.2. Bakımda Sonraki Adım (Next Step in Care)	10
2.3.3. Rehberli Bakım (The Guided Care)	11
2.3.4. Bakım Geçiş Girişimi (Care Transitions Intervention)	11
2.3.5. Akut Durumdaki Hasta Bakımının Transferlerini Kolaylaştırmaya Yönelik Girişimler (Interventions to Reduce Acute Care Transfers)	12
2.3.6. Güvenli Geçiş En İyi Duruma Getiren Daha İyi Sonuçlar (Better Outcomes by Optimizing Safe Transitions-BOOST)	12
2.3.7. Taburculuğun Yeniden Tasarlanması (Re Engineered Discharge-RED)	13
2.4. Geçiş Bakım Modeli	13
2.4.1. Geçiş Bakım Modelinin Özellikleri	15
2.4.2. Geçiş Bakım Modeli’nin Bileşenleri ve Hemşirenin Roller	15
2.5. Geçiş Bakım Modeli’nin Uygulaması	24
2.5.1. Bireyselleştirilmiş Bakım	24
2.5.2. Hastanede Hasta Ziyareti	24
2.5.3. Hekim ile Hemşire Ziyareti	24

2.5.4.	Evde Hasta Ziyareti	24
2.5.5.	Geçiş Bakım Modeli'nde Hastaneden Eve Geçiş	25
2.5.6.	Ziyaretlerin Planlanması	25

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.	Araştırmanın Türü	27
3.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı	27
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklem Sayısı	28
3.4.	Randomizasyon	30
3.5.	Araştırmanın Kavramsal, Kuramsal, Deneysel Yapısı	34
3.5.1.	Geçiş Bakım Modeli Yapısının Araştırmada Uygulanması	34
3.5.2.	Geçiş Bakım Modeli Sürecinin Araştırmada Uygulanması	34
3.5.3.	Geçiş Bakım Modeli Sürecinin Araştırmada Sonuçlarının Ölçümü	35
3.6.	Araştırmanın Girişim Protokolü	37
3.7.	Hastanede Görüşme	37
3.7.1.	Hastanede İlk Görüşme	37
3.7.2.	Hastanede İkinci Görüşme	37
3.7.3.	Hastanede Üçüncü ve Sonraki Görüşmeler	38
3.7.4.	Ev Ziyareti	38
3.7.5.	Telefonla İletişim	39
3.7.6.	Web Destekli Eğitim	41
3.8.	Kontrol Grubuna Uygulanan Girişim	48
3.9.	Sonuçların Ölçümü	48
3.10	Bakım Verenler için Ölçümler	48
3.10.1	Bakım Veren Tanımlayıcı Form	48
3.10.2.	Bakım Verme Yeterliliği Ölçeği	51
3.10.3.	Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği	51
3.10.4.	Elektronik Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	51
3.10.5.	Maslach Tükenmişlik Envanteri-Genel Formu (MTE-GF)	52
3.10.6	Sistem Kullanılabilirlik Ölçeği (SUS)	52
3.11.	Hastalar İçin Ölçüm Araçları	52
3.11.1.	Hasta Tanımlama Formu	52
3.11.2.	Hastane Dönüş Oranları Formu	53

3.12.	Araştırmanın Değişkenleri	53
3.12.1.	Bağımlı Değişkenler	53
3.12.2.	Bağımsız Değişkenler	53
3.13.	Körleme ve Biasın Önlenmesi	54
3.14.	Nicel Verilerin Analizi	54
3.15.	Araştırmanın Etik Yönü	54
3.16.	Araştırmanın Sınırlılıkları	55

4. BULGULAR

4.1.	Geçiş Bakım Modeli Kapsamında Uygulanan Girişimlerin Bakım Veren Yeterliliğine Etkisi ile İlgili Bulgular (H_{1a} , H_{1b} , H_{1c} , H_{1d} ile ilgili hipotezler)	57
4.2.	Geçiş Bakım Modeli Kapsamında Uygulanan Girişimlerin İnmeli Hastaların Sonuçlarına Etkisi ile İlgili Bulgular (H_{1e} , H_{1f} ile ilgili hipotezler)	61
4.3.	Geçiş Bakım Modeli Kapsamında Uygulanan Girişimlerin Sürece Etkisi ile İlgili Bulgular (H_{1g})	64

5. TARTIŞMA

5.1.	Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin Bakım Verme Yeterliliği Yönünden Değerlendirilmesi	65
5.2.	Girişim ve Kontrol Grubundaki İnmeli Hastaların Hastaneye Geri Dönüş Oranları ve Bası Yarası Yönünden Değerlendirilmesi	68
5.3.	Girişim ve Kontrol Grubundaki İnmeli Hastaların Evde Sağlık Hizmeti Kapsamına Alınma Yönünden Değerlendirilmesi	70

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

KAYNAKLAR

EKLER

EK-1. Modifiye Rankin Skalası

EK-2. Fonksiyonel Bağımsızlık Testi

EK-3. LACE İndeks

EK-4. Bakım Verme Yeterliliği Ölçeği

EK-5. Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği

- EK-6.** E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği
- EK-7.** Maslach Tükenmişlik Envanteri-Genel Formu MTE-GF
- EK-8.** Hastaneye Dönüş Oranları Formu
- EK-9.** Bakım Veren Tanılama Formu (Girişim Grubu)
- EK-10.** Bakım Veren Tanılama Formu (Kontrol Grubu)
- EK-11.** Düşme Yönünden Ev-İçi Çevre Özellikleri Değerlendirme Formu (DEÇÖDF)
- EK-12.** Düşme Yönünden Ev-İçi Çevre Özellikleri Değerlendirme Formuna İlişkin Bulguların Dağılımı (N=33)
- EK-13.** Telefonla İletişim Formu (Taburculuktan Sonraki İlk Hafta)
- EK-14.** Telefonla İletişim Formu ((Taburculuktan Sonraki 2.-12.Haftalar)
- EK-15.** DISCERN Ölçüm Aracı
- EK-16.** İnme Sonrası Bakım Veren Bilgi Gereksinimini Belirleme Formu
- EK-17.** Web Sitesinin Değerlendirilmesi İle İlgili Sonuçlar
- EK-18.** Sistem Kullanabilirlik Ölçeği (SUS)
- EK-19.** Hasta Tanılama Formu (Girişim Grubu)
- EK-20.** Hasta Tanılama Formu (Kontrol Grubu)
- EK-21.** Braden Risk Değerlendirme Ölçeği
- EK-22.** Etik Kurul İzni
- EK-23.** Aydınlatılmış Onam (Girişim Grubu)
- EK-24.** Aydınlatılmış Onam (Kontrol Grubu)
- EK-25.** Ölçek İzinleri
- EK-26.** Intention to Treat Analizi ile Elde Edilen Araştırma Bulguları
- EK-27.** Girişim Grubu İzlem Formu

ÖZGEÇMİŞ

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1.	Geçiş Bakım Modeli (GBM)	23
Şekil 3.1.	Araştırmanın CONSORT akış şeması	29
Şekil 3.2.	Araştırmanın kavramsal-kuramsal-deneysel yapısı (C-T-E: Conceptual-Theoretical-Empirical)	36
Şekil 3.3.	TEMpEST protokolü	37
Şekil 3.4.	Ev ziyaretinin yapıldığı bölgeler	39
Şekil 3.5.	Web sitesi giriş sayfası	43
Şekil 3.6.	Web sitesinin anasayfası ve eğitim başlıkları	44
Şekil 3.7.	Web sitesinin anasayfası	44
Şekil 3.8.	Web sitesi yönetici panelinin anasayfası	45
Şekil 3.9.	Taburculuk süreci bölümü	45
Şekil 3.10.	Bakım için yararlı rehber bölümü	46
Şekil 3.11.	Bakım verenler için hasta yakını olma bölümü	46
Şekil 3.12.	Girişim ve kontrol grubu iş akış şeması	50

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 2.1.	Hastaneden eve geçiş yöntemleri (Taburculuk)	9
Tablo 2.2.	Geçiş Bakım Modeli'nin bileşenleri ve hemşirenin rolleri	17
Tablo 3.1.	Bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (Per protokol analizine göre)	31
Tablo 3.2.	Uzmanların web sitesi ile ilgili DISCERN ölçüm aracına verdikleri cevapların ortalaması ile ilgili dağılımları	42
Tablo 3.3.	DISCERN bölümlerinin puanları	43
Tablo 3.4.	Web sitesinde yer alan konular ve alt başlıkları	47
Tablo 3.5.	Girişim ve kontrol grubu için kullanılan formlar	49
Tablo 3.6.	Araştırmada kullanılan istatistiksel analizler	55
Tablo 3.7.	Tez projesi zaman akış süreci	56
Tablo 4.1.	Girişim ve kontrol grubundaki bakım verenlerin bakım verme yeterlilik algısı, bakıma hazır oluşluk, e sağlık okuryazarlık ve Maslach tükenmişlik envanteri alt boyutları (tükenmişlik, yetkinlik ve duyarsızlık) puanı ortalamalarının öntest ve sontest ölçümlerine göre dağılımı (Per protokol analize göre)	58
Tablo 4.2.	İnmeli hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (Per protokol analizine göre)	61
Tablo 4.3.	Modifiye Rankin Skalası, Braden Risk Değerlendirme Ölçeği ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği'nin inmeli hastalarda yatış ve taburculuk ölçümlerine göre dağılımları	62
Tablo 4.4.	Girişim ve kontrol grubundaki inmeli hastaların rutinler dışında hastaneye geri dönüş oranları ve bası yarası gelişme oranı dağılımları	63
Tablo 4.5.	Girişim ve kontrol grubundaki inmeli hastaların evde sağlık hizmetlerinden yararlanma durumları ile ilgili dağılımları	64

SİMGELER ve KISALTMALAR

BOOST	:	Better Outcomes by Optimizing Safe Transitions
BVHOÖ	:	Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği
BVYÖ	:	Bakım Veren Yeterliliği Ölçeği
DEÇÖDF	:	Düşme Yönünden Ev İçi Çevre Özellikleri Değerlendirme Formu
DISCERN	:	Quality of Criteria for Consumer Health Information
ESYOÖ	:	Elektronik Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği
FBÖ	:	Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği
GBM	:	Geçiş Bakım Modeli
GBH	:	Geçiş Bakım Hemşiresi
INCARE	:	Informal Caregivers' Skills When Taking Care of Older People After a Stroke
INR	:	International Normalized Ratio
ITT	:	Intention to Treat
MTE-GF	:	Maslach Tükenmişlik Envanteri-Genel Formu
mRS	:	Modifiye Rankin Skalası
SPSS	:	Statistical Package of Social Science
SUS	:	System Usability Scale
TEMpEST	:	Transitional Care Model Stroke Turkey
TRACS	:	The Development and Implementation of the Structured Training Programme for Caregivers of Inpatients After Stroke
TUİK	:	Türkiye İstatistik Kurumu
RED	:	Re Engineered Discharge
QALY	:	Quality Adjusted Life Year

1. GİRİŞ

İnme aniden ve beklenmedik şekilde geliştiği için hem hastanın hem de bakım verenin tüm yaşamını etkilemektedir. Türkiye’de serebrovasküler hastalıklar tüm yaş gruplarında %15 ile ilk 10 ölüm nedeni arasında 60 yaş ve üzerinde %20.7 ile ikinci ölüm nedenidir. Hastalık yükü açısından değerlendirildiğinde ise inme %5.9 ile üçüncü sırada yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı Yayın No: 812, 2010).

İnme nedeniyle tedaviye alınan hastalar nöroloji kliniklerinde ortalama bir hafta izlenerek eve taburcu edilmektedirler. İnme sonrası hastada gelişen hemipleji, parapleji, güç kaybı ve dizartri hastadan hastaya değişen sürede geriler ve hasta yoğun bir tedavi ve sekonder inmenin önlenmesi açısından yakından izlenir. İnme sonrası en sık görülen sorunlar hemiparazi, yarımsız yürüyememe, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık, depresif semptomlar ve afazidir. Hastalar, inme sonrası sık karşılaştıkları bu sorunlar nedeniyle ve sekonder inmenin önlenmesi için aile desteğine büyük gereksinim duymaktadırlar (Aktaş 2012; Durna ve Akın 2014; Güler ve ark, 2015).

İnmeli hastaların aileleri hastaneye yatıştan itibaren başlayıp daha sonra evde devam eden uzun bir süreçte, hastalarının boşaltım, beslenme ve hijyen gibi günlük yaşam aktivitelerini karşılamamanın yanında, hastanın tedavisinin izlemi, hastane randevusu, ulaşım, güvenliğin sağlanması, rapor yenilenmesi gibi birçok alanda zorunlu bakım verici rolünü üstlenmektedirler. Bakım verenler bu uzun süreçte neredeyse zamanlarının tamamını inme geçiren hastaları ile geçirmektedirler. Diğer yandan, aile bakım verenleri kendi kişisel gereksinimleri, ev işleri ve çalışıyorsa işteki sorumluluklarını bakım verici rolü ile aynı anda yürütmek durumunda kalmaktadırlar (Durna ve Akın 2014; Boyraz ve Gökçe, 2017a).

Mevcut uygulamada, taburculuk aşamasına gelen inmeli hastaların aileleri, genellikle eve gönderilen hastasının ilaçlarını nasıl kullanacağı ve izlem için hastaneye ne zaman geleceği konusunda bilgilendirilmektedirler. Hastaneden eve geçişte hasta ve ailelerinin bundan daha fazla bilgi ve desteğe gereksinimi bulunmaktadır. Özellikle hastaneden eve geçişten sonraki ilk aylar bakım verenlerin bilgi ihtiyacı artmaktadır (İnci ve Bayık Temel, 2016a). Bu çalışmada, inme geçiren hastalar ve bakım

verenleri için hastanede başlayıp evde devam eden bir geçiş bakım modelinin (GBM) uygulanabilirliği ve etkisi değerlendirilmiştir.

Geçiş Bakım Modeli (GBM), hemşire liderliğinde hastanın hastanede yatışı ile başlayıp taburculuğunun planlanması, ev ziyaretleri ve telefon iletişimiyle devam eden ve ortalama iki ay süren taburculuk geçiş modelidir (Naylor and Cleave, 2010). Modelin amacı, bakım verenlere ve hastalara bilgi, beceri kazandırmak, aile bakım verenlerin hedeflerini gerçekleştirmek, sağlık sonuçlarını ve yaşam kalitesini iyileştirmektir. Model, hastaların bakım hizmeti kullanım sıklığını azaltarak maliyet açısından yarar sağlamaktadır (Naylor ve Keating, 2008). Geçiş Bakım Modeli uygulanan bir çalışmada, müdahale grubunun psikolojik durumlarının ve memnuniyetinin kontrol grubuna göre daha yüksek, bağımlılık düzeyi puanları ve depresyon skorlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Ayrıca, hastaneye geri dönüşleri, hastane kullanım oranları ve acil servis ücretlerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Wong ve Yeung 2015). Geçiş Bakım Modeli'nin yararlarını belirlemek için yapılan sistematik derleme sonucuna göre, hastane tarafından başlatılan deşteğin inme geçiren hastalar için kalış süresini kısalttığı belirlenmiştir (Prvu Bettger ve ark; 2012).

Türkiye'de inmeli hastaların aile bireylerinin bakıma hazır oluşluklarını ve yeterliliklerini değerlendiren aynı zamanda inme sonrası hastaneden taburcu olan hastaları evde izleme ve destekleme ile ilgili çalışma yok denecek kadar azdır (Temizer ve Gözüm, 2009, İnci ve Bayık Temel, 2016b). Mevcut sistemde, inmeli hastalar ve bakım verenleri hastanede ya da evde verilen hizmetlerden birbirinden bağımsız olarak yararlanabilmektedir. Hastaneden eve geçişi bütün olarak ele alan, birbirinin devamı olan bir rehber veya model kullanılmamaktadır. Hem Evde Sağlık 2023 Hedefleri, hem de Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020 hedeflerinde ülke genelinde ortak bir evde bakım modeli oluşturulması gereğinden söz edilmektedir. Planlanan bu çalışma ulusal hedeflerle uyumludur ve örnek bir program olma potansiyeli bulunmaktadır. Bu araştırmanın amacı; inme geçiren hastalar ve bakım verenleri için GBM'ne temellenen girişimlerin, bakım verenlerin algıladığı yeterliliği, bakıma hazır oluşlukları ile elektronik sağlık okuryazarlıklarının artırılması, tükenmişliklerinin azaltılması, hastaların hastaneye geri dönüş ve bası yarası gelişme oranlarına etkisini değerlendirmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

İnme vakalarının %85'i emboli ve tromboz kaynaklı kan akımının azalmasına bağlı iken, vakaların %15'i primer intra serebral hemoraji sonucunda gelişmektedir (Uzuner ve ark; 2015; Boyraz ve Gökçe, 2017b). Türkiye'de 2008-2013 yılları arasında 1.9 milyon kişi inme teşhisi almıştır. Bu süreçte inme teşhisi ile 1000 hasta yaşamını kaybetmiştir. Bu hastaların %44'ü erkek ve %56 kadındır. İnme prevalansı %2 iken, bu oran kadınlarda %2.2, erkeklerde %1.7'dir. Vakaların % 84'ü iskemik inme, %5'i hemarojik inmedir. Yaş artıkça inme prevanlası artmaktadır. Yetmiş beş yaş ve üzeri inme açısından riskli yaş grubudur (Öztürk ve ark., 2015).

İnme ölüm nedenleri arasında dünya genelinde ikinci, gelişmiş ülkelerde üçüncü sıradadır (Winstein ve ark., 2016). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre inme ile ilgili gerekli istatistiki bilgileri sağlayan ülkeler içinde inme sıklığı, Avustralya'da yıllık 100.000 nüfusta 76 (2009–2010), Yeni Zelanda'da yıllık 100.000 nüfusta 119 (2011–2012)'dur. Ölüm ile ilgili verileri Dünya Sağlık Örgütü'ne bildiren 128 ülkeden Kazakistan, Bulgaristan ve Yunanistan inmeden kaynaklı ölüm oranlarının en yüksek olduğu ülkelerdir (Thrift ve ark., 2017).

Inmeden sonraki ilk bir yıl içerisinde hastaların yaklaşık %30'u kaybedilmektedir. İnme sonrası hayatını devam ettiren 55-64 yaş grubu hastalar ortalama 8-13 yıl yaşamaktadırlar (Durna ve Akın, 2014). İnme sonrası en sık görülen sorunlar hemiparazi, yardımsız yürüyememe, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık, depresif semptomlar ve afazidir. Hastalar, inme sonrası sık karşılaştıkları bu sorunlar nedeniyle ve sekonder inmenin önlenmesi için aile desteğine büyük gereksinim duymaktadırlar (Aktaş, 2012; Durna ve Akın, 2014; Güler ve ark, 2015).

Ülkemizde taburcu edilen inmeli hastaların farklı gereksinimleri için farklı sağlık kuruluşlarına gitmeleri gerekmektedir. Raporlu ilaçların yazdırılması için aile hekimine, pansuman ve üriner kateter takılması gerekiyorsa evde sağlık birimine, inme nedenli kontrol için nöroloji uzmanına ve fizik tedavi için fizik tedavi polikliniğine gitmeleri gerekebilir. Ayrıca, bakım verenler, hastasını kendi olanakları ile hastaneye götüremiyorsa ve International Normalized Ratio (INR) takibi için kan alınması gerekiyorsa, evde sağlık hizmetlerinin transfer hizmetlerine gereksinim duyabilir. Evde sağlık hizmeti, koordinasyon merkezine yapılan başvuru sonrası evde

sağlık hizmetleri biriminden ve/veya yerel yönetimlerin evde bakım birimlerinden alınabilmektedir. Tüm bu süreçte her bir kurum birbirinden bağımsız hareket ettiği için bakım veren her bir gereksinimi için farklı kuruma başvuru yapmak durumundadır. Sahada kimi hasta ve yakınlarının var olan tüm hizmetleri aynı anda kullandığı, kimilerinin de var olan hizmetleri bilmediği için hiçbirisinden yararlanmadığı ve ailelerin hastalarının bakımını evde tek başına üstlendiği gözlenmektedir.

İnmeli hastaların taburculuğundan itibaren hasta ve ailesi için kurumlar arasında iletişim ağı sağlanarak hizmetin kesintisiz ve hızlı sunulması için hastaneden eve geçiş modelleri kullanılabilir. Kullanılacak modeller ile taburculuk sonrası maliyet, hastalarda oluşan komplikasyonlar ve personelin iş yükü azaltılabilir (Rennke ve Ranji, 2015). Ayrıca, bakım verenlere hastalık ile ilgili bilgi, beceri ve problem çözme yeteneği kazandırılabilir (Naylor ve Cleave, 2010; Naylor ve Sochalski, 2010).

2.1. İnmeli Hastaların Bakım Verenleri Güçlendirmek için Yapılan Çalışmaların Literatür Özeti

İnmeli hastaların bakım verenlerini güçlendirmek için web destekli eğitim, telefonla danışmanlık, e posta, ev ziyaretleri, bireysel ve grup eğitimi gibi birçok eğitim yöntem ve aracının birlikte kullanıldığı yaklaşım daha etkili olmaktadır (Demir Avcı ve ark; 2016). Web destekli eğitim sık tercih edilen ve erişimi kolay olan bir uygulamadır (Demir ve Gözüm, 2011). Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre, 2017 yılının nisan ayında Türkiye genelinde hanelerin %66.8'i internet erişim imkanına sahip iken, bu oran 2018'nin aynı ayında %72.9'a yükselmiştir. Bilgisayar kullanım oranları 2018 yılı Nisan ayında 16-74 yaş grubundaki bireylerde %59.6 olmuştur. Türkiye İstatistik Kurumu'nun diğer bir sonucu ise, 2017 yılı Nisan ayında hanelerin %80.7'si internete erişim imkânına sahipken, bu oran 2018 yılının aynı ayında %83.8 bulunmuştur (<http://tuik.gov.tr/>, Erişim tarihi:13 Şubat 2017). Hanelerdeki internet erişiminin artması web üzerinden yapılacak eğitimler için önemli fırsatlar yaratmaktadır.

Bu çalışmanın yazarları tarafından yapılan bir araştırmada, inmeli hastaların aile bakım vericileri için tasarlanmış bir web sitesi bulunmaktadır. Hazırlanan web sitesinin kalitesi ve içeriği, uzmanlar; kullanılabilirliği ve etkinliği ise 38 bakım verici tarafından değerlendirilmiştir. Web sitesine, her eğitim düzeyinde bakım

verenlerin anlamasını kolaylaştırmak için videolar eklenmiştir (Demir ve Gözümlü, 2015). Bu web sitesi, bakım verenler tarafından yararlı bulunmuştur. Bakım vericiler için hazırlanmış diğer bir çalışma, Caring-web isimli web sitesinden verilen eğitimin değerlendirilmesidir. Bakım vericiler bir yıl süre ile web sitesini kullanmışlar ve iki ayda bir bakım verenler telefon ile aranarak iyilik hali (algıladıkları depresyon ve yaşam memnuniyeti ve inmeli hastaların sağlık hizmetlerinin kullanım durumları) sorgulanmıştır. Girişim sonrasında inmeli hastaların acil servisleri ziyaretleri ve hastaneye tekrarlı gidişleri azalmıştır (Pierce ve ark., 2009). İnmeli hastalar ve informal bakım vericilerinin depresyonunu azaltmak için hazırlanan web sitesi ile yapılan çalışma sonunda, girişim grubundaki bakım verenlerin depresyon düzeylerinde kontrol grubuna göre önemli derecede düşüş bulunurken, inmeli hastaların depresyon durumlarında değişiklik olmadığı bildirilmiştir (Smith ve ark., 2012).

E-posta ve telefonla danışmanlık bakım verenlerle iletişimi kolaylaştırmak için kullanılan diğer araçtır (Bakas ve ark., 2009; King ve ark., 2012; Smith ve ark., 2012; Oswald ve ark., 2014; Araujo ve ark., 2015). E-posta ve telefonla danışmanlığın avantajı kullanım kolaylığıdır. E-postanın dezavantajı postaların okumasının zaman alması ve günlük kontrol edilmediği zaman postaların birikmesidir. Telefonla danışmanlığın dezavantajı bireyler telefon etmeyi unutursa, telefona cevap vermezse ve numara değişikliği yaparsa bakım verenlerle iletişim kurmak zor olmaktadır (Demir Avcı ve ark., 2016).

Bakım verenlere yapılan diğer bir girişim, aynı gereksinimi olanlara aynı ortamda yapılan grup eğitimidir. Grup eğitiminin avantajı, bakım verenler arasında iletişimi sağlaması, bakım verenlerin hasta bakımı ile ilgili motivasyonunu artırmasıdır, ancak eğitime katılmak bakım verenler için zor olmaktadır. Ayrıca, grup üyeleri için ortak bir zaman oluşturmak güçtür (Demir Avcı ve ark., 2016). Draper ve arkadaşlarının (2007), çalışmasında verilen grup eğitiminde, girişim grubundaki bakım verenlerin stresleri daha düşük düzeyde bulunmuştur. Bakım verenlerin iletişim becerilerinde girişim sonrası, girişim ve kontrol grubunda önemli bir fark bulunmamıştır. Franzén-Franzén-Dahlin ve arkadaşlarının (2008), randomize kontrollü çalışmasında girişim grubunun fizyolojik sağlıklarının daha iyi ve inme ile ilgili bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ev ziyaretleri, bakım verenlerin eğitiminde sık kullanılan girişimlerden biridir. Ev ziyaretlerinin avantajı; bakım verenlere verilen eğitimin etkinliğinin ve anlaşılabilirliğinin daha fazla olmasıdır. Ancak; ev ziyaretlerinin maliyetinin yüksek olması ve çok zaman alması dezavantajlarıdır. Mant ve arkadaşları (2005), inme geçirmiş hastaların aile bakım verenlerine inme teşhisi aldıktan bir yıl sonra ev ziyaretleri ile aile destek programı uygulamışlardır. Girişim grubundaki hastalar ev ziyaretleri sonunda aile destek programından daha fazla yararlanmışlardır. Ev ziyareti yapıldığı süreçte bazı inmeli hastalar kaybedildiği için girişimin etkisi tam değerlendirilememiştir (Mant ve ark., 2005).

Bakım verenleri güçlendirmek için farklı girişimler uygulayan çalışmalar da vardır. Cheng ve arkadaşları (2014) yaptığı meta analiz çalışmasında, inmeli hastaların bakım verenlerine uygulanan psikososyal girişimlerin etkisini incelemiştir. Bakım verenlerin sorun çözme yetenekleri ve stresle baş etme ile ilgili yüz yüze yapılan psikoeğitimin, bakım verenlerin aile fonksiyonlarına az bir katkı sağladığı belirlenmiştir. Diğer bir sonuç; bakım verenlerin depresyon seviyesi önemli derecede azalmıştır. Araujo ve arkadaşları (2015), bakım verenleri güçlendirmek için Informal Caregivers' Skills When Taking Care of Older People After a Stroke (INCARE) programı uygulamışlardır. INCARE programında hastaların hareket etme, banyo yapma, giyinme, transfer, pozisyon, yeme ve içmede kullanılan teknolojik aletler ile ilgili informal bakım verenlere eğitim verilmiştir. Çalışmanın sonunda informal bakım verenlerin bakım yükü ve hastaların hastaneye tekrarlı yatışları azalmış, yaşam kalitesi ve uygulama becerileri artmıştır (Araujo ve ark., 2015).

Bakım verenlere yapılan farklı girişimlerin etkisinin olmadığını gösteren çalışmada vardır. Forster ve arkadaşlarının (2013), çalışmasında, İngiltere'de inmeli hastaların bakım verenleri için oluşturan The Development and Implementation of the Structured Training Programme for Caregivers of Inpatients After Stroke (TRACS) grup eğitim programı 14 bölümden oluşmaktadır. Grup eğitim programının altısı zorunlu olup ve eğitim programı 4-6 ay sürmektedir. Grup eğitimi sonunda girişim ve kontrol grubunda yer alan bakım verenler arasında istatistiksel olarak fark belirlenememiştir. Ancak, sağlıklı geçirilen yaşam kalitesinin (Quality Adjusted Life Year-QALY) maliyetinin girişim grubundaki bakım verenlerde daha düşük olduğu belirlenmiştir.

İnci ve Temel (2016) tarafından yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, inmeli hastaların kadın aile bakım vericilerine uygulanan destek programının etkisi değerlendirilmiştir. Girişim grubuna beş hafta ve 10 oturumdan oluşan destek programı uygulanmıştır. Sonuçta, girişim grubunun kontrol grubuna göre aile ve arkadaş desteği, sosyal destek ve aile başa çıkma uyumunun daha etkin olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışmada temel alınan GBM literatürde daha önce denenmiş ve etkinliği kanıtlanmış farklı yöntemler bir arada olduğu için tercih edilmiştir.

2.2.Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum

Türkiye’de evde sağlık hizmetlerinin kamuda yaygınlaştırılması 2010 yılında başlamıştır. Halen İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı hastanelerde, yerel yönetimler ve özel sektör tarafından evde sağlık hizmetleri yürütülmektedir. Evde sağlık hizmeti ihtiyacı olan hastaların yakınları 4443833 numaralı telefonu arayarak sisteme kayıt olduktan sonra en geç 24 saat içinde oturduğu ilçenin İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı hastanenin evde sağlık ekibi tarafından aranarak iletişim sağlanmaktadır. Ayrıca başvuru yapıldığı taktirde yerel yönetimler de evde sağlık hizmeti için destek vermektedir (T.C. Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığı. 25 Nisan 2017. Sayı: 4954233-020-E.496554233-020-435). Sağlık Bakanlığı’nın evde bakım ile ilgili ilk yönetmeliği 2005 yılında çıkmıştır. Bu yönetmelik ile evde bakım birimlerinin özellikleri tanımlanmıştır (T.C. Resmi Gazete. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. 10 Mart 2005. Sayı: 25751). Evde bakımın Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde yaygınlaşması 2010 yılında çıkartılan yönerge ile başlamıştır (T.C. Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. 01 Şubat 2010. Sayı: 3895). Bu yönergede eksik kalan kısımları düzeltmek için 2011 yılında yeni bir yönerge daha yayınlanmıştır (T.C. Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergede Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge. 24 Şubat 2011. Sayı: 8751). Bu düzenlemelerle öncelikle yatağa bağımlı hastaların evde sağlık kapsamına alınması sağlanmıştır. Bu gelişmeler ışığında 2011 yılında yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliği’nde evde bakım hemşireliği ilk kez tanımlanmıştır. Bu yönetmeliğe göre, evde bakım hemşiresi hasta ve ailesinin eğitim ve danışmanlığını sağlamada primer olarak sorumlu tutulmuştur.

Diğer bir yönetmelik 2015 yılında yayınlanmış, evde sağlık hizmetlerinde görev yapacak personelin görev tanımları ve evde sağlık hizmetleri süreçleri detaylandırılmıştır (T.C. Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Verilen Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik. 27 Şubat 2015. Sayı: 29280). Bu yönergede 2017 yılında evde sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili güncelleme yapılarak evde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelere devredilmiştir (T.C. Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığı. 25 Nisan 2017. Sayı: 4954233-020-E.496554233-020-435). En son Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde yatmakta olan öncelikli hastaların (palyatif bakım, onkoloji hastaları, yaşlı ve yatağa bağımlı ve engelli hastalar) klinik hekimi tarafından evde sağlık hizmetleri kapsamına alınması ile ilgili değişiklik yapılmış, ancak henüz uygulamaya geçilmemiştir (T.C. Resmi Gazete. Hastanın Taburculuk Sonrası Evde Sağlık Hizmetleri Kapsamına Alınması. 29 Ocak 2018. Sayı: 95796091-020).

Bu yönetmelikler kapsamında çeşitli alanlarda fonksiyonel bağımsızlığını kaybeden ve aile bakımına gereksinim duyan inmeli hastaların hastaneden taburcu olurken GBM kapsamına alınması ve bakım veren aile bireylerinin hastalarına evde bakım verme konusunda yeterli olmaları için desteklenmeleri, hastaların oluşabilecekleri komplikasyonlar ve iyileşme süreci bakımından izlenmeleri, yeniden hastaneye dönüş oranlarının azaltılması gibi uygulamalar için bu modele ihtiyaç duyulmaktadır.

2.3. Hastaneden Eve Geçiş Yöntemleri (Taburculuk)

Hastaneden taburcu edilen inmeli hastaların bakımı için evde gereksinim duyacakları eğitim hastanede başlamalı ve evde devam etmelidir. Bu süreçte taburculuk modelleri kullanılabilir. Kullanılan geçiş modeli ile taburculuk sonrası oluşan komplikasyonlar azaltılabilir ve bakım verenlere gerekli beceriler kazandırılabilir (Rennke ve Ranji, 2015). Taburculuk modellerinin uygulanmasında farklılık olabilmektedir. Aşağıda taburculuk girişim ve modelleri kısaca tanımlanmıştır (Tablo

Tablo 2.1. Hastaneden eve geçiş yöntemleri (Taburculuk)

Geçiş yönteminin adı	Başlama yılı	Kapsam	Uygulama türü	Bakımı koordine eden kişi	Uygulama süresi
Geçiş Bakım Modeli	1981	Hemşire liderliğindeki model özellikle, taburculuğu yönetmek, yaşlı hastalar ve bakım veren aileyi güçlendirmek, hastaların sağlık ve yaşam kalitesi sonuçlarını iyileştirmek ve kaynakların daha akıllıca kullanılmasını sağlamayı hedeflemektedir.	Ev ziyareti ve telefon görüşmesi	Geçiş Bakım Hemşiresi (GBH)	Ortalama 2 ay (1-3 ay)
Bakımda Sonraki Adım	1996	Kronik hastalığı olan ya da ağır hastaların aile bakım verenlerinin sağlık profesyonelleri ile koordineli ve güvenli bir şekilde taburculuğunu planlamak için uygulanan rehberdir.	Ev ziyareti	Doktor	1 ay
Rehberli Bakım	2001	Rehberli Bakım toplum temelli bir uygulamadır. Hasta odaklı bakımı sağlamak için eğitimli ve alanında uzman hemşireler, hastalar, hekimler ve diğer bakım ekibi ile koordineli çalışır. Rehberin diğer özellikleri, aile bakım verici desteğı, toplum hizmetlerine erişim, semptomların ve ilaç yönetiminin izlenmesini içermektedir.	Ev ziyareti ve telefon görüşmesi	Bakım hemşiresi	6 ay
Bakım Geçiş Girişimi	2002	Modelin hedefi; karmaşık bakım gereksinimi olan hastalar ve aile bakım verenlerin, hastaneden eve geçişi sırasında ihtiyaç duyduğu konularda öz yönetim becerilerini kazanmasını sağlamaktır.	Ev ziyareti ve telefon görüşmesi	Geçiş koçu	1 ay
Akut Durumdaki Hasta Bakımının Transferlerini Kolaylaştırmaya Yönelik Girişimler	2005	Bireylerin evlerindeki değişiklikleri tanımlama, değerlendirme ve iletişimi geliştirmek için tasarlanmış kalite geliştirme programıdır.	Huzurevinde izlem	Bakım lideri	-
Güvenli Geçişi En İyi Duruma Getiren Daha İyi Sonuçlar	2008	Proje kapsamında oluşturulan girişim, hastalarla ve bakım sağlayıcıları ile iletişim üzerine odaklanmaktadır	Ev ziyareti ve telefon görüşmesi	Mentor	12 ay
Taburculuğun Yeniden Tasarlanması	2009	Proje, ailede bakım veren ve hasta ile ilgili yazılı plandan oluşmaktadır. Plan, tanı, ilaçlar ve evde yapılması gerekenleri açıklar.	Telefon görüşmesi	Hemşire	Taburculuğu izleyen 3 gün

Geçiş Bakım Modeli (Transitional Care Model)

Hemşire liderliğindeki model özellikle, taburculuğu yönetmek, yaşlı hastalar ve bakım veren aileyi güçlendirmek, hastaların sağlık ve yaşam kalitesi sonuçlarını iyileştirmek ve kaynakların daha akıllıca kullanılmasını sağlamayı amaçlamaktadır. Model, sağlık bakım sürekliliğini sağlamayı ve birden fazla sağlık ekibi üyesi arasında iş birliğini gerektirmektedir. Ayrıca, dezavantajlı grubun bakımının devamında kötü sonuçlardan kaçınmak için tasarlanmış ve hastaneden eve geçişi kolaylaştıran hizmetleri içerir. Kronik hastalığı olan kişinin fiziksel, psikolojik, sosyal ve davranışsal sağlığını hedef almaktadır. Model, taburculuktan sonraki ortalama iki ayı, düzenli ev ziyaretleri ve haftanın her günü telefonla desteği kapsamaktadır (<http://www.nursing.upenn.edu>, Erişim tarihi:13 Şubat2017).

Hastaneden eve geçişte kullanılan girişim ve modellerin en kapsamlısı Geçiş Bakım Modelidir. Model, bakımın iyileştirilmesine odaklanmaktadır. Hasta ve aile bakım verenlerin sonuçlarını geliştirmeyi hedeflemektedir. Ayrıca, sağlık sistemi ve toplum temelli kuruluşlarda kronik hastalığı olan yaşlı erişkinlerin sağlık maliyetlerini düşürmektir. Geçiş Bakım Modeli, hastaların sağlık hedeflerinin belirlenmesini vurgular; hastaya özel bir bakım planının tasarlanması ve uygulanmasını sağlar (Naylor ve ark., 2014). Hastalar, bakım verenler ve sağlık profesyonelleri arasında bakımın sürekliliğini sağlar. Bu model çerçevesinde hastalar ve ailesi, informal ve formal bakım verenler, hekimler ve diğer sağlık ekibi üyeleri ile birlikte uzman hemşire tarafından bakım ve koordinasyon sağlamaktadır. Model, hastane ve evde profesyonel hemşire tarafından hastalara verilen bakımı ifade eder (Naylor ve Cleave, 2010). Çalışmada bu model kullanılacağı için ilerleyen sayfalarda ayrıntılı şekilde açıklanmıştır.

2.3.2. Bakımda Sonraki Adım (Next Step in Care)

Kronik hastalığı olan ya da ağır hastaların aile bakım verenlerinin sağlık profesyonelleri ile koordineli ve güvenli, taburculuk planlaması yapabilmesini sağlayan uygulama rehberidir. Taburculuk planlaması bakım yerleri arasında, örneğin hastaneden eve ya da rehabilitasyon merkezine ya da evde bakım hizmetlerine yöneliktir. Rehber, dikkatli planlama, açık iletişim ve devam eden bakım koordinasyonunu vurgular. Bakım veren için bir sonraki aşamaya (taburcu olduktan sonra) yönelik gerçekçi ve sürdürülebilir bir plan oluşturmaktadır.

Rehberde, hem bakım veren kişilerin hem de sağlık bakım sunucularının ayrıca bakım verenin bakım planıyla ilgili anlama yeteneği ve eğitim gereksinimleri hakkında analiz yapılmaktadır. Bakım verenin hastane, huzurevi ve evde bakım merkezinde temel gereksinimleri değerlendirilmektedir (<http://www.nextstepincare.org>, Erişim tarihi: 14 Şubat 2017).

2.3.3. Rehberli Bakım (The Guided Care)

Rehberli Bakım, toplum temelli bir uygulamadır. Hasta odaklı bakımı sağlamak için eğitilmiş ve alanında uzman hemşireler, hastalar, hekimler ve diğer bakım ekibi ile koordineli çalışır. Rehberin diğer özellikleri, aile bakım verici desteği, toplum hizmetlerine erişim, semptomların ve ilaç yönetiminin izlenmesini içermektedir. Çalışma konuları (<http://www.guidedcare.org>, Erişim tarihi: 14 Şubat 2017):

- Hasta ve bakım verenlerin değerlendirilmesi,
- Bakım verenler için kanıta dayalı bakım planı hazırlanması, hastalar ve bakım verenler için bir eylem planı oluşturulması,
- Hastanın öz yönetiminin teşvik edilmesi,
- Hastaların genel sağlık durumlarının aylık izlenmesi,
- Tüm bakım sağlayıcılarının (hastaneler, uzmanlar, rehabilitasyon merkezleri, evde bakım, hastaneler ve sosyal hizmet kuruluşları) koordine edilmesi,
- Bakım verilen kurumlar arasındaki geçişlerin koordine edilmesi (ör., hastanelere giriş ve çıkışlar arasında geçiş),
- Aile bakım verenlerin desteklenmesi,
- Toplum kaynaklarına erişiminin kolaylaştırılmasıdır.

2.3.4. Bakım Geçiş Girişimi (Care Transitions Intervention)

Bu model "Beceri Transfer Modeli", "Coleman Geçiş Müdahale Modeli" ya da "Coleman Model" olarak da bilinir. Program dört hafta sürmektedir. Modelin hedefi; karmaşık bakım gereksinimi olan hastalar ve aile bakım verenlerin, hastaneden eve geçiş sırasında gereksinim duyduğu konularda öz yönetim becerilerini kazanmasıdır. Bunun için belirli araçlar kullanılır ve geçiş koçu (transitions coach) ile aile bakım verenler birlikte çalışırlar. Bu model, ev ziyareti ve üç telefon görüşmesinden oluşan düşük maliyetli ve kanıta dayalıdır. Bu modelde hasta ve bakım verene yeni davranışlar ve öz yönetim becerisi kazandırılması, hastanın iyilik halinin

sürdürülmesi amaçlanmaktadır. Model altı aylık bir süreci kapsamaktadır (<http://caretransitions.org>, Erişim tarihi:13 Şubat 2017).

Bakım Geçiş Girişimi taburculuktan sonraki 30 gün içinde hastaneye geri dönüşleri azaltmaktadır (Hoyer ve ark., 2018). Bakım Geçiş Girişimi'nin aile bakım verenlerin hastaneden eve geçişte ihtiyaçlarını daha iyi tanımladığı, bakım verenlerin memnuniyetini artırdığı ve ilaç güvenliğini sağladığı belirtilmektedir (Coleman ve ark., 2015). Bakım Geçiş Girişimi'nin yazarı Coleman'nın başka bir çalışmasında, hastaneden eve geçişi 32 aile bakım veren değerlendirmiştir. Katılımcılar; aile bakım verici rolüne istekli, hazırlıklı ve aktif katılıma hazır olduklarını ancak, hastanın ilaçlarının ve taburculuğun yönetimi ve taburculuk sonrası sürece hazır olmadıklarını ifade etmişlerdir (Coleman ve Roman, 2015).

2.3.5. Akut Durumdaki Hasta Bakımının Transferlerini Kolaylaştırmaya Yönelik Girişimler (Interventions to Reduce Acute Care Transfers)

Bireylerin evlerindeki değişiklikleri tanımlama, değerlendirme ve iletişimi geliştirmek için tasarlanmış kalite geliştirme programıdır. Program iletişim araçları, klinik araçlar ve gelişmiş bakım planları bölümlerinden oluşmaktadır (<http://interact2.net/educational.html>, Erişim tarihi: 14 Şubat 2017). Beş temel stratejiden oluşmaktadır. Bunlar: (Ouslander ve ark., 2014).

- Kalite geliştirme: Destek, ölçme, takip, sonuçları kıyaslama, öğrenmeye devam etme ve fırsatların geliştirilmesi
- Erken tanı ve değişen koşulların değerlendirilmesi: Taburcu olmadan gerekli koşulların sağlanması
- Değişen koşulların yönetilmesi: Hastane transferinin güvenli ve pratik olması
- Gelişmiş bakım planının daha da geliştirilmesi: Gerekğinde hospis ve palyatif bakımın kullanılması
- İletişim ve belgelerin geliştirilmesi: Hasta, aile ve huzurevi yetkilileri arasındaki bağı güçlendirmedir.

2.3.6. Güvenli Geçiş En İyi Duruma Getiren Daha İyi Sonuçlar (Better Outcomes by Optimizing Safe Transitions-BOOST)

BOOST, Amerika'da bir hastanenin yöneticileri tarafından proje olarak geliştirilmiştir. BOOST projesi hastalara yapılan uygulamalar ve bakım vericiler ile iletişim üzerine odaklanmaktadır. Hastaneden eve geçişlerin kalitesini arttırmak için

teknik destek ve eğitim sağlamaktadır. Klinisyenlere hastane uygulamalarını standartlaştırmaya ve iyileştirmelerine yardımcı olacak araçlar sunmaktadır. Taburculuk aşamasında risk yaratan polifarmasi, kanser, inme, diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kalp yetmezliği tanısı, komorbid (eşlik eden) hastalıklar, fiziksel ya da fonksiyonel kısıtlamalar, düşük sağlık okuryazarlığı, sosyal destek azlığı, hastaneye yatmadan önceki altı aylık süre içerisinde hastaneye yatış ve palyatif bakım ihtiyacını sorgulamaktadır (Nelson ve Pully, 2015).

BOOST'un kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve kalp yetmezliği tanısı olan hastalarda, hastaneden eve taburculukta riski tanımlamak için kullanılabileceği belirlenmiştir (Robertson, 2017). Yüksek riskli hastalara eczacılar tarafından verilen BOOST'a göre müdahaleler uygulanmıştır. Müdahaleyi almayan düşük riskli hastalarla karşılaştırıldığında, müdahale grubunda aynı hastaneye geri kabul oranında önemli bir azalma gösterilmiştir (Feldman ve ark., 2018).

2.3.7. Taburculuğun Yeniden Tasarlanması (Re Engineered Discharge-RED)

Proje, aile bakım veren ve hasta ile ilgili yazılı plandan oluşmaktadır. RED plan, tanı, ilaçlar ve evde yapılması gerekenleri tanımlar. Telefon görüşmesi hem kişiye hem de aile bireyine gerekli olan bilgilerin öğrenilmesini sağlar (<http://www.bu.edu>, Erişim tarihi:17 Şubat 2017). Taburculuk eğitiminin planlanması hemşire tarafından yapılmaktadır. Hastanın ilaç, diyet ve yaşam tarzı değişikliklerini planlamaktadır. Proje, sağlık bakım sistemleri, klinik ve hasta ile ilgili sorunların çözümü ile ilgilenmektedir (Jack ve ark., 2009).

RED rehberliğinde hemşireler tarafından 69 katılımcıya taburculuk eğitimi verilmiştir. Rehber katılımcıların taburculuk süreci ile ilgili bilgi düzeyini geliştirmiştir (Robert ve ark., 2018). RED diğer modeller gibi hastaneye geri dönüş oranlarının azaltılmasına katkı sağlamaktadır (Mitchell ve ark., 2016).

2.4. Geçiş Bakım Modeli

Geçiş Bakım Modeli kronik hasta, yaşlı ve riskli grupların hastaneden eve geçişinin izlenmesini kapsamaktadır (Naylor ve Cleave, 2010; Naylor and Sochalski, 2010). Bu model 1981 yılında hemşire liderliğinde Pensilvanya Hemşirelik Yüksekokulu'nda multidisipliner bir ekip tarafından geliştirilmiştir (Naylor ve Cleave, 2010). Modelin amacı bakım verenlere ve hastalara bilgi ve beceri kazandırmak,

kaynakların kullanımını öğretmek, hastaneye geri dönüşleri engellemek ve azaltmaktır. Ayrıca, hasta ve aile bakım verenlerin hedeflerini gerçekleştirmek, sağlık sonuçlarını ve yaşam kalitesini iyileştirmek ve hastaların bakım hizmetlerinin kullanım sıklığını azaltmak için kanıta dayalı hizmetler sunmaktadır. Model, bakımın devamında iş birliği, komplikasyonları önleme, klinik ve yönetim ile iş birliği, hasta, bakım verenler ve diğer sağlık ekibinin aktif katılımını sağlar (Naylor ve ark., 2013).

Modelin merkezinde, "Geçiş Bakım Hemşiresi" adı verilen bakım koordinatörü yer almaktadır. Geçiş Bakım Hemşiresi (GBH), hastayı ve bakım verenin hastanede taburculuk için hazırlamasına danışmanlık ve ev ziyareti yoluyla liderlik eder. Tüm süreçten, GBH sorumludur. Bu model hemşirelerin bakım yöneticisi, hasta savunucusu, danışmanlık ve liderlik gibi rollerinin hepsini kullanmayı gerektirmektedir. Hemşirenin görevleri arasında, hastanın hastane ve evde ziyaret edilmesi, telefonla iletişim yer almaktadır (Naylor ve Keating, 2008).

Kaliteli bir geçiş bakım modeli, dezavantajlı gruplar ve kronik hastalığı olan yetişkinlerin baş etmesi için önemlidir. Taburculuk işlemlerinin yetersiz olması, sağlık personeli ile iletişim eksikliği, hasta ve bakım verenin yetersiz eğitimi, mevcut olan evde bakım hizmetlerine erişememe, sınırlı bakım, karar alınırken hasta ve bakım verenlerinin tüm sürece dahil olmaması GBM'yi gerekli kılmaktadır. Ayrıca, dil engelleri, okuryazarlık sorunları, kültürel farklılıklar gibi sorunlar geçiş modeline ihtiyacı artırmaktadır. Bu modelin uygulaması ile özellikle taburculuk aşamasından başlayarak yaşanacak sorunlar en aza indirebilmektedir (Naylor ve Cleave, 2010).

Geçiş Bakım Modeli'nin çerçevesini hastane ile hastanın yaşadığı yer ve bu yere sağlık hizmetleri sunan birimler oluşturmaktadır. Hasta taburcu olduğunda eve gidiyorsa, aile hekimi veya sağlık birimi, yaşadığı bölgedeki evde bakım servisleri bu modele alınırken; hasta taburculuk sonrası huzurevine dönecekse, bu defa huzurevindeki sağlık birimini kapsamaktadır. Model hastaların normal fonksiyonlarını kazanması, fonksiyonel bağımsızlık veya sağlık durumuna göre hastanın koşulları stabil olduğunda sonlandırılmaktadır. Model uzun süreli bakımı değil, geçişi kordine eder (Hirschman ve ark., 2015).

2.4.1. Geçiş Bakım Modeli'nin Özellikleri

Geçiş Bakım Modeli'nin özellikleri şunlardır:

1. Bakımın birincil koordinatörü olarak GBH'nin görevi, bakımın tüm süreçlerinin devamını sağlamak,
2. Hastayı hastanede kapsamlı bir şekilde değerlendirmek,
3. Kanıt temelli bir bakım planı hazırlamak,
4. GBH tarafından taburculuk sonrası ortalama iki ay süresince düzenli ev ziyaretleri ve haftanın yedi günü telefon desteği sağlamak,
5. Hastaların hastaneye yatışından itibaren hastane ve kayıtlı olduğu hekimi (aile hekimi ya da takip eden özel doktoru) arasında tıbbi bakımın sürekliliğini, GBH tarafından kolaylaştırmak,
6. Her hastanın hastaneye yatış nedenine, hastanın hastalık ile ilgili komplikasyonlarına veya eşlik eden olaylara ve gereksinimlere kapsamlı, bütüncül odaklanmak,
7. Hastaların ailelerini ve informal bakım verenleri eğitimlere dahil etmek ve onların aktif katılımını desteklemek,
8. Hastaneye tekrar yatışa neden olan olaylar ve olumsuz etkilerden kaçınmak, uzun dönem bakımı iyi bir şekilde sonuçlandırmak, sağlık bakım risklerini ve semptomlarını erken tanımlayıp vurgulamak,
9. Bir ekip üyesi olarak hasta, ailesi, formal ve informal bakım verenleri multidisiplinler yaklaşımına dahil etmek,
10. Hekim-hemşire işbirliğini geliştirmek.
11. Hasta, ailesi, informal bakım verenler ve sağlık hizmeti sunucuları ve sağlık profesyonelleri arasında iletişimi sağlar (Naylor ve Cleave, 2010; Naylor ve Sochalski, 2010; www.transitionalcare.info Erişim tarihi: 13 Şubat 2017).

2.4.2. Geçiş Bakım Modeli'nin Bileşenleri ve Hemşirenin Roller

GBH, hastanelerdeki hastaların evlerine geçişine katkı sağlayarak, kanıt temelli bakım ile iş birliği yaklaşımını kullanmaktadır. Ayrıca, hastaların sık sık hastane ziyaretleri ve acil servis kullanımını azaltmak veya sağlık durumunun kötüleşmesini engellemek için tasarlanmış bakım planlarını uygulamayı kolaylaştıran hizmetleri sunmaktadır. GBH doktorlar, hemşireler, sosyal hizmet uzmanları, eczacılar ve sağlık bakım ekibinin diğer üyeleri ile birlikte, hastaların ve bakım verenlerin bakımlarını yönetme becerilerine odaklanarak denenmiş protokollerin

uygulanmasında işbirliği yapar. Geçiş sürecine katılan her hasta, kanıta dayalı protokollerle yönlendirilen bireyselleştirilmiş bakım almaktadır (Naylor ve Cleave, 2010).

Geçiş Bakım Hemşiresi, modelin uygulanması süresince klinik hemşire ve uzmanlarla haftalık klinik vaka toplantısı yapar. Bu oturumlar, GBH'ye diğer personel ile birlikte klinik vakaları tartışmak, destek vermek ve birbirlerine rehberlik etmeyi sağlamaktadır. Karmaşık konuların ele alınmasına yardımcı olmak için doktor, eczacı, sosyal hizmet uzmanı ve geropsikiyatri hemşiresi gibi çok disiplinli uzmanlardan oluşan bir ekip vardır (Naylor ve ark., 2013).

Geçiş Bakım Hemşiresi'nin rolü, geleneksel hemşirelik rollerini kapsamaktadır. Bu görevler; bakım yöneticisi, süreç yönetimi, disiplinlerarası ekip bakımı, bireyselleştirilmiş bakım ve hasta savunucusudur. Ayrıca, kanıt temelli bakım bilgisi, palyatif bakım, aile bakım verenlerin sürece aktif katılımının sağlanması, hastalarda davranış değişimi, kalite geliştirme, organizasyon, akut bakım bilgisi, teori, strateji ve finansman konularını kapsar (Naylor ve ark., 2014).

Modelin geliştirilmesi ve devam ettirilmesi için GBH'nin dokuz temel fonksiyonu vardır. Bu temel fonksiyonlar; tarama, Geçiş Bakım Hemşiresi, ilişkilerin sürdürülmesi, hasta ve bakım verenlerle ilişki, riskleri değerlendirme ve semptomları yönetme, öz yönetim eğitimi ve öz yönetimin geliştirilmesi, iş birliği, iş birliğinin desteklenmesi ve sürekliliğin desteklenmesidir (Tablo 2.2).

Tablo 2.2. Geçiş Bakım Modeli'nin bileşenleri ve hemşirenin rolleri

GBM Bileşenleri	Hemşirenin Roller
Tarama	Hastaların, hastaneden eve geçişinde oluşabilecek komplikasyonları belirlemeyi hedeflemektedir. Riskli hasta gruplarının taranmasıdır.
Geçiş Bakım Hemşiresi	Akut hastalık dönemlerinde bakım yönetimi için birincil sorumluluğu uzman hemşireler üstlenir.
İlişkilerin sürdürülmesi	Hastaların bakımıyla ilgili hasta ve aile bakım verenlerle güvenilir bir ilişki kurar ve korur.
Hasta ve bakım verenlerle ilişki	Hastaların bakım planlarını, onların değerleri ve hedefleri doğrultusunda tasarlar ve uygular.
Riskleri değerlendirme ve semptomları yönetme	Hastanın öncelikli risk faktörlerini ve semptomları tanımlar.
Öz yönetim eğitimi ve öz yönetimin geliştirilmesi	Hasta ve aile bakım verenleri, kötüleşen semptomları tanımlamaya ve bunlara hızlı bir şekilde cevap vermeye hazırlar.
İşbirliği	Hasta ve bakım ekibi üyeleri arasında bakım planında fikir birliğine varılması için teşvik eder.
İşbirliğinin desteklenmesi	Sağlık profesyonelleri ve toplum temelli uygulayıcılar arasındaki iletişimi ve bağlantıları geliştirir.
Sürekliliğin desteklenmesi	Hastaneden eve geçişte bakımdaki sorunlar aynı klinisyen tarafından desteklenir.

(Hirschman ve ark., 2015).

Tarama

Risk altındaki dezavantajlı grubun belirlenmesi, geçiş modelinin ilk temel unsurudur. Örneğin kalp yetmezliği, pnömoni (De Alba ve Amin, 2014) veya hastaneye kaldırılma, acil servis ziyaretleri gibi ortalama hastaneye yatma riskinin yüksek olduğu bilinen ve belirli tanımlarla hastaneye kaldırılmış yaşlı erişkinleri içerebilir (Garrison ve ark., 2013). Modelden faydalanacak hastaları taramak için kullanılan kanıta dayalı temel risk faktörleri şunları içerir (Hirschman ve ark., 2015);

- Beş veya daha fazla kronik hastalığa sahip olma,
- Düşme riski,
- Günlük yaşam aktivitelerini yapamama,
- Demans tanısı ya da bilişsel bozukluk (Callahan ve ark., 2002; Potvin ve ark., 2011),
- Zihinsel veya duygusal sağlık sorunları (örn., depresyon veya kaygı),
- Son 30 gün içinde hastaneye yatma veya son altı ay içinde iki ya da daha fazla hastaneye kaldırmadır.

Dikkat edilmesi gereken diğer risk faktörleri şunlardır: Hastanın yaşı (örneğin, 80 ve üstü sağlık okuryazarlığındaki güçlükler, dil engelleri ve yetersiz destek sistemidir (Hirschman ve ark., 2015; <http://atlanticquality.org> Erişim tarihi:10 Nisan 2017).

Geçiş Bakım Hemşiresi

Geçiş Bakım Hemşiresi, akut hastalık dönemlerinde ve erişkinlerin bakım yönetiminde birincil derecede sorumluluk üstlenmiştir. Bu hemşireler, hastaların ve onların aile bakım verenlerinin kişisel gereksinimlerine kültürel açıdan duyarlı, hasta odaklı, kapsamlı ve bütüncül bakım sağlar (Bradway ve ark., 2012). Geçiş bakım hemşireleri aynı zamanda, diğer geçici bakım ekibi üyelerinin denetimi de dahil olmak üzere, geçiş bakımı hizmetlerinin günlük geri bildiriminden de sorumludur (Hirschman ve ark., 2015).

Geçiş Bakım Hemşiresi, modeli çok yönlü bir yaklaşımla kullanmaya hazırdır. Geçiş Bakım Hemşiresi ilk olarak, dört haftalık canlı bir web eğitimini tamamlar (<http://atlanticquality.org>, Erişim Tarihi 10 Nisan 2017). Genellikle eğitim, hasta tarama ve değerlendirme araçlarının yönetimine hazırlık, hastalar ve aile bakım verenlerle görüşmelerin nasıl yapılacağını içerir. Buna ek olarak, webten eğitim içeriği, hastanın modele katılım kriterleri uygulama, vakaları ekibe nasıl sunacağını öğrenme ve bu popülasyonun sıkça karşılaştığı sorunlara odaklanan klinik süreçlere katılma hakkında bire bir görüşmeleri kapsamaktadır (Örn., kalp yetmezliği, diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, geriatri, palyatif hasta bakımı, evde bakım, topluma dayalı bakım) (Hirshman ve ark., 2015).

İlişkilerin Sürdürülmesi

Geçiş Bakım Modeli'nin en önemli özelliği, hastalar ve aile bakım verenlerle güvenli ilişkiler kurmak ve bu ilişkiyi sürdürmektir. Modelin uygulaması için görev yapan sağlık profesyoneli, kanıta dayalı ziyaretler ve telefon görüşmeleri yoluyla hasta ve ailesi ile ilişkileri geliştirir. Tutarlı bir GBH haftalık izlemlerle ilişkilerin gelişimini daha da güçlendirir. Buna ek olarak, hemşire her hasta ve aile bakım verenlerini hastaneden taburcu olduktan sonraki ilk ziyarette, toplum temelli uzmanlarla işbirliği kurmak için hazırlar ve bu sürece eşlik eder. GBH hastaların sınırlı ziyaretlerini nasıl en üst düzeye çıkarabileceğini, mevcut durumu geliştirmeyi ve gelecekteki bakım ihtiyacını karşılamayı düşünür (Toles ve ark., 2012). Hastalar ve aile bakım verenler ile olan ilişkilere ek olarak, GBH ayrıca ilgili sağlık kuruluşları ve toplum temelli ekip üyeleri arasındaki güven duygusunu geliştirir. Model hastalar, aile bakım verenler ve bakım ekibi arasındaki etkili iletişimi kolaylaştırır. Bu çok disiplinli yaklaşım hastaların ve aile bakım verenlerin gereksinimlerine odaklanır. Bakım planını rehber olarak tanır (Naylor ve Cleave, 2010; Hirshman ve ark., 2015).

Hasta ve Bakım Verenlerle İlişki

Hastaların ve aile bakım verenlerin bakım planlarının geliştirilmesine ve uygulanmasına katılımları, modelin önemli bir bileşenidir (Levine ve ark., 2010; Naylor ve ark., 2013). GBH hasta ve aile bakım verenin amaçlarını gerçekleştirmek için uyumlu bakım planları tasarlamak, tedavilerin ve stratejilerin uygulanmasını kolaylaştırmak için hastalar ve aile bakım veren ile yakın işbirliği içerisinde çalışmaktadır. Hemşireler, hastalar ve aile bakım verenleri arasında etkileşimi kanıta dayalı araçlarla kapsamlı bir şekilde ölçmektedir. Modelin uygulama süreci, tüm bakım ekibinin katılımını, bakım planı ve hastaların sağlık hedeflerinin güncellenmesini kapsar. Ayrıca, hastaların ve aile bakım verenlerinin ekip toplantılarına katılması, bakım planlarının periyodik olarak güncellenmesi ve dokümantasyona dahil edilmesi önemlidir. Hemşireler, hastanın özerkliğine saygı duyarken aynı zamanda, hastaların sağlık ve yaşam kalitesini ilerletmek için gerekli sağlık davranışları kazanmasına yardımcı olur. Sonuçta, hastaların sürece katıldığı bakım planları hazırlanır, belgelenir, bakım ekibi üyeleri ile paylaşılır ve hastaların bakım ihtiyacı konusunda tüm ekibe bilgi verilir (Naylor ve ark., 2014; Hirshman ve ark., 2015).

Riskleri Değerlendirme ve Semptomları Yönetme

Hemşireler, hastalarla yapacakları ilk toplantıda, yaşlı veya erişkinlerde karşılaşılan semptomların (örneğin, ağrı, nefes darlığı, yorgunluk) yanı sıra kötü sonuçlara (ör. dil engelleri) yönelik risk faktörlerinin kapsamlı değerlendirmelerini yaparlar. Hastaları değerlendirmek için risk ve semptom odaklı geçerli ve güvenilir bir araç gereklidir. Kapsamlı değerlendirmeye dahil edilen ortak alanlar şunları içerir (Naylor ve ark., 2013).

- Genel sağlık durumu
- Bilişsel durum
- Zihinsel sağlık
- Fiziksel belirtiler
- Aile bakım verenlerin gereksinimleri
- Yüksek riskli ilaç veya çoklu ilaç kullanımıdır.

Ayrıca, hastanın tıbbi öyküsüne bağlı olarak oluşabilecek durumlar:

- Düşme riski
- Kontinans

- Beslenme problemleri
- Ağrı
- Cilt bütünlüğünde bozulma
- Madde bağımlılığı (Hirshman ve ark., 2015).

İnmeli hastaların tüm bu risk faktörlerini içermesi nedeniyle GBM kapsamına alınmasını gerektiren bir gruptur. Bu model ile inmeli hastaların risk faktörleri en aza indirilebilir, inmeli hastalara bakım veren aile bakım verenlerinin yeterlilikleri artırılabilir.

Öz Yönetim Eğitimi ve Öz Yönetimin Geliştirilmesi

Geçiş bakım hemşireleri hasta ve onların aile bakım verenleri ile birlikte çalışarak kötüye giden semptomları izleyip önlemine alır. Ayrıca, hastalara ve aile bakım verenlere hastalık komplikasyonlarının belirti ve bulgularını anlamaları için yardımcı olmaktadır. Geçiş Bakım Modeli'nde çalışan personelin komplikasyonları tanımlamaları istenmektedir (McCauley ve ark., 2006). Geçiş Bakım Hemşiresi, bireyselleştirilmiş hasta eğitim hedefleri ve kişiye özel öğrenme teknikleri doğrultusunda koçluk yapar. GBH farklı öğretme tekniklerinin de dahil olduğu öğretim stratejileri ve araçlarından faydalanmaktadır (Haynes ve ark., 2008; Ditewig ve ark., 2010).

Bireyselleştirilmiş hasta eğitim hedefleri ve kişiye özel öğrenme teknikleri doğrultusunda hemşireler çoklu öğretim stratejilerini ve araçlarını kullanır. Hasta ve ailede bakım verenin eğitimini planlar ve bu plan tüm ekip işbirliği içinde geliştirilir. Acil durumlar ile ilgili hasta ve aile bakım veren kişilere yönelik yazılı bir plan sunar. Kişisel kayıtlar periyodik olarak güncellenir. Sağlıklı davranışların teşvik edilmesi, bakım planında sürekli olarak ele alır. Egzersiz, beslenme ve bağışıklama gibi koruyucu bakım stratejilerini içerir (Nicholas ve Hall, 2011).

İlaç yönetimi, bakım planının ayrılmaz bir bileşenidir (Curry ve ark., 2005). Hastalar ve aile bakım verenleri ilaçların gerekliliği, yönetimi ve uygun ilaç kullanımını sağlamaları için teşvik etmek modelin merkezinde yer alır. Hemşireler, hasta ve aile bakım verenler ile reçeteli ve diğer ilaçları inceler. İlaçları hatırlatma veya doz ayarlama, ödeme bilgileri ortak hedefler arasında yer almaktadır. Duygusal sağlığın teşvik edilmesi, davranış değişikliği için gereklidir. Geçiş Bakım Hemşiresi toplum temelli kuruluşlar, akran grupları, aile ve arkadaşların bakıma dahil edilmesi gibi

duygusal destek kaynaklarını belirlemelidir. Duygusal destek kaynakları ile daha kolay davranış değişikliği yapılabilir. Geçiş Bakım Hemşiresi bu konuda ekip ile işbirliği yapar.

İşbirliği

Geçiş Bakım Hemşiresi, hastalar, aile bakım veren ve bakım ekibinin üyeleri arasındaki iletişimi sağlar. Çeşitli konularda örneğin hasta hedefleri ve bakım planlarını anlama gibi durumlarda ekip arasında paylaşım yapmayı desteklemek önemlidir (Örneğin; hemşire, sosyal hizmet uzmanı, eczacı, fizik tedavi uzmanı, uzman hemşire, kurumlarındaki personel ve toplum temelli örgütler ilgili tüm hekimler, birincil bakım uzmanları, hastane uzmanları). Elektronik sağlık kayıtları ve güvenli e-posta sistemleri de dahil olmak üzere sağlık bilgi teknolojisinin kullanımı işbirliğini büyük ölçüde kolaylaştırabilir. Bu çok disiplinli yaklaşım, bakım planlarını düzene sokar, hastalar ve aile bakım verenler arasında bakım hizmetini koordine etme yükünü azaltır ve daha iyi sonuçlara katkıda bulunur (Cowan ve ark., 2006).

İşbirliğinin Desteklenmesi

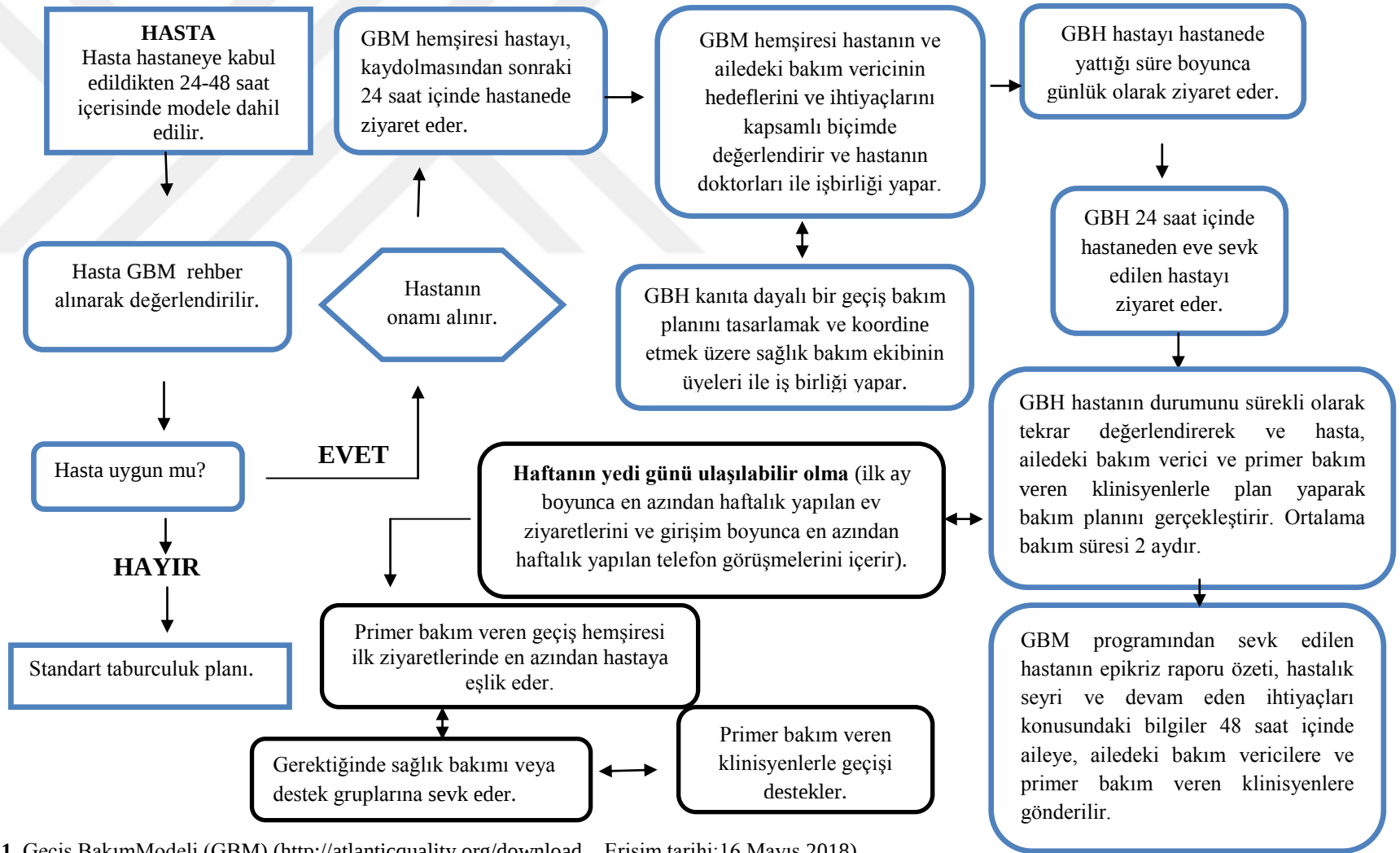
Geçiş Bakım Hemşiresi, toplum temelli personel üyeleri, hastane ve diğer ekip üyeleri arasında hasta ile ilgili önemli bilgilerin paylaşımını desteklemektedir (Hirschman ve ark., 2015). Ayrıca, hastaneye yatma öncesi alınan resmi ve resmi olmayan hizmetleri tanımlar ve eve geçiş sonrasında hizmetlerin sürdürülmesini sağlar. Geçiş Bakım Hemşiresi, güncel sağlık ve/veya toplum temelli hizmetlerin yönlendirilmesinden ve hastaların zamanında gereksinim duydukları hizmetlerden yararlanmalarından sorumludur. Hastalar, aile bakım verenleri ve diğer ekip üyeleri ile işbirliği içinde olmalıdır. Geçiş Bakım Hemşiresi palyatif veya hasta bakımı gibi ek hizmetlere gereksinim duyarlarsa bu hizmetleri tanımlayabilir ve bu programlara kesintisiz geçiş sağlamak için hastalarla birlikte çalışabilir (Naylor ve Cleave, 2010; Hirschman ve ark., 2015).

Sürekliliğin Desteklenmesi

GBM, hastaneye yatıştan itibaren başlayan ve eve taburculuk ile devam eden bakımın tüm evresinin koordine edilerek bu süreçte oluşabilecek sorunları önlemek üzere tasarlanmıştır. Her geçiş bakım hemşiresi hastaneye kabul aşamasında hasta, aile bakım veren ve bakım ekibi ile çalışmaya başlar; aynı hemşire, hasta taburcu edilmiş ise bakımı hasta evinde uygular. Geçiş Bakım Hemşiresi hasta hastaneye

kaldırıldıktan 24 saat içinde ve hastaneden taburcu olduktan sonraki 24 saat içinde ve en azından ilk ay boyunca haftalık, en az iki haftada bir hastaları ziyaret eder (Şekil 2.1). Ziyaretler sırasında, hemşireler hastalarla telefonla iletişim kurar ve haftanın yedi günü telefonla iletişim devam etmektedir. Genellikle, müdahalenin ilk aşaması ortalama iki aylık bir periyotta (1-3 ay arası) gerçekleşir (Naylor ve Cleave, 2010; Hirshman ve ark., 2015).





Şekil 2.1. Geçiş BakımModeli (GBM) (<http://atlanticquality.org/download>, Erişim tarihi:16 Mayıs 2018).

2.5. Geçiş Bakım Modeli'nin Uygulaması

2.5.1. Bireyselleştirilmiş Bakım

Geçiş Bakım Modeli'ne dahil edilen her hasta, test edilmiş protokole dayalı olarak bireysel bakım alır. Protokol standart olsa da, her hastaya özel hazırlanmış girişimler uygulanır. Örneğin, hasta ve GBH arasındaki telefon görüşmelerinin sayısı minimum görüşmeyi belirler, ancak telefon görüşmelerinin sayısı ve süresi, hastanın bireysel gereksinimlerine göre bu protokolü aşabilir (Naylor ve Sochalski, 2010).

2.5.2. Hastanede Hasta Ziyareti

Geçiş Bakım Hemşiresi, hasta hastaneden eve geçiş programına kayıt olduktan sonraki 24-48 saat içinde hastanın sağlık durumunun kapsamlı bir değerlendirmesini yapar ve hastanede kaldığı sürede hasta ve aile bakım verenleri için öncelikli gereksinim ve hizmetleri tanımlar. Bakım planını düzenlemek ve kapsamlı değerlendirme sonucu elde ettiği bilgileri hastanın belirlediği hedefler doğrultusunda hazırlamak hemşirenin görevleri arasındadır. GBH, hastanedeki tedaviyi ve bakımı takip etmek, planlamak ve koordine etmek için hekimler ve diğer sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği yapar (Naylor ve Keating, 2008; Naylor ve Cleave, 2010).

2.5.3. Hekim ile Hemşire Ziyareti

Geçiş Bakım Hemşiresi, ilk ziyaretini doktor ile birlikte yapar. Daha sonra doktor gerekirse GBH'ne eşlik eder. Hemşire, ilk ziyaret sırasında hastane ve birinci basamak sağlık hizmeti kurumları arasında bakım planıyla ilgili iletişimi sağlar. Örneğin, ziyaretten önce veya sırasında hastanın durumu ve bakım planına ilişkin kendi bakım planının yanı sıra, taburculuk ile ilgili yazılı bilgilerin bir kopyasını aileye verir. Aynı zamanda, hastanın ve ailenin, bakım veren kişilerin ziyaret amaçlarına ulaşmalarına yardımcı olur. Örneğin, hasta ve aile bakım verenlere doktor ziyaretinden önce bir soru listesi hazırlamasına yardımcı olur, böylece hasta ziyaret sırasında önemli soruların cevaplarını alabilir. Geçiş Bakım Hemşiresi, hekim ile hastanın iletişimini kolaylaştırır ve hastayı savunur. Hemşire, ziyaret sırasında doktorun verdiği programı hem hasta hem de aile bakım verenin anlamasına yardımcı olur (Naylor ve Cleave, 2010).

2.5.4. Evde Hasta Ziyareti

Geçiş Bakım Hemşiresi hastaneden taburcu olduktan 24-48 saat sonra evinde her bir hastayı ziyaret eder. İlk ziyaretten sonra, ilk ay boyunca haftada en az bir defa ev

ziyareti ve ardından program bitinceye kadar ayda iki ziyaret yapması beklenmektedir. Geçiş Bakım Hemşiresi, gerektiğinde hastayla telefonla görüşür ve gereksinim olmazsa her hafta aynı hastaya ziyaret planlamaz. Ayrıca, Pazartesi'den Cuma'ya kadar 24 saat, hafta sonları sabah 08:00 ile öğle arasında hastalar, aileleri ve bakım verenleri telefonla GBH'ne ulaşabilir, ulaşamadığı zamanda ise acil durumlar için hemşire tarafından oluşturulan plan uygulanır. Klinik kararlar alırken her hastanın kendine özgü koşullarına dayanarak, ziyaretlerin sayı ve niteliğinin belirlenmesine dikkat etmesi önemlidir (Naylor ve Cleave, 2010; Naylor ve Sochalski 2010).

2.5.5. Geçiş Bakım Modeli'nde Hastaneden Eve Geçiş

Geçiş Bakım Hemşiresi, hastanın hastanedeki Geçiş Bakım Modeli'ndeki programı sonlandırıldığında bakımın devamını sağlar. Primer bakım sağlayıcıları ile iletişim yoluyla hastanın öz yönetim hedeflerine bağlılığının devam ettirilmesini sağlamaktadır. Hemşire tarafından hazırlanan bir geçiş özeti, hastalara ve birinci basamak sağlık kuruluşlarına bildirilmelidir. Geçiş Bakım Modeli hastalarının hedefleri, bu hedefleri gerçekleştirmede kaydedilen ilerleme ve bakım planıyla devam eden veya çözülmemiş konular bu özette ele alınmaktadır. Bazı durumlarda, GBH hastanın ve ailenin, bakım veren kişinin kişisel gereksinimlerine dayalı olarak, palyatif bakıma ya da yatağa bağımlı hastalara, yardımcı araçlar ya da kronik vaka yönetimine erişimi kolaylaştırmalıdır (Naylor ve Cleave, 2010; Naylor ve Sochalski, 2010).

2.5.6. Ziyaretlerin Planlanması

Ev ziyaretleri modelin vazgeçilmez bir parçasıdır. GBH, bunun farkında olmalıdır. Hastaların ve ailenin bakım verenleri hastanın komplikasyonları nasıl yönettiğini ve durumun hastanın sağlığı açısından sorunlu olduğu durumlarda ise çevreyi düzenleme önerileri verebilir (ör. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bir hastanın evinde küf; alerjiye neden olabilecek bitkiler; stresli yaşam koşulları) ve hemşire tarafından hastanın günlük yaşam aktivitelerini tamamlamadaki güvenliği (banyo yapma, yürüyüş, tuvalet vb.) ve günlük yaşamın enstrümantal faaliyetleri (alışveriş, ev işi vb.) değerlendirilmelidir (Naylor ve Keating, 2008).

Geçiş Bakım Modeli kapsamında aşağıdaki ziyaret programı uygulanmaktadır.

Ziyaret edilen hastalar:

- Kayıt işleminden sonraki 24 saat içinde hastanede,

- Hastanede yattığı sürece her gün,
- Evde hastaneden taburcu olduktan 24-48 saat sonra bir kez,
- En azından ilk ay boyunca haftalık ev ziyareti (en az iki kez veya ayda bir),
- Hastaların ve bakım verenlerin gereksinim ve kaygılarına cevap verebilmek için GBH'nin telefonla günlük erişilebilmesi gerekmektedir.
- Hasta ve bakım verenlere doktorların telefon numaraları, hastanelerin iletişim bilgileri, ambulans hizmetleri ve acil servis ile ilgili bilgilerin yazılı olarak verilmesi gerekmektedir.
- Hastaya ev ziyareti yapılmadığında hafta boyunca hasta ile telefonla iletişim kurulması gerekmektedir. Telefonla iletişim kurulmasının amacı, hastanın değişen sağlık durumunun izlenmesi ve kazandığı becerilerinin güçlendirilmesidir.
- GBH, hasta ile ilgili bakım planı yaparken hastanın iyileşmesi ile ilgili minimum hedefler beklerken, GBH'nin hasta ve bakım verenlerin ziyaretleri ve telefon görüşmeleri ile ilgili sıklığını (sayı) ve yoğunluğunu (uzunluğu) belirlemek için klinik kararları kullanması gerekmektedir. Hasta ve bakım verenin gereksinimlerini belirlemek ve hasta ile ilgili stratejileri tanımlamak için hastaların hekimlerine danışılmalıdır. Çok disiplinli ekip üyeleri ile karmaşık vakaları tartışırken, hastalar bu hazırlığa dahil edilebilmelidir (<http://atlanticquality.org>, Erişim tarihi: 10 Nisan 2017).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma, randomize kontrollü deneysel bir araştırmadır (ClinicalTrials.gov. NCT03708835).

Araştırmanın Hipotezleri

Bakım Veren Yeterliliği;

1. **H_{1a}**: Girişim grubundaki bakım verenlerin bakım verme yeterlilik algısı kontrol grubuna göre daha yüksek olacaktır.
2. **H_{1b}**: Girişim grubundaki bakım verenlerin bakıma hazır oluşlukları kontrol grubuna göre daha yüksek olacaktır.
3. **H_{1c}**: Girişim grubundaki bakım verenlerin elektronik sağlık okuryazarlık düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksek olacaktır.
4. **H_{1d}**: Girişim grubundaki bakım verenlerin tükenmişlik düzeyi kontrol grubuna göre daha düşük olacaktır.

Hasta Sonuçları;

1. **H_{1e}**: Girişim grubundaki inmeli hastaların rutinler dışında hastaneye geri dönüş oranları kontrol grubuna göre daha az olacaktır.
2. **H_{1f}**: Girişim grubundaki inmeli hastaların bası yarası gelişme oranı kontrol grubuna göre daha az olacaktır.

Süreç Sonuçları;

1. **H_{1g}**: Girişim grubundaki inmeli hastalar evde sağlık hizmetlerinden daha erken hizmet alacaktır.

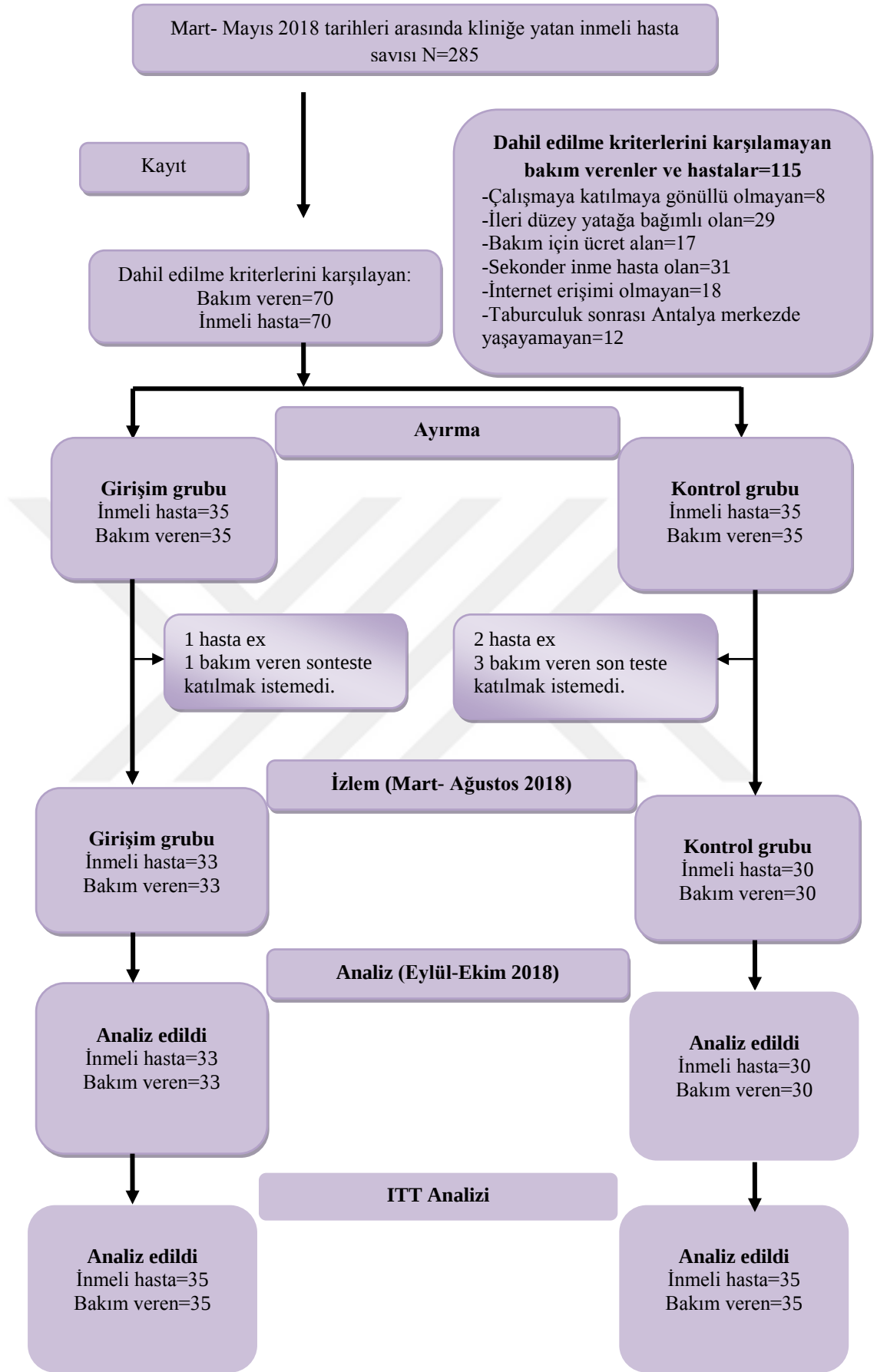
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Mart-Mayıs 2018 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği'ne inme nedeniyle yatış yapan hastalar ve bakım verenleri çalışmaya dahil edilmiştir. Her bir hasta ve bakım vereni 3 ay izlendiği için izlemler Mart-Ağustos 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Hastanede başlayan süreç, taburculuk aşamasına gelen hastaların evde ziyareti ve telefonla iletişim ile devam etmiştir. Taburcu edilen hastalara araştırmacı tarafından

İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Birimi ile birlikte (bakım veren ya da araştırmacı tarafından aranarak) bir kez ev ziyareti yapılmıştır. Ev ziyareti taburculuktan sonraki 5 iş günü içinde gerçekleşmiştir. Bakım verenlere hastanede başlayarak izlem süresince devam eden web destekli eğitim verilmiştir. Araştırmanın *yeri*; hastanın geçiş sürecinde bulunduğu hastane ve ev ortamı, *zamanı*; hastanın hastanede en az üç kez ziyareti, taburculuktan sonra 12 hafta izlem olmak üzere her bir hasta ve yakını için 13-20 haftalık süreyi kapsamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Sayısı

Araştırmanın evrenini, çalışmanın yapılması planlanan hastanenin nöroloji kliniğine inme tanısı ile yatan hastalar ve bakım verenleri oluşturmuştur. Bu çalışmada, örneklem büyüklüğü G power programı ile hesaplanmıştır. Hesaplama için, benzer bir çalışmada (King ve ark., 2012) kullanılan ''Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği'' temel alınmış ve etki büyüklüğü 0.58 bulunmuştur. Hesaplama programında, %80 güç, 0.05 hata payı alındığında her bir grup için 26 olgu (hasta ve bakım veren çifti) belirlenmiştir. Girişim ve izlem sürecinde kayıplar yaşanabileceği dikkate alınarak her bir grupta 35 kişi (girişim grubu 35 hasta-35 bakım veren, kontrol grubu 35 hasta-35 bakım veren) alınmıştır. İzlem sonrasında girişim grubu 33 hasta-33 bakım veren, kontrol grubu 30 hasta-30 bakım veren ile tamamlanmıştır (Şekil 3.1).



Şekil 3.1. Araştırmanın CONSORT akış şeması

3.4. Randomizasyon

Çalışmaya alınan inmeli hastalar ve bakım verenleri evrenden rastlantısal seçilmesi, girişim ve kontrol grubunun yansız olarak atanması amacıyla basit rastgele randomizasyon yöntemi kullanılmıştır. Randomizasyon bilgisayar ortamında <https://www.randomizer.org/> web sitesi kullanılarak belirlenmiştir. Elde edilen sıraya göre girişim ve kontrol grubundaki inmeli hasta ve bakım veren belirlenmiştir. Girişim grubu sıra numarası: (1,2,3,4,12,13,14,16,19,20,21,25,29,30,32, 33,35,36,38, 39,40,41,42,43,47,48,49,58,59,65,66,67,68,69,70) ve kontrol grubu sıra numarası:(5,6,7,8,9,10,11,15,17,18,22,23,24,26,27,28,31,34,37,44,45,46,50,51,52,53 54, 55,56,57,60,61,62,63,64.



Tablo 3.1. Bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (Per protokol analizine göre)

Girişim Grubu (N=33)			Kontrol Grubu (N=30)			
Sosyodemografik Özellikler	n	%	n	%	χ^2	P
Cinsiyet						
Kadın	27	81.8	27	90.0	0.321	0.571
Erkek	6	18.2	3	10.0		
Eğitim Durumu						
İlkokul	8	24.2	9	30.0	0.367	0.947
Ortaokul	3	9.1	3	10.0		
Lise	9	27.3	8	26.7		
Üniversite ve üzeri	13	39.4	10	33.3		
Medeni Durum						
Evli	18	54.5	18	60.0	0.191	0.662
Bekar	15	45.5	12	40.0		
Çalışma Durumu						
Evet	17	51.5	17	56.7	0.191	0.909
Hayır	15	45.5	12	40.0		
Emekli	1	3.0	1	3.3		
Hasta Bakımı Deneyimi						
Var	5	15.2	15	50.0	8.807	0.003*
Yok	28	84.8	15	50.0		
Yakınlık Derecesi						
Anne	9	27.3	9	30.0	1.359	0.968
Baba	10	30.3	8	26.7		
Eş	7	21.2	6	20.0		
Akraba	1	3.0	1	3.3		
Kayınpeder	1	3.0	0	0		
Torun	3	9.1	3	10.0		
Gelin	2	6.1	3	10.0		
Hasta dışında bakmakla hükümlü olduğu kişi						
Var	14	42.4	13	43.3	0.005	0.942
Yok	19	57.6	17	56.7		
Bakım verilen süre (saat)						
1-4	6	18.2	3	10.0	4.383	0.357
5-8	12	36.4	7	23.3		
9-12	4	12.1	6	20.0		
13-16	1	3.3	4	13.3		
17-24	10	30.3	10	33.3		
Yaş	N	Ortalama	Standart Sapma	Min-Max	t	P
Girişim Grubu	33	35.48	10.77	19-67	-0.213	0.832
Kontrol Grubu	30	36.07	10.88	16-58		

* p<0.05

Tablo 3.1’de bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri gösterilmiştir. Girişim grubunun %81.8’i (n=27), kontrol grubunun %90.0’ı (n=27) kadındır. Girişim ve kontrol grubunun sırasıyla %39.4’ü (n=13), %33.3’ü (n=10) üniversite ve üzeri mezunudur. Girişim grubunun %54.5’i (n=17), kontrol grubunun %60’ı (n=18)

evlidir. Girişim grubunun %51.5'i (n=17) ve kontrol grubunun %56.7'si (n=18) çalışmaktadır. Yaş ortalaması girişim grubunda 35.48 ± 10.77 , kontrol grubunda ise 36.07 ± 10.88 'dir. Girişim ve kontrol grubunda yer alan bakım verenler arasında sosyodemografik özellikler bakımından hasta bakım deneyimi ($p=0.003$) dışında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Araştırmaya alınma kriterleri

İnmeli hastalar için;

- Antalya il merkez ilçelerinde yaşıyor olması (Kepez, Muratpaşa, Konyaaltı, Döşemealtı ve Aksu İlçeleri),
- İlk kez inme geçirmiş olması,
- Modifiye Rankin Skalası'nın 3 ve 4 düzeyinde olması (EK-1)*,
- Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği'ne göre en az yarı bağımlı olması (EK-2)**
- LACE İndeksi'ne göre 10 puanı ve üzeri olmasıdır (EK-3)***.

Bakım verenler için;

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması,
- Hastanın bakımından primer sorumlu (girişim süresince hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getiren) olması,
- Bakım verenin inme geçiren bir hastaya ilk kez bakıyor olması,
- Bakım verenin internet erişimi olması,
- Ailede en az birisinin internet kullanıyor olmasıdır.

Dışlama Kriterleri

- Hastanın inme dışı fonksiyonel bağımlılık öyküsü olması,
- Bakım verenin internet erişimi olmaması ve/veya interneti kullanamaması,
- Bakımın bir ücret karşılığında yapılıyor olması,
- Bakımın aileden olmayan biri tarafından verilmesi,
- Hasta ve bakım verenin aynı ev, apartman veya yakın binada yaşamamasıdır.

Çıkarılma Kriterleri

- Girişim süresince bakım verenin değişmesi,
- Taburculuk sonrası ilk hafta iletişim kurulamamasıdır.

***Modifiye Rankin Skalası (mRS):** Hastaların yatağa bağımlılık düzeylerini belirlemek amacı ile kullanılmıştır. Bu skala altı maddeden oluşmaktadır. İnmeden sonra gelişen özürllük 0 ile 5 arasında puanlanmaktadır. Hiçbir bulgunun olmaması "0", veya hiç semptom yok, "1" belirgin defisit yok, "2" hafif defisit, "3" orta derece defisit, "4" ağır defisit ve "5" çok ağır defisiti ifade etmektedir. mRS puanının iki ve altında olması iyi son durum, ikinin üzerinde olması da kötü son durum olarak belirtilmiştir (Yalın, 2011) (EK-1).

****Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ):** Hastaların fonksiyonel durumlarını değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Bireylerin fonksiyonel durumlarını değerlendirmek amacıyla 1986 yılında geliştirilen ölçek, Küçükdeveci ve Yavuzer tarafından (2001) Türkçe'ye uyarlanmıştır. Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği motor beceriler (13 madde) ve bilişsel beceriler (5 madde) olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Bölümlerin her biri kendi içinde kendine bakım, sfinkter kontrolü, mobilite ve transfer, hareket edebilme ve yürüme, iletişim ve sosyal algılama olmak üzere 6 ana madde ve 18 alt boyut içermektedir. Her bir maddeye 1-7 arası puan verilmektedir. Hastaların aktivitelere ilişkin bağımsızlık durumu; 1-2 puan bağımlı, 3-5 puan yarı bağımlı, 6-7 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 18, en yüksek puan ise 126'dır (Küçükdeveci ark., 2001, EK-2).

*****Hastaneye Geri Dönüş İndeksi (LACE Index):** LACE İndeksi araştırmaya alınma kriterleri kısmında kullanılmıştır. İndeks, hastaneden taburcu olduktan sonra 30 gün içinde ölüm veya yeniden planlanmamış hastaneye geri dönüş riskini tanımlamak için kullanılır. Van Walraven ve arkadaşları tarafından (2010) yılında geliştirilmiştir. İndeks sisteme gerekli bilgiler girildikten sonra otomatik olarak hesaplanmaktadır. Sonuç yüzde ile gösterilmektedir.

"L" hastanede kalış süresi

"A" Hasta acil servis yoluyla mı hastaneye yatırıldı?

"C" Hastanın ek bir hastalığı var mı?

"E" Acil servis kullanımını (Hastaneye yatıştan önceki altı ay içinde hasta kaç kez acil servise geldiğini (son yatıştan hemen önce acil servise gelmesi haricinde) ifade

etmektedir. İndeksin puanları 0-4 puan düşük; 5 - 9 = orta; ve ≥ 10 = tekrar kabul edilme riski yüksek olarak belirlenmiştir (EK-3),(Van Walraven ve ark; 2010).

3.5.Araştırmanın Kavramsal, Kuramsal, Deneysel Yapısı

GBM; Yapı, Süreç ve Sonuç olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Her bölüm kendi içinde alt bölüme ayrılmaktadır. *Yapı* bölümü; geçiş türü, girişim türü, alıcı ve kolaylaştırıcılardan oluşmaktadır. *Süreç* bölümü; anahtar stratejiler, iletişim yöntemi ve yoğunluk ile karmaşıklıktan oluşmaktadır. *Sonuç* bölümü ölçümden oluşmaktadır (Prvu Better et al., 2012). Çalışmanın kavramsal, kuramsal ve deneysel yapısı Şekil 3.2’de gösterilmiş, aşağıda ise açıklanmıştır.

3.5.1.Geçiş Bakım Modeli Yapısının Uygulanması

Geçiş türü: Hastaneden eve geçişi göstermektedir. Çalışmamızda hastalar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği'nden eve taburcu olmaktadır.

Girişim türü: Uygulanan girişim türünü belirtmektedir. Çalışmamızda uygulanan girişim türleri; hastanede hasta ve bakım veren eğitimi, ev ziyareti, telefonla iletişim ve web destekli eğitimidir. Hastanede başlayan hasta ve bakım veren eğitimi, evde hastalık yönetimi, evde sağlık, evde bakım birimlerine (yerel yönetimlerin evde bakım hizmetlerine) ulaşım ve tele-hemşirelikten (web destekli eğitim ve telefonla iletişim) oluşmaktadır.

Alıcı: Bakımdan yararlananları ifade etmektedir. Hastalar, bakım verenler ve hastalık nedeni ile iletişim halindeki doktoru kapsamaktadır. Çalışmamızda hasta ve bakım verenler alıcıdır.

Kolaylaştırıcı: Modele destek veren sağlık profesyonelleri hemşire, uzman hemşire, sosyal çalışmacı, iş terapisti, fizyoterapist, hekim ve multidisipliner ekipten oluşmaktadır. Çalışmamızdaki kolaylaştırıcılar; araştırmacı, aile hekimi-aile sağlığı elemanı, evde sağlık ekibi ve evde bakım birimini (yerel yönetimler) kapsamaktadır.

3.5.2. Geçiş Bakım Modeli Sürecinin Uygulanması

Anahtar stratejiler: Modelin gerçekleştirilmesinde kullanılan yöntem türlerini içermektedir. Eğitim, danışmanlık, izlem, hedef oluşturma, bakım iş birliği, risk faktörlerinin yönetimini kapsamaktadır. Çalışmada modelde geçen tüm yöntem türleri rehber alınmıştır.

İletişim yöntemi: Hasta ile iletişimi sağlamak için kullanılan uygun araçları tanımlamaktadır. Çalışmamızda iletişim yöntemleri; ev ziyareti üzerinden iletişim, hastanede görüşme, telefonla iletişim ve web destekli eğitimi içermektedir.

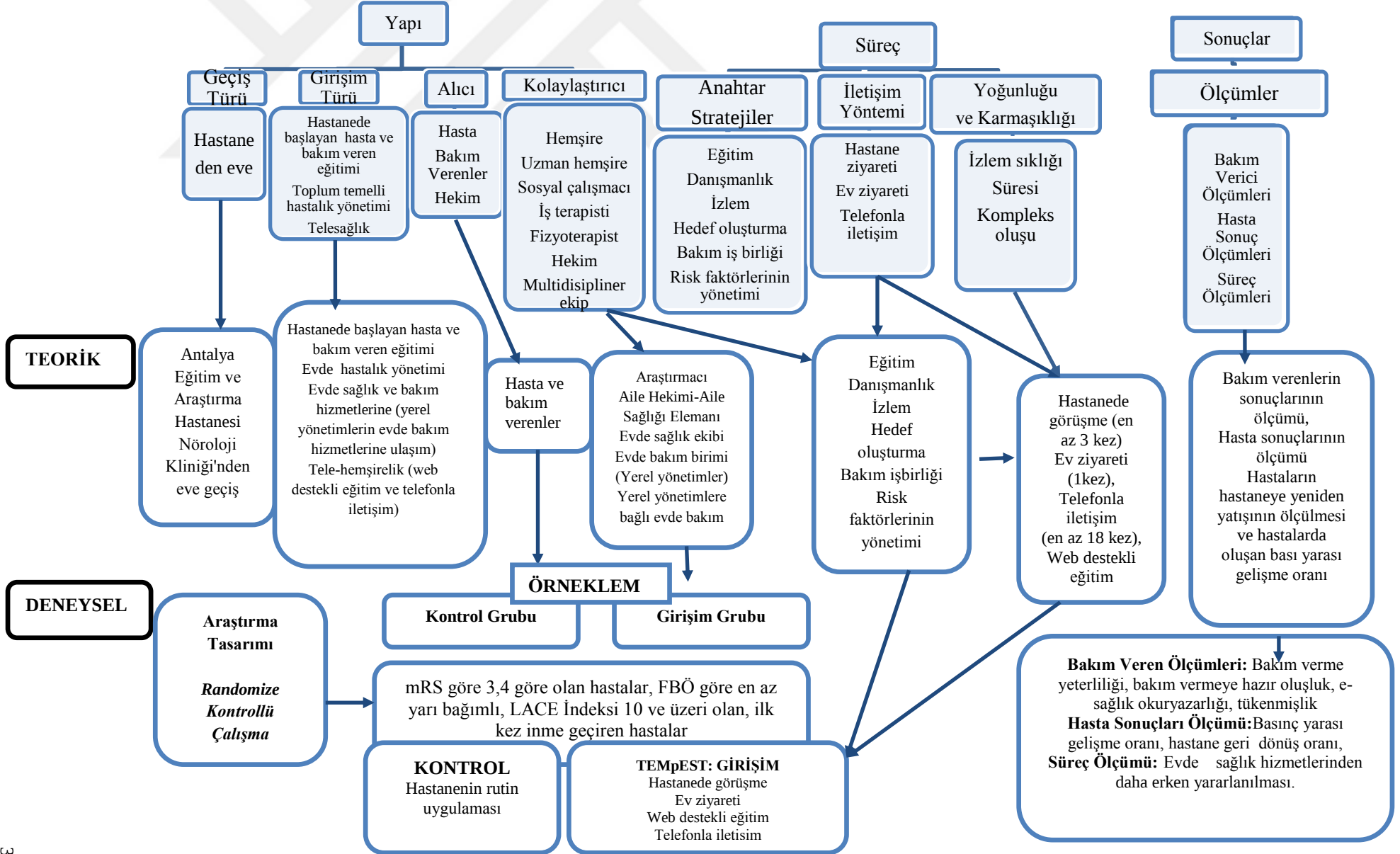
Yoğunluk ve karmaşıklığı: Modelin uygulama süresinin sıklığını belirlemektedir. Modelin kompleks oluşu, multidisipliner yaklaşımı, birçok uygulamayı kapsamayı, izlem sıklığı ve süresini ifade etmektedir. Hastanede başlayan bireysel eğitim için hasta ile en az üç kez görüşme yapılmıştır. Ziyaretin ilki hasta hastaneye yatış yaptıktan sonraki 24-48 saat içinde gerçekleşmiştir. Hasta taburcu olduktan sonra gidilebilecek en kısa süre (5 iş günü) içinde bir kez ev ziyareti yapılmıştır. Taburcu olduktan sonraki ilk hafta her gün bakım verenler belirli saatte aranmıştır. Daha sonraki ikinci ve on ikinci haftalar arasında bakım verenler haftada bir kez belirli saatte aranmıştır. Ayrıca, danışmanlık ve bakım verenlerin eğitimi için 7/24 web destekli eğitim yapılmıştır (Şekil 3.11).

3.5.3. Geçiş Bakım Modeli Sürecinin Sonuçlarının Ölçümü

Ölçümler: Modelin değerlendirilebilmesi bakım veren ve hasta sonuçlarının ölçümleri ile süreç ölçümlerinden oluşmaktadır.

1. **Bakım veren ölçümleri:** Bakım Verme Yeterliliği Ölçeği (EK-4), Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği (EK-5), E-Sağlık Okuryazarlık Ölçeği (EK-6), ve Maslach Tükenmişlik Envanteri Genel Formu (EK-7) ile değerlendirilmiştir.
2. **Hasta sonuçlarının ölçümü:** İnmeli hastaların bası yarası gelişme ve hastaneye geri dönüş oranları (EK-8) ile değerlendirilmiştir.
3. **Süreç ölçümü:** Girişim grubundaki hastaların evde sağlık hizmeti alması ve ziyaret edilme zamanı ile ölçülmüştür (Şekil 3.2).

KAVRAMSAL



Şekil 3.2: Araştırmanın kavramsal-kuramsal-deneysel yapısı (C-T-E: Conceptual-Theoretical-Empirical)

3.6. Araştırmanın Girişim Protokolü

Araştırmada dört temel girişimin bileşiminden oluşan ve kısa ismi TEMpEST olan (Transitional Care Model Stroke Turkey) bir protokol izlenmiştir.



Şekil 3.3. TEMpEST protokolü

3.7. Hastanede Görüşme



GBM'nin süreç aşamasının (Şekil 3.2) iletişim yöntemlerinden biri hastanede ziyaretir. Modelde belirtildiği gibi hastalar ve bakım verenler ile hastanede en az üç kez görüşme yapıldı (Şekil-3.3). Görüşme, hasta ve bakım verenlerin uygun olduğu saatlerde (09.00-18.00) yapılmıştır. Bakım verenler ile görüşme süresi 15-30 dk olup, bakım verenler ile gereksinim halinde daha uzun süre görüşme yapılmıştır.

3.7.1. Hastanede İlk Görüşme

Örneklem kriterlerini sağlayan hastalar ve bakım verenleri ile yatışı takiben 24-48 saat içinde Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği'nde görüşme gerçekleştirilmiştir. İlk görüşme sırasında bakım verenlere öntest uygulanmıştır. Bakım verenlere öntestte uygulanan formlar, Bakım Veren Tanımlama Formu (EK-9, EK-10), Bakım Verme Yeterliliği Ölçeği (BVYÖ), (EK-4), Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği (BVHOÖ) (EK-5), E-sağlık Okuryazarlık Ölçeği (ESOYÖ) (EK-6), MTE-GF, (EK-7)'dir. Görüşmede web sayfası, inme nedir, risk faktörleri, inmenin semptomları, inmeden birincil, ikincil, üçüncül koruma ve ilaç yönetimi ile ilgili bakım verenlere bilgi verilmiştir. Ayrıca, bakım verenlerin soruları cevaplanmıştır (hastayakini.net, Erişim tarihi:17.Mart 2018).

3.7.2. Hastanede İkinci Görüşme

İkinci görüşme yatıştan sonraki gün gerçekleştirildi. İlk görüşmede belirlenen gereksinimler ile beslenme, boşaltım, ağrı, hastanın cilt bütünlüğü gibi konulardan

bakım verenlerin gereksinim duyduğu konular ve web sayfasının kullanımı ele alınmıştır.

3.7.3. Hastanede Üçüncü ve Sonraki Görüşmeler

Üçüncü ve sonraki görüşmeler hasta hastaneden taburcu oluncaya kadar her gün gerçekleştirilmiştir. Bakım verenlerin gereksinim duyabileceği tüm bilgiler web sayfasında yer almaktadır. Web sayfası cep telefonuna uyumludur. Bakım verenlerin anlamasını kolaylaştırmak için eğitim materyalleri resimli ve soru cevap şeklinde hazırlanmıştır. Klinikte inmeli hastaların eğitimi için sağlık personelinin kullandığı bilgisayarlar, araştırmacının ya da bakım verenin telefonu kullanılmıştır. Ayrıca, web sayfasının kullanımı bakım verenlere klinikte öğretilmiştir. Taburculuk aşamasına gelmiş bakım verenlerin ihtiyaç duyduğu konuları belirlemek için inme sonrası bakım veren bilgi gereksinimini belirleme listesi formu uygulanmıştır (EK-20).

3.7.4. Ev Ziyareti

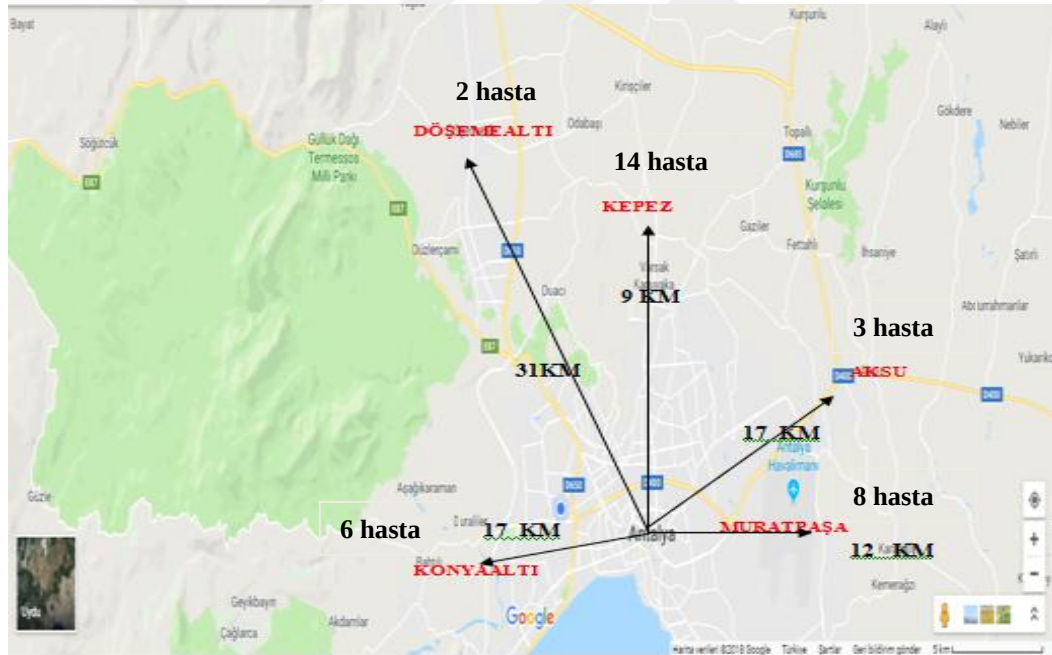


GBM'nin Süreç Bölümünde yer alan iletişim türlerinden biri ev ziyaretidir. Ev ziyareti modelin önemli bir parçasıdır (Şekil 3.3). Taburculuktan sonraki 5 iş günü içinde koordinasyon merkezi ile birlikte veya araştırmacı tarafından ev ziyareti yapılmıştır. Ev ziyareti planlaması iki şekilde gerçekleştirilmiştir. Ev ziyaretleri İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi Birimi aranarak (bakım veren ya da araştırmacı) birlikte veya araştırmacı tarafından tek başına gerçekleştirilmiştir. Ev ziyaretinin iki amacı vardır. Birincisi, ev ortamının hasta bakımı açısından değerlendirilmesi, diğeri ise bakım verenlerin ev ortamında yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi ve sorularının cevaplanmasıdır. Ev ziyareti sırasında araştırmacı tarafından Düşme Yönünden Ev-içi Çevre Özellikleri Değerlendirme Formu (DEÇÖDF)* doldurulmuş (EK-11) ve bakım verenlere ev içi düzenleme ile ilgili bilgi verilmiştir. Ayrıca, ziyaret sırasında bakım verenlerle hastasının bakımı ile ilgili ihtiyaç duyulan konular konuşuldu ve evde sağlık hizmetleri personeli rutin programını uygulandı.

*Düşme Yönünden Ev-içi Çevre Özellikleri Değerlendirme Formu (DEÇÖDF)

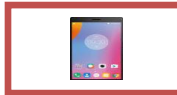
DEÇÖDF Akın ve Lök tarafından 2012 yılında geliştirilmiştir. Evin tüm bölümlerini içeren altı alan (oturma odası, mutfak, yatak odası, banyo/tuvalet, merdiven ve koridor) ve toplam 39 sorudan oluşmaktadır. Soruların dağılımı; oturma odası 5,

mutfak 5, yatak odası 7, banyo/tuvalet 10, merdivenler 9 ve koridor 3 soru şeklindedir. Gözlemci tarafından 2.5.7.9.12.17.24.26.33.34. ve 35. sorular sabit bir ölçme aracı (metre) kullanılarak doldurulmaktadır. Ampulün kaç watt olduğu ile ilgili 4.16.27.36. ve 39. sorular mutlaka kontrol edilerek değerlendirilmektedir. Formun sonunda açık uçlu bir soru ile gözlemcinin kişisel görüşü sorgulanmakta ve bu değerlendirme puanlamaya dâhil edilmemektedir. Her bir soru; Evet 0, Hayır 1, gözlenmesi planlanan alan ev içinde yer almıyorsa GY (gözlem yapılmadı) 0 olarak puanlanmaktadır. Her bir alt bölüm için de aynı kural geçerlidir. Formdan 0 ve 39 arasında puan alınmaktadır. Yüksek puanlar düşme yönünden riskin yüksek olduğunu göstermektedir ve “0” puan riskin olmadığı anlamına gelmektedir (Akın ve Lök, 2012, EK-11). Girişim grubunda yapılan ev içi değerlendirme sonuçlarına (EK-12) göre risk oluşturan durumlar hakkında alınacak önlemler açıklanmış ve web sitesine güvenliğin sağlanması bölümünde ev içi düzenlemeleri okumaları önerilmiştir.



Şekil 3.4. Ev ziyaretinin yapıldığı bölgeler

3.7.5. Telefonla İletişim



GBM’de geçen iletişim türlerinden bir diğeri telefonla (EK-13) iletişimdir (Şekil-3.3). Çalışmada telefonla iletişim taburculuktan sonra başlamıştır. Hasta taburcu olduktan sonraki ilk hafta her gün, ikinci ve on ikinci haftalar arasında haftada bir belirli saatte bakım verenler araştırmacı tarafından girişim süresince en az 18 kez

aranmıştır (EK-14). Ayrıca, gereksinim duyulduğunda telefonla iletişim sürekli devam etti. Arama saatine bakım verenler karar verdi. Telefonla görüşme için yeni bir telefon hattı alındı. Uygulama süresince (üç ay boyunca) bakım verenler ile gereksinim duyduğu zaman haftanın yedi günü sesli arama, sms, whatsapp ile iletişim sağlandı. Telefon görüşmesinde hastanın durumunu değerlendirmek için bir görüşme formu kullanılmıştır (EK-13). Araştırmacıya ulaşılamayan saatlerde acil durumda yapılması gerekenler bakım verenlere anlatıldı. Telefonla iletişim 09.00 ve 23.00 saatleri arasında devam etti. Her görüşmede hastada acil müdahale gerektiren ve hastada o zamana kadar görülmeyen belirtilerin aniden ortaya çıkması (kol, bacak ve yüzde his kaybı, ani bilinç kaybı, konuşmada zorluk, ani görme kaybı, şiddetli baş ağrısı), önerilen günlük egzersizlerin yapılıp yapılmadığı, basınç bölgelerinin hergün kontrolünün yapılıp yapılmadığı, hastaya yatak içinde kaç kez pozisyon değişikliği yapıldığı, beslenme (yutma güçlüğü), yemek yeme alışkanlığı, solunum (öksürük, nefes darlığı), boşaltım (kabızlık, ishal) alanlarında bir değişim olup olmadığı, hastanın ağrısı ve düşme öyküsü sorgulandı (EK-13).

Telefon görüşmelerinde en sık sorulan sorular; poliklinik randevu saatleri, hastanede yer alan polikliniklerin yerleri, ilaçların kullanımı, rapor alma yöntemleri, rehabilitasyon merkezleri, hastalık hakkında bilgi, hastanın diğer sağlık sorunları hakkında bilgilendirme, hastanın iyileşme süreci ve bakım verenlerin sağlık sorunlarıdır. Telefon görüşmelerine verilen yanıtlar; hastalar nöroloji kliniğinden taburcu olurken inme polikliniğinden randevusu planlanmaktadır ancak; bazı bakım verenler randevuyu unutmaktadır ve nereye gideceklerini bilmemektedirler. Araştırmacı tarafından randevunun önemi telefon görüşmelerinde vurgulandı. İnme sonrası rehabilitasyon için randevu süreleri çok uzun olmaktadır. Fizik tedavi bölümünden öğretim üyesi ve asistanlarından bilgi alınıp işlemlerin aşamaları hakkında bakım verenlere telefonda bilgi verildi. Hastanın kullandığı ilaçlar ve hastalık süreci ile ilgili bilgi için bakım verenler web sitesine yönlendirildi. Evde bakım parası, engelli ve çalışamaz raporu almak çok uzun işlem süreçlerinden oluşmaktadır. Telefon görüşmeleri sırasında rapor alma ile ilgili bilgileri okumaları için bakım verenler web sitesine yönlendirildi. İşlemleri kolaylaştırmak için rapor merkezi ile görüşülüp bakım verenlere bilgi verildi. Bakım verenler hem kendileri hemde hastanın inme dışındaki sağlık sorunları için uygun uzman hekime gitmeleri konusunda yönlendirildi.

3.7.6. Web Destekli Eğitim



GBM’de yer alan Süreç Bölümünün Yoğunluk ve Karmaşıklık kısmında yer almaktadır. Hazırlanan web sitesi hastanede bakım verenler tarafından kullanılmıştır. Taburculuktan itibaren üç ay boyunca inmeli hastaların aile bireyleri/ bakım verenleri için hazırlanan web sitesine 7/24 ulaşım sağlandı (Şekil 3.3). Bu amaçla daha önce aynı araştırmacılar tarafından oluşturulmuş www.hastayakini.net. isimli web sitesi (Demir ve Gözüm, 2015) içerik, bilgi, teknik yönden revize edildikten sonra Quality of Criteria for Consumer Health Information (DISCERN) ölçüm aracı ile Nöroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi (2), İç Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi (2), Halk Sağlığı Hemşireliği Öğretim Üyesi (1), Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Elemanı (1), Nöroloji Klinik Hemşiresi (3) ve Sosyal Hizmet Uzmanı (1) olmak üzere toplam 10 uzman tarafından değerlendirilmiştir. Uzmanlar tarafından gelen öneriler doğrultusunda web sitesi içeriğinde düzenlemeler yapılmıştır. Web sitesinin tasarımı için bilgisayar firmasından hizmet alınmıştır. Web sayfasında bakım verenlerin inmeli hastanın evde bakımında yararlanacağı bilgilere yer verilmiştir. Bu bilgiler; hastam ne zaman iyileşir, yatak yaralarının önlenmesi, ağrı yönetimi, boşaltım problemleri, solunum problemleri, yutma güçlüğü, bulantı ve kusma, uykusuzluk problemleri, güvenliğin sağlanması, vücut hijyeni, inmeli hastalarda iletişim, evde bakım ve rapor çıkartma ile ilgili sıkça sorulan sorulardan oluşmuştur. Bakım verenlere yardımcı olacağı düşüncesiyle solunum egzersizi, postural drenaj, ağız bakımı, sonda bakımı, yatak içi egzersizler, perine bakımı gibi bölümler için videolar eklenmiştir. Hazırlanan ağız bakımı, perine bakımı, sonda bakımı videolarında cansız manken, diğerlerinde ise canlı manken kullanılmıştır (Tablo 3.4). Ayrıca, bakım verenler için kullanımı yararlı olan web sitelerine link verilmiştir.

Web sitesinde kullanılan resimler grafiker tarafından her konu başlığına uygun olarak çizilmiştir. Web sitesine kullanıcı adı ve şifre ile girilmiştir (Şekil 3.5). Bakım verenlerin web sitesini kaç kez ve hangi günler kullandığı, web sitesinde hangi bölümlerde ne kadar süre kaldığı sistem tarafından kayıt edilmektedir. Web sayfasında yer alan başlıklar; taburculuk süreci, inme hastalığı, bakım için yararlı rehber, hasta yakını olmak, acil durumlar, soru-cevap ve iletişimdir (Şekil 3.6).

***DISCERN Ölçüm Aracı (Quality of Criteria for Consumer Health Information)**

Gökdoğan (2003) tarafından Türkçeye uyarlanan ölçüm aracı, Charnock ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilmiştir. Ölçüm aracı, eğitim materyalinin içeriğinin ve kalitesinin değerlendirilmesi amacı ile üç bölüm ve 16 sorudan oluşmaktadır. İlk sekiz soru materyalin güvenilirliğini, sonraki yedi soru tedavi/bakım seçenekleri konusunda sunulan bilginin kalitesini ölçmekte ve son soru materyalin genel değerlendirilmesi sorgulanmaktadır.

Likert tipi olan ölçüm aracı, "1" Hayır "3" Kısmen "5" Evet şeklinde puanlanmakta olup, "5" materyalin uygunluğuna "1" materyalin uygunsuzluğuna ifade etmektedir. Ölçüm aracı ilk 15 soru için 15-75 aralığında bir puan almaktadır. Genel değerlendirmeyi veren 16. madde ayrı değerlendirilmektedir. Değerlendirmede puan arttıkça değerlendirilen materyalin kalitesi artmaktadır (Charnock, 1998;EK-15).

Tablo 3.2. Uzmanların web sitesi ile ilgili DISCERN ölçüm aracına verdikleri cevapların ortalaması ile ilgili dağılımları

DISCERN Sorular	Ortalama± Standart Sapma
Bölüm 1	
1-Web sayfasında amaçlar açık mı?	5.00 ±0.00
2-Web sayfası amacına ulaşmış mı?	4.90 ±0.31
3-Web sayfası konu ile ilgili mi?	4.90 ±0.31
4-Web sayfasında kaynaklar açık mı?	4.90 ±0.31
5-Web sayfasındaki bilgilerin tarihi var mı?	4.90 ±0.31
6-Web sayfasındaki bilgiler tutarlı ve tarafsız mı?	4.90 ±0.31
7- Web sayfası ek bilgi ya da destek kaynaklarına ilişkin ayrıntıları bilgi veriyor mu?	4.80 ±0.42
8-Web sayfasında bakımın belirsiz yönlerinden bahsediliyor mu?	4.70 ±0.48
Bölüm 2	
9-Web sayfasında sunulan bilginin kalitesi nedir?	4.90 ±0.31
10-Web sayfasında bilginin yararlılığı tanımlanıyor mu?	4.90 ±0.31
11-Web sayfası bakımla ilgili eksik kısımları tanımlıyor mu?	4.90 ±0.31
12-Web sayfasındaki bilgiler kullanılmadığında ne olacağı bahsediyor mu?	4.70 ±0.48
13-Web sayfasında sunulan bilgiler yaşam kalitesini nasıl etkilediğini tanımlıyor mu?	4.50 ±0.70
14-Web sayfasında bakım seçenekleri açıklanmış mı?	4.80 ±0.42
15-Web sayfası bakım veren ile hastanın ortak karar vermesini destekliyor mu?	4.90 ±0.31
Bölüm 3	
16-Web sitesinin genel değerlendirilmesi nedir?	4.80 ±0.42
TOPLAM	72.70±3.62

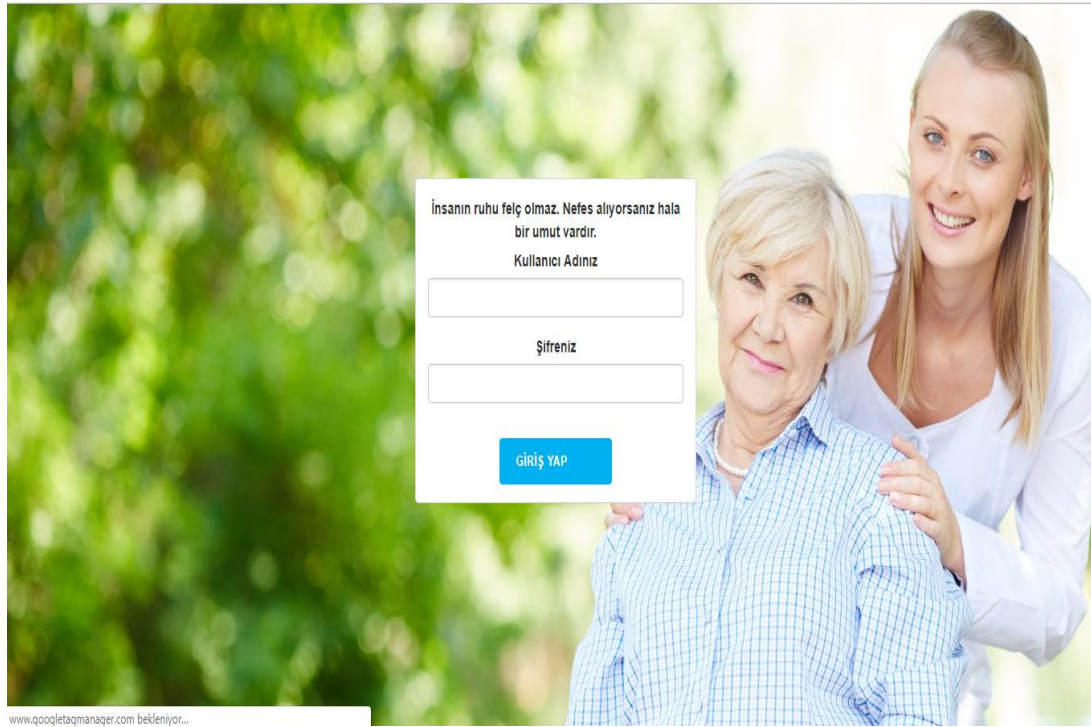
Tablo 3.2’de uzmanların web sitesi ile ilgili DISCERN ölçüm aracına verdikleri cevapların ortalaması ile ilgili dağılımları gösterilmiştir. Web sitenin değerlendirildiği 16. sorunun ortalaması 5 üzerinden 4.80 ±0.42’dir. Uzmanlar

tarafından verilen yanıtların ortalaması hemen hemen aynıdır ve en yüksek ortalama birinci sorudur (5.00 ± 0.00).

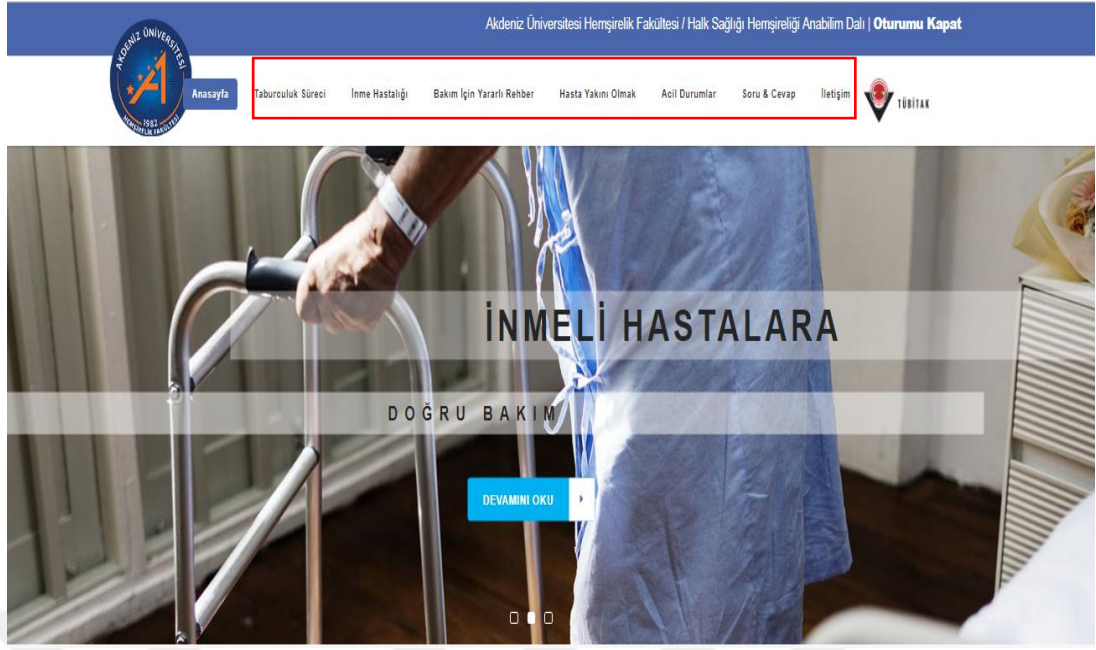
Tablo 3.3. DISCERN bölümlerinin puanları

DISCERN Bölümleri	Ortalama $\pm$ Standart Sapma	Minumum	Maksimum
Madde 1-8	39.10 $\pm$ 1.91	34	40
Madde 9-15	33.60 $\pm$ 1.95	30	35
Toplam Puan	72.70 $\pm$ 3.62	64	75

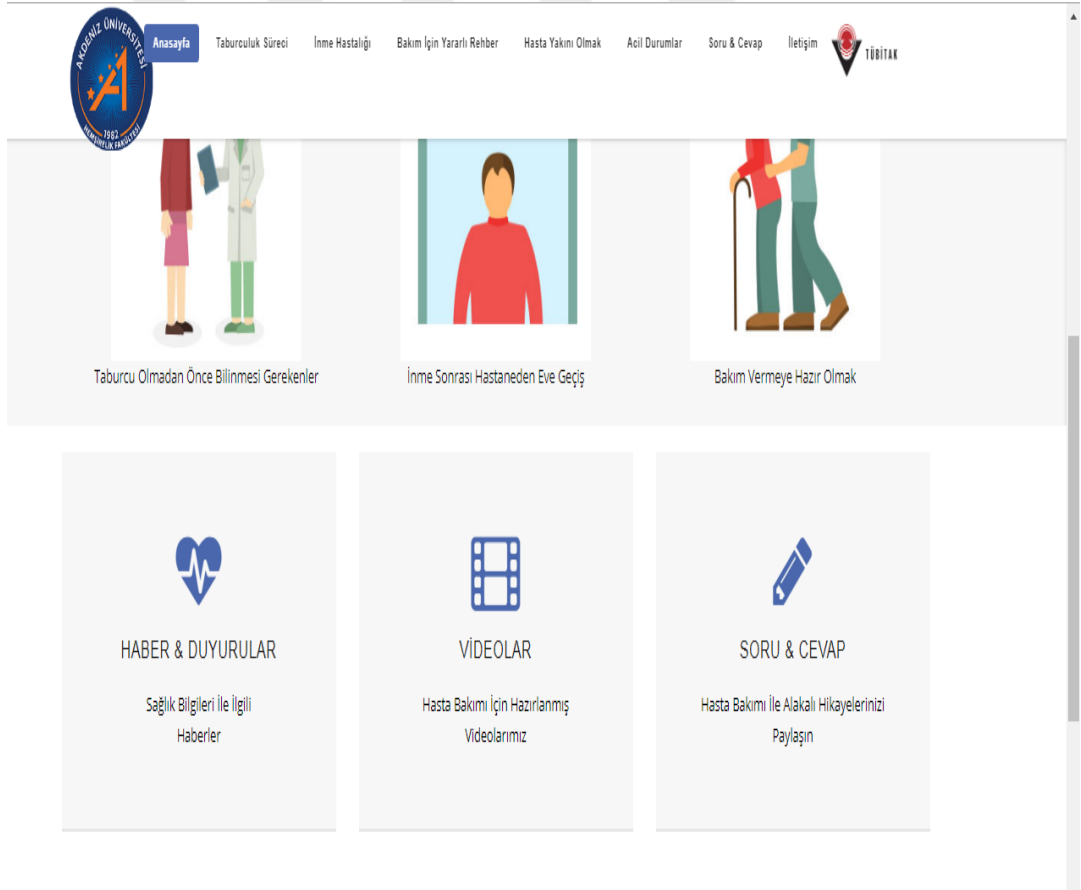
Tablo 3.3.'de DISCERN bölümlerinin puanları gösterilmiştir. İlk sekiz sorunun ortalaması 39.10 ± 1.91 ve web sitesinin güvenilirliğini değerlendirmektedir. Sonraki yedi sorunun ortalaması 33.60 ± 1.95 ve bilginin kalitesini değerlendirilmektedir. Web sitesinin toplam puanı 75 üzerinden 72.70 ± 3.62 'dir. Uzmanların değerlendirmelerinin uyumlu olduğu belirlenmiştir (W: .401, $p=0.000$).



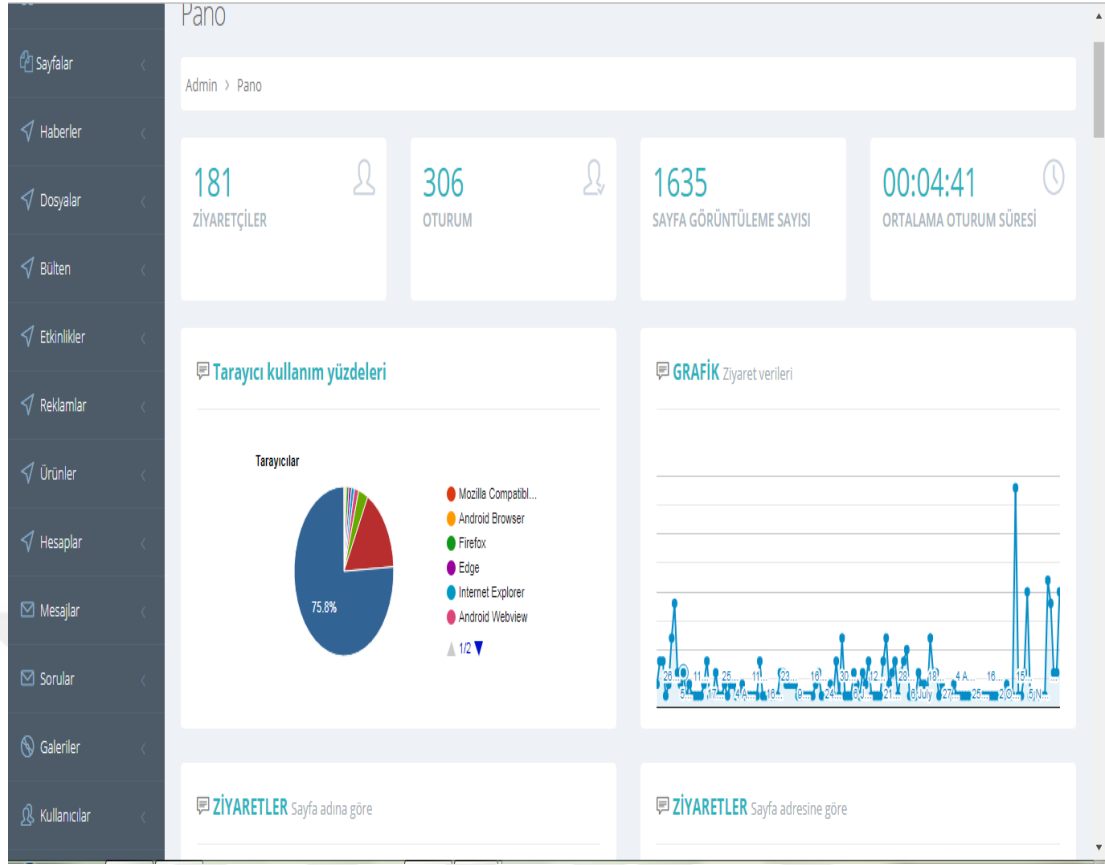
Şekil 3.5. Web sitesi giriş sayfası



Şekil 3.6. Web sitesinin anasayfası ve eğitim başlıkları



Şekil 3.7. Web sitesinin anasayfası



Şekil 3.8. Web sitesi yönetici panelinin anasayfası



Hasta Taburcu Olmadan Bilmeniz Gerekenler

Taburcu olmadan hastanızın hastalığı ve bakımı ile ilgili soruları öğrenin.

Hastanede bilinmesi gerekenler:

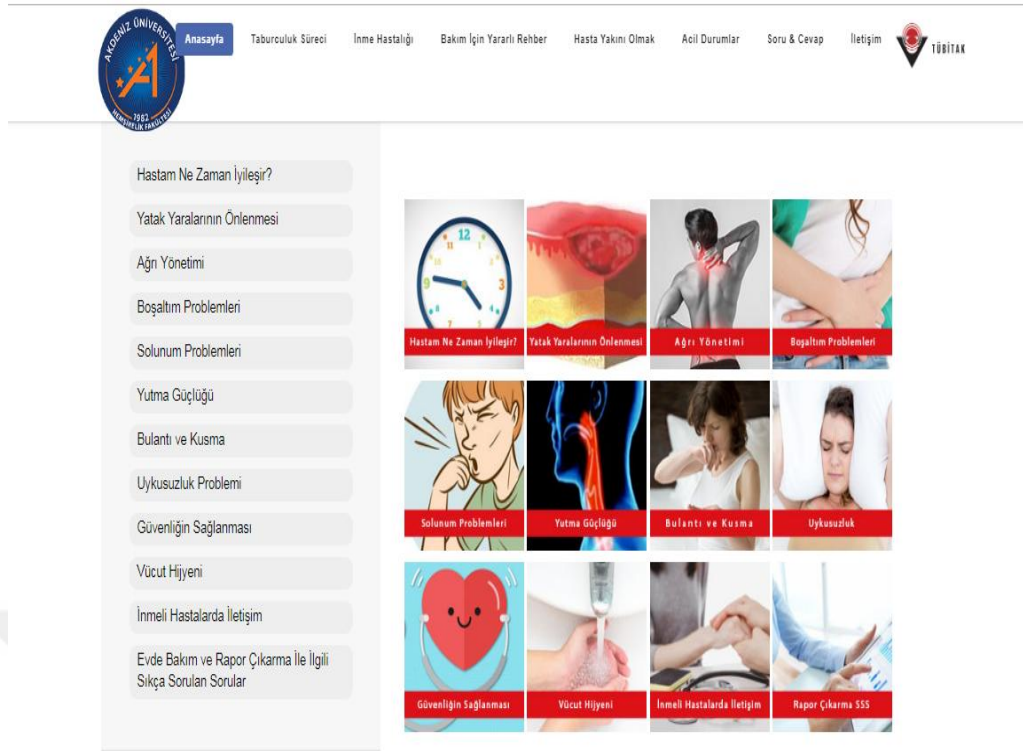
- Teşhis ne?
- Hastalık neden oldu?
- Hastalık için başka nedenler var mı?
- Hastalığım tedavi süreci nasıl olacak?

Taburcu olmadan önce bilinmesi gerekenler:

Aşağıdaki soruları sağlık personeline sorabilirsiniz.

- Hastam ilaçları nasıl kullanacak?

Şekil 3.9. Taburculuk süreci bölümü



Şekil 3.10. Bakım için yararlı rehber bölümü



Şekil 3.11. Bakım verenler için hasta yakını olma bölümü

Tablo 3.4. Web sitesinde yer alan konular ve alt başlıkları

Taburculuk Süreci	İnme Hastalığı	Bakım için Yararlı Rehber	Hasta Olmak	Yakını	Acil Durumlar	Soru & Cevap	İletişim
Taburcu olmadan önce dikkat edilmesi gerekenler	İnme nedir İnmenin belirti ve tanısı	Yararlı rehber Hastam ne zaman iyileşir? Yatak yaralarının önlenmesi	Bakım vermeye hazır olmak		Acil servise gitmenizi gerektiren durumlar		Bize ulaşın Hakkımızda
İnme sonrası hastaneden eve geçiş	İnme tedavisi İnmeden korunma	Ağrı yönetimi Boşaltım problemleri Solunum problemleri	Bakım veren yeterliliğini artırmak		Nöroloji polikliniğine gitmenizi gerektiren durumlar		
Huzurevi ve bakımevi seçerken dikkat edilmesi gerekenler	İnmede rehabilitasyon	Yutma güçlüğü Bulantı ve kusma Uykusuzluk problemleri Güvenliğin sağlanması Vücut hijyeni İnmeli hastalarda iletişim Evde bakım ve rapor çıkartma ile ilgili sıkça sorulan sorular Antalya İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Belediyelerin evde bakım hizmetleri Ev içi değerlendirme formu Yararlı siteler	Tükenmişliği önlemek İnternet okuryazarlığını artırmak		Evde sağlık ekimini aramanızı gerektiren durumlar		
			Bakım veren hakları		Huzurevi ve bakımevine başvuruyu gerektiren durumlar		

3.8. Kontrol Grubuna Uygulanan Girişim

Kontrol grubunun taburculuğa hazırlanması hastanenin rutin programına göre klinik hemşiresi tarafından yapılmıştır. Hastaneye yatış yapıldıktan sonraki ilk görüşmede girişim ve kontrol grubuna öntest ve taburculuktan sonraki üç ay sonunda whatsapp ve e-mail aracılığıyla sontest uygulanmıştır (Tablo 3.5). Sontestlerin alınmasından sonra web sitesi kontrol grubunun kullanımına açılmıştır.

3.9. Sonuçların Ölçümü

GBM'nin Sonuç Bölümünün Ölçümler kısmında bakım veren, hasta, süreç ölçümleri yer almaktadır. Bakım verenler ve hastalar için ayrı ölçüm araçları kullanılmıştır.

- Bakım verenler için; tanımlayıcı bilgiler (EK-9, EK-10), Bakım Verme Yeterliliği Ölçeği (BVYÖ), (EK-4), Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği (BVHOÖ) (EK-5), E-sağlık Okuryazarlık Ölçeği (ESOYÖ) (EK-6), Maslach Tükenmişlik Envanteri-Genel Formu (MTE-GF, EK-7)'dir. kullanılmıştır.
- Hasta sonuçları için ölçüm araçları; tanımlayıcı bilgiler, bası yarası gelişme ve hastaların hastaneye geri dönüş oranlarının değerlendirilmesi formu (EK-8) kullanılmıştır.
- Süreç ölçüm aracı; inmeli hastalar evde sağlık hizmetlerinden daha erken yararlanıp yararlanmadığı ve zamanı sorgulanmıştır.

3.10. Bakım Verenler için Ölçümler

3.10.1. Bakım Veren Tanımlama Form

Araştırmacılar tarafından oluşturulan form girişim grubu için 12 soru, kontrol grubu için 11 sorudan oluşmuştur (EK-9, EK-10). Bakım verenlerin cinsiyet, yaş, eğitim, çalışma ve gelir durumu gibi demografik özellikleri yanı sıra formda daha önce hasta bakım deneyimi ile hastaya yakınlık derecesi, hastaya günlük bakım verme süresi, bakım veren tarafından karşılanan hastasının gereksinimleri, bakım için yardım alacağı kişilerin olup olmadığı her iki formda ortak sorulardır (EK-9).

Tablo 3.5. Girişim ve kontrol grubu için kullanılan formlar

Girişim Grubu				Kontrol Grubu			
Öntest		Sontest		Öntest		Sontest	
Bakım veren	İnmeli hasta	Bakım veren	İnmeli hasta	Bakım veren	İnmeli hasta	Bakım veren	İnmeli hasta
-Bakım Veren Tanılama Formu (EK-9) -Bakım Verme Yeterliliği Ölçeği (EK-4) -Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği (EK-5) -E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği(EK-6) Maslach Tükenmişlik Envanteri-Genel Formu (EK-7) -DEÇÖDF (EK-11) -Telefonla İletişim Formu (Taburculuktan sonraki ilk hafta) (EK-12) -Telefonla İletişim Formu (Taburculuktan sonraki 2.-12. hafta) (EK-13) -İnme Sonrası Bakım Veren Bilgi Gereksinimini Belirleme Formu (EK-15)	-Hasta Tanılama Formu (EK-17)	-Bakım Verme Yeterliliği Ölçeği (EK-4) -Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği (EK-5) -E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (EK-6) -Tükenmişlik Ölçeği (MTE-GF, EK-7) -Sistem Kullanabilirlik Ölçeği (EK-16)	Hastaneye Geri Dönüş Oranları Formu (EK-16)	-Bakım Veren Tanılama Formu (EK-10) -Bakım Verme Yeterliliği Ölçeği (EK-5) -Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği (EK-6) -E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (EK-7) -Tükenmişlik Ölçeği (MTE-GF, EK-8)	-Hasta Tanılama Formu (EK-18)	-Bakım Verme Yeterliliği Ölçeği (EK-4) -Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği (EK-5) -E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (EK-6) -Tükenmişlik Ölçeği (MTE-GF, EK-7)	Hastaneye Geri Dönüş Oranları Formu (EK-8)

Araştırmaya Alınma Kriterleri

Gönüllü olunması,
Nöroloji Kliniği'nde inme tanısı ile yatış yapması,
Antalya il merkez ilçelerinde yaşıyor olması,
Hastanın ilk kez inme geçirmiş olması,
Hastanın Modifiye Rankin Skalası'na göre 3 ve 4 düzeyinde olması (EK-1),
Hastanın Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği'ne göre en az yarı bağımlı olması (EK-2),
LACE İndeksi'ne göre 10 ve puanı üzeri olması (EK-3),

Randomizasyon

Girişim Grubu

Kontrol Grubu

BVY

Ön testler

BVYÖ (EK-4)
BVHOÖ (EK-5)
ESOYÖ (EK-6)
MTE-GF (EK-7)

Son testler

BVYÖ (EK-4)
BVHOÖ (EK-5)
ESOYÖ (EK-6)
MTE-GF (EK-7)

GBM kapsamında yapılan girişimler:TEMpEST

1. Hastanede ziyaret

İnme sonrası bakım veren bilgi gereksinimini belirleme formu (EK-16)

2. Ev ziyareti

DEÇÖDF (EK-11) DEÇÖDF ilişkin bulgular (EK-12)

3. Telefonla iletişim

Telefonla iletişim formu (EK-13),
Telefonla İletişim Formu (2-12.hafta) (EK-14)

4. Web destekli eğitim

DISCERN Uzman görüşü (EK-15)
Web sitesinin değerlendirilmesi (Tablo 3.2, Tablo 3.3, EK-17)

Kliniğin rutin bakımı

Son testler

BVYÖ (EK-4)
BVHOÖ (EK-5)
ESOYÖ (EK-6)
MTE-GF (EK-7)
SUS (EK-18)
Hastaneye geri dönüş oranları formu (EK-18)

Son testler

BVYÖ (EK-4)
BVHOÖ (EK-5)
ESOYÖ (EK-6)
MTE-GF (EK-7)
Hastaneye geri dönüş oranları formu (EK-8)

Web sitesinin kontrol grubuna açılması (Eylül-2018)

Şekil 3.12. Girişim ve kontrol grubu iş akış şeması

Bu çalışmada bakım veren yeterliliği dört araçla (BVYÖ; BVHOÖ; ESOYÖ ve MTE-GF) değerlendirilmiştir.

3.10.2. Bakım Verme Yeterliliği Ölçeği

Pearlin ve arkadaşları (1990) tarafından geliştirilen BVYÖ, tez kapsamında Türkçe'ye uyarlanmıştır. BVYÖ'deki dört soru ile bakım verenin hastasına bakımıyla ilgili öz yeterliliğinin derecesi ölçülmektedir. Likert tipi ölçek "1"=Hiç yeterli değil, "2"=Biraz yeterli, "3"= Yeterli ve "4"=Çok yeterli" şeklinde düzenlenmiştir. Ölçekten en düşük 4 puan, en yüksek 16 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puan artıkcı bakım verme için yeterlilik artmaktadır (Pearlin ve ark., 1990) (EK-4). Orjinal ölçeğın iç tutarlık katsayısı (Cronbach alfa) 0.83 ile bu çalışmadaki Cronbach alfa 0.83 aynı bulunmuştur. Demir ve Gözüm (2018) tarafından türkçeye uyarlanmıştır.

3.10.3. Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği

Karaman ve Karadakovan tarafından (2014) Türkçe'ye uyarlanan BVHOÖ, Archbold ve arkadaşları (1990) tarafından inmeli hastaların bakım verenleri örnekleminde geliştirilmiştir. Bu çalışmada bakım vermeye hazır oluşluk düzeyini değenlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Toplam dokuz sorudan oluşan likert tipi ölçek "0"=Hiç hazır değilim, "1"=Yeterince hazır değilim, "2"=Kısmen hazırım, "3"=Oldukça hazırım ve "4"=Tamamen hazırım şeklindedir. Ölçekten en düşük 0 puan en yüksek 32 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puan artıkcı bakım verme için hazır oluşluk artmaktadır. Tüm ölçeğın iç tutarlık katsayısı (Cronbach alfa) 0.92 bulunmuştur (Karaman ve Karadakovan, 2014) (EK-5). Bu çalışmada Cronbach alfa 0.89 bulunmuştur.

3.10.4. Elektronik Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

Coşkun ve Bebiş (2015), tarafından Türkçe'ye uyarlanan, Norman ve Skinner (2006) tarafından geliştirilen ESOYÖ sekiz maddeden oluşmaktadır. Bakım verenlerin e-sağlık okuryazarlığını ölçmek için kullanılmıştır. Ölçek, internet tutumunu altı madde ve internet kullanımını iki madde ile ölçmektedir. Likert tipi ölçek "1"=Kesinlikle katılmıyorum, "2"=Katılmıyorum, "3"=Kararsızım, "4"=Katılıyorum, "5"=Kesinlikle katılıyorum şeklindedir. Ölçekten en düşük 8 puan, en yüksek 40 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puan, e-sağlık okuryazarlığının yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir (Coşkun ve Bebiş, 2015). Tüm ölçeğın iç tutarlık

katsayısı (Cronbach alfa) 0.78'dir (EK-6). Bu çalışmada Cronbach alfa 0.93 bulunmuştur.

3.10.5. Maslach Tükenmişlik Envanteri-Genel Formu

Gündüz ve arkadaşları (2013) tarafından Türkçeye uyarlanan MTE-GF, Schaufeli ve arkadaşları (1996) tarafından geliştirilmiştir. Bakım verenlerin tükenmişliklerini değerlendirmek için kullanılmıştır. Likert tipi bir ölçek, 15 madde ve üç alt ölçekten oluşmaktadır. Tükenme alt ölçeği 5 maddeden (1, 4, 7, 10 ve 13), duyarsızlaşma alt ölçeği 4 maddeden (2, 5, 8 ve 11) ve yetkinlik alt ölçeği (3, 6, 9, 12, 14 ve 15) de toplam 6 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte, "1" =Hiçbir zaman, "2"=Bazen, "3"=Genellikle, "4"=Çoğu zaman, "5"=Her zaman şeklinde puanlandırılmıştır. Tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerindeki yüksek puan, yetkinlik (ters puanlanmaktadır) alt ölçeğindeki düşük puan tükenmişliği göstermektedir. Puanlamada, her bir kişi için üç ayrı tükenmişlik puanı hesaplanmaktadır. Ölçeğin tükenme alt ölçeğinin iç tutarlık katsayısı (Cronbach alfa) 0.82, duyarsızlaşma alt ölçeğinin iç tutarlık katsayısı (Cronbach alfa) 0.77 ve yetkinlik alt ölçeğinin iç tutarlık katsayısı (Cronbach alfa) 0.72'dir (Gündüz ve ark., 2013) (EK-7). Çalışmamızda tükenme alt ölçeğinin Cronbach alfa'sı 0.84, duyarsızlaşma alt ölçeği Cronbach alfa'sı 0.65 ve yetkinlik alt ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0.79'dur.

3.10.6. Sistem Kullanılabilirlik Ölçeği (SUS)

Girişim grubu tarafından web sayfasının kullanımını değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Kadirhan ve arkadaşları (2015) tarafından Türkçeye uyarlanan ölçek, Brooke tarafından (1996) geliştirilmiştir. Ölçek, 10 sorudan oluşmaktadır. Likert tipi değerlendirme "0"=Kesinlikle katılmıyorum", "1"=Katılmıyorum", "2"=Kararsızım", "3"=Katılıyorum", "4"=Kesinlikle katılıyorum" şeklinde olup, 2.4.6.8 ve 10. maddeler ters puanlanmaktadır. Alınan puan 2.5 ile çarpılarak ölçekten 0-100 arasında değişen bir puan elde edilmektedir. Yüksek puan kullanılabilirlik düzeyinin arttığını, 65-70 arası puan web sayfasının kabul edilebilir olduğunu göstermektedir (Kadirhan ve ark., 2015) (EK-18).

3.11. Hastalar İçin Ölçüm Araçları

3.11.1. Hasta Tanımlama Form

Araştırmacılar tarafından oluşturulan form girişim grubu için 6, kontrol grubu için 7 sorudan oluşmaktadır. İnme türü, hastaların cinsiyet, yaş, hastaların inme dışındaki

hastalık durumu gibi demografik özellikleri ve hastaneden taburcu olduktan sonra evinde kalıp kalmayacağını tanımlayan sorulardan oluşan form, kontrol grubu için evde sağlık hizmeti alıp almadığı ve zamanı sorgulanmıştır (EK-19, EK-20).

***Braden Risk Değerlendirme Ölçeği:** Oğuz ve Olgun (1997) ve Pınar ve Oğuz (1998) tarafından Türkçeye uyarlanan ölçek, Bergstrom ve arkadaşları tarafından (1987) geliştirilmiştir (Bergstrom ve ark., 1987). Ölçek, basınç ülseri oluşumunda hastaların olası risklerini belirlemek amacıyla duyu algısı, hareket, nemlilik, beslenme, aktivite ve sürtünme-tahriş olmak üzere altı risk faktörünün değerlendirilmesini içermektedir. Ölçek, sürtünme-tahriş risk faktörü 1-3, diğer 5 risk faktörü ise 1-4 arasında puan almaktadır. Ölçeğin toplam puanı 6-23 arasında değişmektedir. Değerlendirmede; 12 puan ve altı yüksek risk, 13-14 puan orta risk, 15-16 puan düşük risk olarak kabul edilmektedir. 75 yaş ve üzerindeki kişilerde 15-18 puan düşük risk olarak kabul edilmektedir (EK-21). Ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı yıllara göre (Cronbach alfa) 0.95 ve (Cronbach alfa) 0.85 bulunmuştur (Pınar ve Oğuz, 1998).

3.11.2. Hastane Dönüş Oranları Formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilen, İnmeli hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra rutin gelmesi gereken poliklinik randevuları (nöroloji ve fizik tedavi klinikleri vb.) dışında acile geliş sayısı, nedeni, hastaneye geliş sayısı, nedeni, hastaneye yeniden yatış sayısı ve nedeni ile rutin poliklinik randevularına gidip gitmedikleri, taburculuk sonrası bası yarası gelişip gelişmediği, pansuman, yara görüntüsü, tedaviyi kimin yaptığı, taburculuk sonrası düşüp düşmediği son testte sorgulanmıştır (EK-8).

3.12. Araştırmanın Değişkenleri

3.12.1. Bağımlı Değişkenler

Bakım verenler için; bakım veren yeterlilik düzeyi, bakıma hazır oluşluk düzeyi, elektronik sağlık okuryazarlık düzeyi ve tükenmişlik düzeyidir. Hastalar için; inmeli hastaların hastaneye geri dönüş ve bası yarası gelişme oranlarıdır.

3.12.3. Bağımsız Değişkenler

GBM'ye göre yapılan girişimler (TEMpEST); hastanede görüşme, ev ziyareti, telefonla iletişim ve web destekli eğitimidir.

3.13. K rleme ve Biasın  nlenmesi

Çalışmada girişimin doğası gereği araştırmacı ve hasta ile yakınının kürlemesi yapılamamıştır. Seçim yanlılığını önlemek için randomizasyon yapılmıştır. Sonuç ölçümlerinde biası önlemek için sontestlerin toplanması, verilerin kodlanması ve istatistiki değerlendirilmesinde  nlem alınmıştır.  ntestler araştırmacı tarafından toplanmıştır. Çalışmada kullanılan anketler bakım verenler için hazırlanan www.hastayakini.net isimli web sitesine eklenmiştir. Girişim grubu bakım verenler sontest anketlerini web sitesinden doldurmuştur. Kontrol grubunun sontestleri watsapptan doldurulmuştur. Anketlerin ekran görüntüsü watsapp aracılığıyla bakım verenlere gönderilmiştir. Bakım verenler müsait oldukları zaman anketlerin cevaplarını whatsapp aracılığıyla göndermiştir. Veriler girişim ve kontrol grubu şeklinde araştırmacı dışında  niversite mezunu bir kişi tarafından kodlanmıştır. Verilerin analizi Akdeniz Üniversitesi İstatistik Danışmanlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde görev yapan istatistik uzmanı tarafından yapılmıştır. Bu şekilde saptama yanlılığı ve istatistiksel yanlılık kontrol edilmiştir.

3.14. Nicel Verilerin Analizi

Nicel araştırmadan elde edilen verilerin analizinde Statistical Package of Social Science (SPSS 23) yazılım paket programı kullanılmıştır. Yapılan değerlendirme ve analizler Tablo 3.6'da gösterilmiştir.

Tablo 3.6. Araştırmada kullanılan istatistiksel analizler

Değişkenler	İstatistiksel Yöntemler
Örneklem büyüklüğünün hesaplanması	• G-power programı
Web sitesi içeriğinin uzmanlar tarafından değerlendirilmesi	• DISCERN toplam puanları
Kontrol ve girişim grubu sosyo demografik verilerin dağılımı ve farklılığının karşılaştırılması için	• Sürekli değişkenler için ortalama ve standart sapma, • Kategorik veriler için yüzde ve sayı • Bağımsız gruplarda t testi, Ki kare analizi
Girişim ve kontrol grubu için öntest ve son test için uygulanan ölçekler	• Cronbach alfa katsayıları, • Ölçek puan ortalamaları, • Minimum-maximum değerleri
Örneklem kaybı durumunda	Intention to Treat Analizi
Girişim ve kontrol grubu öntest ve son test verilerinin karşılaştırılması	• İki eş grup ortalamalarının farkı için t testi (Eşleştirilmiş İki Grup t testi), • Non parametrik ya da normal dağılım olmayan verilerde bağımlı gruplarda t testinin eş değeri Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi, Mann Whitney-U Test

3.15. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan (01/06/2017:10707) (EK-22), Antalya İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Antalya İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'nden kurum izni alınmıştır. Ayrıca, araştırmaya katılan bakım verenlerden (EK-23, EK-24) yazılı onam alınmıştır. Bakım Verme Yeterlilikleri Ölçeği, Bakıma Hazır Oluşlukları Ölçeği, Elektronik Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Envanteri-Genel Formu, Sistem Kullanılabilirlik Ölçeği, DISCERN Ölçüm Aracı, Düşme Yönünden Ev-içi Çevre Özellikleri Değerlendirme Formu, LACE Index, Modifiye Rankin Skalası ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği için e-posta yolu ile izin alınmıştır (EK-25).

3.16. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Hastaların bası yarası gelişme durumlarının sorgulanıp, yaranın yeri, bölgesi, derecesi gibi detayların alınmamış olması ve bası yarası değerlendirmesinin telefonla yapılması sınırlılık olarak değerlendirilebilir.

Tablo 3.7. Tez projesi zaman akış süreci

İşlem Basamakları	2017						2018												2019	
	Ocak- Mayıs	Mayıs- Haziran	Temmuz- Ağustos	Eylül- Ekim	Kasım- Aralık	Ocak-	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Ocak- Şubat	Mart-Nisan	
Tez için literatür taranması	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓							
Doktora tez öneri sınavının yapılması ve Kurumlara izin belgelerinin gönderilmesi Etik kurul izninin alınması		✓																		
Tübitak 1002 projesinin yazılması ve başvurusu			✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓							
Tübitak 1002 projesi süreci												✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Web sitesinin revise edilmesi ve uzman görüş alınması						✓	✓													
Girişim ve kontrol grubu için veri toplanması								✓	✓	✓										
İzlem								✓	✓	✓	✓	✓	✓							
Girişim ve kontrol grubu için sontestlerin toplanması												✓	✓							
Kontrol grubu için web sitesinin kullanıma açılması														✓	✓					
Verilerin analizi														✓	✓	✓	✓			
Tez yazımı ve sunumu																✓	✓	✓	✓	

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları üç bölümden oluşmaktadır.

- **Birinci bölüm;** Geçiş Bakım Modeli kapsamında uygulanan girişimlerin bakım veren yeterliliğine etkisine ilişkin bulgular.
- **İkinci bölüm;** Geçiş Bakım Modeli kapsamında uygulanan girişimlerin inmeli hastaların sonuçlarına etkisine ilişkin bulgular.
- **Üçüncü bölüm;** Geçiş Bakım Modeli kapsamında uygulanan girişimlerin sürece etkisine ilişkin bulgular.

Birinci Bölüm

4.1. Geçiş Bakım Modeli Kapsamında Uygulanan Girişimlerin Bakım Veren Yeterliliğine Etkisi ile İlgili Bulgular (H_{1a} , H_{1b} , H_{1c} , H_{1d} ile ilgili hipotezler)

Tablo 4.1. Girişim ve kontrol grubundaki bakım verenlerin bakım verme yeterlilik algısı, bakıma hazır oluşluk, e sağlık okuryazarlık ve Maslach tükenmişlik envanteri alt boyutları (tükenmişlik, yetkinlik ve duyarsızlık) puan ortalamalarının öntest ve sontest ölçümlerine göre dağılımları (Per protokol analize göre)

Bakım Verme Yeterliliği					Post hoc Test**	
	Öntest Ortalama±SS	Sontest Ortalama±SS	z*	P	Etki Büyükliği	Güç
Girişim Grubu (N=33)	11.64±2.66	13.48±2.31	-3.372	.001	0.88	0.96
Kontrol Grubu (N=30)	11.87±2.11	11.37±2.48	-1.173	.241		
	t*** P	-.378 .706	268.500**** .001			
Bakıma Hazır Oluşluk Düzeyi					Post hoc Test***	
	Öntest Ortalama±SS	Sontest Ortalama±SS	z*	P	Etki Büyükliği	Güç
Girişim Grubu (N=33)	22.70±5.29	28.48±4.74	-3.708	.000	1.23	0.99
Kontrol Grubu (N=30)	24.20±5.50	20.93±7.10	-2.160	.031		
	t** P	-1.104 .274	203.500**** .000			
E-sağlık Okuryazarlık Düzeyi					Post hoc test**	
	Öntest Ortalama±SS	Sontest Ortalama±SS	z*	P	Etki Büyükliği	Güç
Girişim Grubu (N=33)	29.42±6.78	34.42±4.74	-3.685	.000	1.08	0.99
Kontrol Grubu (N=30)	29.33±6.63	26.93±8.53	-.701	.483		
	U**** P	498.00 .933	225.000 .000			
MTE-GF Tükenmişlik Alt Boyutu					Post hoc Test**	
	Öntest Ortalama±SS	Sontest Ortalama±SS	z*	P	Etki Büyükliği	Güç
Girişim Grubu (N=33)	7.85±4.16	7.24±3.27	-1.244	.214	0.48	0.59
Kontrol Grubu (N=30)	6.73±1.84	8.90±3.58	-3.457	.001		
	U**** P	471.00 .735	350.000 .041			
MTE-GF Duyarsızlaşma Alt Boyutu					Post Hoc Test**	
	Öntest Ortalama±SS	Sontest Ortalama±SS	z*	P	Etki Büyükliği	Güç
Girişim Grubu (N=33)	6.64±3.01	6.03±2.38	-1.333	.183	0.35	0.40
Kontrol Grubu (N=30)	5.60±1.50	6.43±2.70	-2.155	.031		
	U**** P	422.500 .306	452.000 .542			

		MTE-GF Yetkinlik Alt Boyutu			Post Hoc Test**	
		Öntest	Sontest	z*	P	
		Ortalama±SS	Ortalama±SS			Etki Büyüklüğü
Girişim (N=33)	Grubu	13.45±3.38	10.45±4.13	-3.061	.002	1.39
Kontrol (N=30)	Grubu	15.70±5.64	16.93±5.10	-.916	.360	0.99
U****		150.000	150.000			
P		.065	.000			

z*Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi

**Post hoc test: G*power 3.1.9.2 programı, %95 CI ve $\alpha=0.05$

t*** Independent t Test

U****Mann Whitney U Test

Tablo 4.1’de girişim ve kontrol grubundaki inmeli hastaların bakım verenlerinde bakım verme yeterliliği, bakıma hazır oluşluk, elektronik sağlık okuryazarlığı ve Maslach Tükenmişlik Envanteri-Genel Formu alt boyutları (tükenmişlik, yetkinlik ve duyarsızlık) öntest ve sontest ölçümlerinin puan ortalamalarına göre dağılımı gösterilmiştir. Bakım verme yeterliliğine ilişkin H_{1a} hipotezi (Girişim grubundaki bakım verenlerin bakım verme yeterlilik algısı kontrol grubuna göre daha yüksek olacaktır) kabul edilmiştir. Girişim grubunun Bakım Verme Yeterliliği Ölçeği’nin ortalama puanının sontestte önteste göre arttığı, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.001$), etki büyüklüğü 0.88 büyük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun Bakım Verme Yeterliliği Ölçeği’nin ortalama puanlarının öntestte (11.87 ± 2.11) ve sontest puanları (11.37 ± 2.48) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Girişim ve kontrol grubundaki inmeli hastaların bakım verenlerinde bakıma hazır oluşlukları puan değişiklikleri nedeniyle H_{1b} hipotezi (Girişim grubundaki bakım verenlerin bakıma hazır oluşlukları kontrol grubuna göre daha yüksek olacaktır) kabul edilmiştir. Girişim grubunun Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği’nin ortalama puanının sontestte önteste göre arttığı, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.000$), etki büyüklüğünün 1.23 büyük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun Bakıma Hazır Oluşlukları Ölçeği’nin ortalama puanlarının öntestte (24.20 ± 5.50) iken, sontestte (20.93 ± 7.10)’e gerilediği ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4.1’de elektronik sağlık okuryazarlığı puanları görülmektedir. Buna göre H_{1c} hipotezi (Girişim grubundaki bakım verenlerin elektronik sağlık okuryazarlık düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksek olacaktır) kabul edilmiştir. Girişim grubunun sontestte önteste göre elektronik sağlık okuryazarlık düzeylerinin arttığı,

farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.000$), etki büyüklüğünün 1.08 büyük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun Elektronik Sağlık Okuryazarlık Ölçeği'nden aldıkları ortalama son test (26.93 ± 8.53) puanlarının ön test puanına (29.33 ± 6.63) göre düştüğü ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Girişim ve kontrol grubundaki inmeli hastaların bakım verenlerinde tükenmişlik alt boyutunun ön test ve son test ölçümlerinin puan ortalamalarına göre dağılımı Tablo 4.1'te gösterilmiştir. Bu verilere göre H_{1d} hipotezi (Girişim grubundaki bakım verenlerin tükenmişlik düzeyi kontrol grubuna göre daha düşük olacaktır) kabul edilmiştir. Girişim grubunun Maslach Tükenmişlik Envanteri-Genel Formu ortalama puanının son testte ön teste göre anlamlı olmadığı ($p>0.05$), etki büyüklüğünün 0.48 düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun Maslach Tükenmişlik Envanteri-Genel Formu ortalamalarına göre son test (8.90 ± 3.58) puanlarının ön test (7.24 ± 3.27) puanlarına göre arttığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0.001$).

Girişim grubunun Maslach Tükenmişlik Envanteri-Genel Formu'nun duyarsızlaşma alt boyutunun ortalamalarına göre, son testte ön teste göre farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$), etki büyüklüğünün 0.35 düşük düzeyde belirlenmiştir. Kontrol grubunun puan ortalamalarına göre son test (6.43 ± 2.70) puanlarının ön test (5.60 ± 1.50) puanına göre arttığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Girişim grubunun Maslach Tükenmişlik Envanteri-Genel Formu'nun yetkinlik alt boyutunun ortalamalarına göre puanının son testte ön teste göre farklılaştığı ve bunun farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.002$), etki gücünün 1.39 büyük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun bakım veren yetkinlik puan ortalamalarının ön test (15.70 ± 5.64) ve son test puanları (16.93 ± 5.10) hemen hemen aynıdır ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Çalışmada girişim grubunda 2, kontrol grubunda 5 kayıp vardır. Bu kayıpların etkisini ölçmek için Intention to treat analizi yapılmıştır. Intention to treat analizi göre bakım verenlerin sonuçları (EK-26) yer almaktadır.

İkinci Bölüm

4.2. Geçiş Bakım Modeli Kapsamında Uygulanan Girişimlerin İnmeli Hastaların Sonuçlarına Etkisi ile İlgili Bulgular (H_{1e}, H_{1f} ile ilgili hipotezler)

Tablo 4.2. İnmeli hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (Per protokol analizine göre)

Girişim Grubu (N=33)			Kontrol Grubu (N=30)			P
Sosyodemografik Özellikler	N	%	N	%	χ^2	
Cinsiyet						
Kadın	14	42.4	16	53.3	0.750	0.387
Erkek	19	57.6	14	46.7		
İnme Türü						
İskemik	29	87.9	28	93.3	0.543	0.461
Hemorajik	4	12.9	2	6.7		
İnme Dışındaki Kronik Hastalık						
DM	1	3.0	3	10.0	1.641	0.801
HT	8	24.2	9	26.7		
DM ve HT	13	39.4	8	30.0		
Diğer	1	3.0	10	3.3		
Yok	10	30.3	9	30.0		
	n	Ortalama	Standart Sapma	Min-Max	t	P
Yaş						
Girişim Grubu	33	60.97	15.73	22-92	-0.445	0.658
Kontrol Grubu	30	62.09	13.72	27-84		
LACE İndeks						
Girişim Grubu	33	11.73	1.98	10-17	-1.273	0.208
Kontrol Grubu	30	12.40	2.20	10-17		
Modifiye Rankin Skalası						
Girişim Grubu	33	3.73	0.45	3-4	-1.364	0.178
Kontrol Grubu	30	3.87	0.34	3-4		
Braden Risk Değerlendirme Ölçeği						
Girişim Grubu	33	14.24	2.68	11-21	0.905	0.369
Kontrol Grubu	30	14.70	1.98	10-18		
Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği						
Girişim Grubu	33	62.63	18.48	36-99	1.567	0.122
Kontrol Grubu	30	56.10	14.07	36-90		

Tablo 4.2’de inmeli hastaların sosyodemografik özellikleri gösterilmiştir. Girişim grubunun %57.6’sı (n=19) erkek, kontrol grubunun %53.3’ü (n=16) kadındır. Girişim ve kontrol grubunun çoğunluğu (%87.9/n=29, %93.3/n=28) iskemik inme teşhisi almıştır. Hastalarda inme dışında en çok diyabet ve hipertansiyon hastalığı görülmektedir (Girişim grubunun %39.4 n=13, kontrol grubu %34.3 n=12). Yaş ortalaması girişim grubunda 60.97±15.73, kontrol grubunda ise 62.09±13.72’dir. Girişim ve kontrol grubunda yer alan inmeli hastalar arasında sosyodemografik

özellikler ve LACE İndeks, Modifiye Rankin Skalası, Braden Risk Değerlendirme Ölçeği ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Hastalara ilişkin tanımlayıcı verilerdeki kayıplar nedeniyle yapılan Intention to treat analizi sonuçları EK-26'da verilmiştir.

Tablo 4.3. İnmeli hastalarda Modifiye Rankin Skalası, Braden Risk Değerlendirme Ölçeği ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği'nin yatış ve taburculuk puan ortalamalarının dağılımları

	N	Yatışta			Taburculuk		
		Ortalama	Standart Sapma	Min-Max	Ortalama	Standart Sapma	Min-Max
Modifiye Rankin Skalası							
Girişim Grubu	33	3.73	0.45	3-4	2.94	0.74	2-4
Kontrol Grubu	30	3.87	0.34	3-4	3.27	0.52	2-4
Braden Risk Değerlendirme Ölçeği							
Girişim Grubu	33	14.24	2.68	11-21	18.67	1.55	14-21
Kontrol Grubu	30	14.70	1.98	10-18	17.67	2.33	12-21
Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği							
Girişim Grubu	33	62.63	18.48	36-99	89.15	16.70	42-113
Kontrol Grubu	30	56.10	14.07	36-90	78.30	12.31	54-108

Tablo 4.3'te girişim ve kontrol grubundaki Modifiye Rankin Skalası, Braden Risk Değerlendirme Ölçeği ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği'nin inmeli hastalarda hastaneye yatış ve taburculuk sırasındaki ölçümlere göre dağılımları gösterilmiştir. Girişim ve kontrol grubundaki öntestte Braden Risk Değerlendirme Ölçeği ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçek puan ortalamaları taburculuk sırasında artmış ve Modifiye Rankin Skalası puanları azalmıştır. İnmeli hastaların Modifiye Rankin Skalasına göre defisitleri ve bası yarası riski giderek azalmış ve bağımsızlığı artmıştır.

Tablo 4.4. Girişim ve kontrol grubundaki inmeli hastaların rutinler dışında hastaneye geri dönüş oranları ve bası yarası gelişme oranı dağılımları

			Girişim Grubu* (N=33)		Kontrol Grubu* (N=30)	
			n	%	n	%
İnmeli Hastaların Hastaneye Geri Dönüş Durumları	Evet		5	15.2	7	23.3
	Hayır		28	84.8	23	76.7
İnmeli Hastalarda Bası Yarası Gelişme Durumu	Evet		1	3.0	2	6.7
	Hayır		32	97.0	31	93.3
Hastaneye gelme sıklığı			7*	21.2	10**	33.3
			26	78.8	20	66.7

*Girişim grubunda 2 hasta iki kez hastaneye tekrarlı yatış yapmıştır.

** Kontrol grubunda 3 hasta iki kez hastaneye tekrarlı yatış yapmıştır.

Tablo 4.4’de girişim ve kontrol grubundaki inmeli hastaların rutinler dışında hastaneye geri dönüş oranları ve bası yarası gelişme oranı dağılımları gösterilmiştir. Tablo ile ilgili olarak H_{1e} (Girişim grubundaki inmeli hastaların rutinler dışında hastaneye geri dönüş oranları kontrol grubuna göre daha az olacaktır) ve H_{1f} (Girişim grubundaki inmeli hastaların bası yarası gelişme oranı kontrol grubuna göre daha az olacaktır) hipotezleri reddedilmiştir. İnmeli hastaların hastaneye geri dönüş oranları klinik olarak anlamlı olmasına rağmen örneklem sayısı küçük olduğu için istatistiksel analiz yapılamamıştır. Girişim grubunda iki, kontrol grubunda üç hasta iki kez hastaneye tekrarlı yatış yapmıştır.

Üçüncü bölüm

4.3. Geçiş Bakım Modeli Kapsamında Uygulanan Girişimlerin Sürece Etkisi ile İlgili Bulgular (H_{1g})

Tablo 4.5. Girişim ve kontrol grubundaki inmeli hastaların evde sağlık hizmetlerinden yararlanma durumları ile ilgili dağılımları

Modifiye Rankin Skalası							
		Hafif Defisit		Orta derece defisit		Ağır Defisit	
		n	%	n	%	n	%
Girişim Grubu* (N=33)	Yatışta	-	-	9	27.3	24	72.7
	Taburculukta	10	30.3	15	45.5	8	24.2
	Evde sağlık kapsamı ihtiyacı olan hasta sayısı (n=10)	-	-	3		7	
	Evde sağlık kapsamından yararlanan hasta sayısı (n=10)			3		7	
Kontrol Grubu* (N=30)	Yatışta	-	-	4	13.3	26	86.7
	Taburculukta	1	3.3	20	66.7	9	30.0
	Evde sağlık kapsamı ihtiyacı olan hasta sayısı (n=9)			3		6	
	Evde sağlık kapsamından yararlanan hasta sayısı (n=3)			-		3	

Tablo 4.5’da girişim ve kontrol grubundaki inmeli hastaların evde sağlık hizmetlerinden yararlanma durumları ile ilgili dağılımları gösterilmiştir. Tablo ile ilgili olarak H_{1g} (Girişim grubundaki inmeli hastalar evde sağlık hizmetlerinden daha erken hizmet alacaktır) hipotezi kabul edilmemiştir. Evde sağlık hizmeti ihtiyacı olan girişim grubundaki 10 inmeli hasta evde sağlık hizmetlerinden yararlanırken, kontrol grubundaki ihtiyacı olan 9 hastanın 3’ü evde sağlık hizmetinden yararlanmıştır.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın planlanması ve yürütülmesindeki itici güç, sahada sağlık kurumları arasında yaşanan kopuklukların gözlenmesi, inmeli hastaların bakım verenlerinin yaşadığı zorluklar ve bunun hasta sonuçlarına olumsuz etkileri belirleyici olmuştur. İnmeli hastaların ailelerinin bakım verme yeterliliğini geliştirmek, hastaların bakım sonuçlarını iyileştirmek ve bakımın sürekliliği için süreçleri iyileştirmek amacıyla, GBM’ni temel alarak ülkemiz sağlık sistemine uyarlanması için geliştirilen TEMpEST programının etkisi çalışma hipotezleri doğrultusunda üç bölümde tartışılmıştır.

- TEMpEST programının bakım verenlerin yeterliliğini geliştirmesine ilişkin bulguların tartışılması
- TEMpEST programının hasta sonuçlarına ilişkin bulguların tartışılması
- TEMpEST programının sürece etkisine ilişkin bulguların tartışılması

Bu çalışmanın en önemli sınırlılığı, kontrol grubunda hasta bakım deneyimi olan bakım verenlerin sayısının girişim grubuna göre fazla olmasıdır. Bu durumun bakım verenlerin yeterliliğiyle ilgili sonuçları etkileyebileceği düşünülebilir. Ancak bakım verenlere ilişkin ölçüm sonuçlarını etkileyebilecek yaş, eğitim, çalışma durumu, hastaya yakınlık derecesi, bakmakla yükümlü olduğu kişi varlığı gibi diğer değişkenler ve hastanın fonksiyonel bağımsızlık derecesi, hastaneye yatış risk düzeyi gibi değişkenler açısından her iki grup arasında fark bulunmaması çalışma sonuçlarını güçlü kılmaktadır.

5.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin Bakım Verme Yeterliliği Yönünden Değerlendirilmesi

Çalışma kapsamına alınan her iki gruptaki bakım verenlerin, bakım verme yeterliliği başlangıçta “yeterli” düzeyde algılanırken, son testlerde kontrol grubunun aynı düzeyde kaldığı, TEMpEST programına alınan girişim grubundaki bakım verenlerin yeterlilik algısının “çok yeterli” düzeye yaklaştığı belirlenmiştir. Bu yöndeki hipotezimiz kabul edilmiştir. Bakım verenlerin öntestlerdeki yeterlilik algı düzeyi, inmeli hastaların bakım verenleri örnekleminde Türkçeye uyarlayan Demir ve Gözümlü’nün (2018) çalışmasına yakın bulunmuştur. Aynı şekilde, inmeli hastaların bakım verenleri için BVYÖ’nün Çin diline uyarlandığı çalışmada da (Cheng et al.

(2017) yeterlilik algı düzeyi benzer bulunmuştur. Bu çalışmada olduğu gibi Hartke ve King (2003)'in çalışmasında, inmeli hastaların yaşlı bakım verenlerine sekiz kez yapılan psikoeğitimsel telefon görüşmesinin girişim grubundaki bakım verenlerin yeterliliğini geliştirdiği belirlenmiştir. Dili, kültürü ve coğrafyası farklı da olsa inmeli hastaya bakım verenlerin yaşadıkları sorunlar ve bakım verme yeterlilik algıları benzerlik göstermektedir. TEMpEST grubunda hastane ve ev ziyareti, web destekli eğitim ve telefonla iletişim kısıtlı zamanı olan bakım verenlerin hastaları ile ilgili bilgiye erişimini kolaylaştırmıştır. Böylece, bakım verenlerin bilgi düzeyleri arttığı için bakım verme ile ilgili yeterlilik algılarının yükseldiği düşünülmektedir. Mevcut çalışmada ve Hartke ve King'in (2003) çalışma sonuçları, bakım verme yeterlilik algısının geliştirilebileceğini göstermesi bakımından umut verici kanıtlar sağlamaktadır.

Bu çalışmada bakım verenlerin yeterliliğini değerlendirmek için kullanılan bir diğer sonuç ölçümü, öz bildirimlerine göre bakım vermeye hazır oluşluk dereceleridir. Girişim grubundaki bakım verenlerin öntest puan ortalaması “kısmen hazırım”a denk gelirken, TEMpEST programı sonrasında “oldukça hazırım”a işaret eden bir düzeye yükselmiştir. Kontrol grubunda “kısmen hazırım” düzeyindeki hazır oluşluğun, son testte daha da azaldığı saptanmıştır. Bu konudaki ikinci hipotezimiz kabul edilmiştir. İnme gibi aniden gelişen hastalıklar bakım verenlerin bakım verme için hazır olma durumunu olumsuz etkilemektedir. Literatürde, aile desteği (Lutz ve ark., 2005), bakım yönetim programı (Chang ve ark., 2015) ve eğitim, izlem, ev ziyareti, danışmanlık, rehberlik gibi girişimlerin (Demir Avcı ve ark., 2016; Wagle ve ark., 2018) bakım verenlerin hazır oluşluklarını geliştirerek hastasına bakmaya hazır olma sürecini kısaltabileceği belirtilmiştir. Yapılan benzer bir çalışmada (Paksee ve ark., 2016), inmeli hasta ve bakım verenlerine uygulanan hastaneden eve geçiş programının taburculuktan bir ay sonra bakım verenlerin bakıma hazır oluşluklarını artırdığı saptanmıştır. Bu çalışmanın bulguları literatürdeki önceki sonuçları desteklemektedir.

İnmeli hastaların aile üyelerinin bakım verme yeterliliğinin bir diğer ölçümü gereksinim duyduğunda bilgiyi arama ve ulaşma becerisinin göstergesi olan e sağlık okuryazarlık yeterliliğidir. İnternette sağlık ile ilgili bilgileri bulma, okuma ve anlama elektronik sağlık okuryazarlığı olarak adlandırılmaktadır (Wentink ve ark., 2018). Hastaneden taburcu edilen inmeli hastaların iyileşme sürecinin devamında

kontrollere gitme, randevu alma, reçeteleri takip etme, evde sağlık birimleri ile iletişimi sağlama ve sürdürme gibi birçok gereksinim için bakım verenlerin interneti etkin kullanması, bilgiye ulaşmasını ve işlemlerini kolaylaştıracaktır. Bu nedenle hastaneden eve geçiş sürecinde bakım verenlerin sağlık okuryazarlığı geliştirilebilir (Enderlin ve ark., 2013). Önceki çalışmalar (Demir Avcı ve ark., 2016; Ross ve ark., 2016; Blacquiére ve ark., 2017; Wentink ve ark., 2018) inmeli hastaların bakım verenlerinin bilgiye erişmek için interneti ve tele sağlık hizmetlerini etkin kullandığını göstermektedir. Bu çalışmada TEMpEST programında uygulanan girişimlerden birisi bu gereksinimleri dikkate alarak hazırlanmış olan web sitesidir (<http://www.hastayakini.net>). Bu web sitesinde internetin pratik kullanımı ile ilgili bakım verenlere yönelik bilgiler de bulunmaktadır. Bakım verenler gereksinim duydukları bilgilere istedikleri zaman web sitesi aracılığıyla ulaşmışlardır. Ülkemizde kronik hastalığa sahip bireyler ve ailelerine web siteleri üzerinden yapılan eğitimlerin etkili olduğu gösterilmiştir (Demir ve Gözüm, 2015; Tutar Güven ve İşler, 2018; Terkeş ve Bektaş, 2018). Bu çalışmada TEMpEST programına katılan girişim grubunun elektronik sağlık okuryazarlığının yükseldiği, kontrol grubunda ise değişim olmadığı belirlenmiş olup hipotezimiz doğrulanmıştır.

Bu çalışmada girişim ve kontrol grubundaki bakım verenlerin tükenmişlik, duyarsızlaşma ve yetkinlik puan ortalamaları tükenmişliğin düşük düzeyde olduğuna işaret etmektedir. Aynı ölçüm aracının kullanıldığı iki çalışmada; yaşlıya evde bakım veren aile bireylerinde (Kalıncara ve Kalaycı, 2017) ve şizofreni hastalarının bakım verenlerinde (Kokarcan ve ark., 2015) algılanan tükenmişliğin bu çalışmadan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmanın örnekleminde ön testlerde tükenmişliğin düşük algılanmasının, bakım verme sürecinin yeni başlamış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Uzun süreli bakım vermede tükenmişlik kaçınılmazdır. Bakım verilen süre ve hasta ile geçirilen zaman arttıkça tükenmişlik artmaktadır (Eskes ve ark., 2015). TEMpEST programı kapsamında uygulanan müdahaleler sonrası bakım verenlerin tükenmişlik göstergelerinde değişme görülmezken, kontrol grubunda bakım verenlerin algıladıkları tükenmişliğin arttığı belirlenmiştir. Yapılan girişimler hissedilen tükenmişlik düzeyini azaltmamış, ancak sabit kalmasını sağlamış, bir başka anlatımla ilerlemesini engellemiştir. Kontrol grubundaki bakım verenlerin daha fazla tükenmişlik duygusunu hissettikleri belirlenmiştir. Çalışmamızda girişim grubundaki bakım verenlerin tükenmişliklerini

azaltmak için web sitesinde bilgiler bulunmaktadır. Ayrıca, taburculuktan sonraki uygulanan ev ziyareti, üç ay boyunca haftada en az bir telefonla iletişim bakım verenlerin tükenmişlikten etkilenmesini önlemiş olabilir. Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada (İnci ve Temel 2016a), inme hastalarının aile bakım vericileri için hazırlanan beş haftalık destek programına katılan deney grubundaki bakımvericilerin zorlanmasının azaldığı, sosyal destek algısı, stresle başa çıkma kapasitesi ve dayanıklılığın yükseldiği belirlenmiştir. TEMpEST grubunda tükenme ve duyarsızlaşma düzeyi aynı kalırken, kişisel başarının göstergesi olan yetkinlik alt boyutunda ilerleme sağlanmış olması önceki çalışmaları desteklemekte, bu konudaki hipotezimizi doğrulamaktadır.

5.2. Girişim ve Kontrol Grubundaki İnmeli Hastaların Hastaneye Geri Dönüş Oranları ve Bası Yarası Yönünden Değerlendirilmesi

Hastaneye geri dönüş oranları bakımından her iki grup arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. TEMpEST grubundan beş, kontrol grubundan yedi hasta taburcu olduktan sonraki üç ay içinde poliklinik randevuları dışında acil servise başvuru yapmıştır. Çalışma kapsamına alınan hastalar, LACE indeksine göre geri dönüş riski yüksek hastalardan oluşmaktadır. Bu nedenle geri dönüşlerin tamamen engellenmesi mümkün değildir, ancak azaltılabilir. Bu çalışmada gruplar arasındaki fark istatistiki olarak anlamlı olmasa bile, pratikte iki hastanın geri dönmemesinin maliyet değeri önemlidir. TEMpEST grubunun başvuru nedenleri; idrar yapamama, mide bulantısı, ani tansiyon yükseliği, solunum sıkıntısı iken; kontrol grubunda enfeksiyon, ağrı, kan şekerinin yükselmesi ve tansiyon düşmesidir. Girişim grubunda iki, kontrol grubunda üç inmeli hasta acil servisi iki kez kullanmıştır. Bu çalışma grubundaki geri dönüş nedenleri, inmeli hastaların izlemine yapan sağlık profesyonelleri tarafından izlenmeli ve nasıl önlenebileceği, kontrol edilebileceği konusunda rehberler hazırlanmalıdır. Hasta yakınları evde çözümleyebilecekleri sorunlar için hastaneye geri dönüş yaşayabilir (Ornstein ve ark; 2011; Prvu Bettger ve ark; 2012; Naylor ve ark; 2013). Geçiş Bakım Modeli'nin uygulanma amaçlarından biri de hastaneye geri dönüşleri azaltması nedeniyle maliyet etkin olmasıdır (Hirsman ve ark, 2015; Hirsman ve ark, 2017). Hemşire liderliğinde yapılan çalışmalarda, hastaneden eve taburculukta uygulanan girişimlerin hastaların acil başvurularını azalttığı (Naylor ve Keating, 2008; Condon ve ark., 2016), hastaların yaşam kalitelerini, memnuniyetlerini ve öz güvenlerini artırdığı

belirlenmiştir (Wong ve ark., 2014). Geçiş Bakım Modeli uygulanan başka bir çalışmada, benzer şekilde hastaların yaşam kalitesinin yükseldiği, depresyon teşhisi alma ve acil servis kullanma oranlarının azaldığı bildirilmiştir (Wong ve Yeung, 2015). Bu çalışmada TEMpEST programının umut verici bulguları olduğu, ancak etkinliğinin değerlendirilmesi için daha uzun süreli izlem yapılması, yeni çalışmalarda farklı düzeydeki hastalarda denenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmanın başlangıcında bası yarası orta risk düzeyinde olan her iki gruptaki hastalar, sontestte düşük risk seviyesinde tanımlanmıştır. Bu durum sontestte hastaların bağımsızlıklarının artmış ve defisitlerinin azalmış olmasıyla doğru orantılıdır. Bununla birlikte TEMpEST girişim grubunda bir kontrol grubunda iki hastada basınç ülseri gelişmiştir. Yeterli bilgi sahibi olamayan aile üyeleri tarafından sağlanan bakım, hasta sonuçlarını olumsuz etkiler. İyi bakım alamayan hastalarda basınç ülseri gelişebilir (Demirci Şahin ve ark., 2017; Lavallée ve ark; 2018). TEMpEST kapsamında hazırlanan web sitesinde inmeli hastaların bakımı ile ilgili ayrıntılı bir bölüm bulunmaktadır. Bu nedenle girişim grubundaki bakım verenler hastaları ile ilgili olası problemler ile ilgili önceden bilgi sahibi olma fırsatına sahip olmuştur. Ayrıca, 12 hafta süresince yapılan her telefon görüşmesinde basınç ülseri noktalarının gözlenmesi ve yatak içi egzersizlerin yapılması sorgulanmıştır. Tüm girişimlere karşı yaş, cinsiyet ve bağımlılık düzeyi gibi değiştirilemeyen risk faktörleri nedeniyle bir hastada bası yarası gelişmiştir. Kontrol grubunda ise iki hastada basınç ülseri saptanmıştır. Basınç ülserleri hastanın konforu, bakım verene getirdiği yük ve sağlık bakım maliyetleri açısından istenmeyen bir durumdur. Tek bir hastada bile azaltılması önemli bir sonuç olup, TEMpEST programının uzun dönemde daha fazla hastada kullanılarak sonuçların değerlendirilmesi önerilmektedir.

5.3. Girişim ve Kontrol Grubundaki İnmeli Hastaların Evde Sağlık Hizmeti Kapsamına Alınma Yönünden Değerlendirilmesi

Bu araştırmada girişim grubundaki hastaların evde sağlık hizmetlerinden daha erken hizmet alacaklarına ilişkin hipotezimiz doğrulanmamıştır. Mevcut işleyişte evde sağlık hizmetine başvuru yapıldığı zaman, evde sağlık ekibi bir hafta içinde hasta yakınlarına telefon veya ev ziyareti ile geri dönüş yapmak zorunda olduğu için girişim ve kontrol grubundaki tüm hastalar aynı sürede evde sağlık hizmeti almıştır. Bu durum standart süreçlerin etkin işlemesi bakımından değerlidir. Diğer taraftan, bu konuda yönlendirilmeleri nedeniyle girişim grubundaki inmeli hastalar evde sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmıştır. Orta ve ağır defisitleri nedeniyle evde sağlık hizmeti gereksinimi olan girişim grubundaki 10 inmeli hastanın tamamı evde sağlık hizmetlerinden yararlanırken, kontrol grubunda aynı düzeyde gereksinimi olan 9 hastanın 3'ü evde sağlık hizmetinden yararlanmıştır (Tablo 4.5). Bu anlamda GBM'nin süreç sonuçlarını değerlendirmek amacıyla hizmetin alınma zamanına ilişkin hipotezimiz standardize işleyiş nedeniyle reddedilse bile, gereksinimi olan hastaların mevcut süreçlerden daha çok yararlanması nedeniyle hipotez kabul edilebilir. Girişim grubunda daha az hastanın hastaneye geri dönüşünün olmasında, evde sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca bu süreçte bakım verenlerin yeterliliğindeki gelişmenin de evde sağlık hizmetlerinden etkin yararlanmalarını etkilediği söylenebilir. Geçiş Bakım Modeli'nin uygulama basamaklarından birisi ev ziyaretidir (Naylor ve Keating, 2008; Hirshman ve ark., 2017). Bu nedenle, girişim grubunda gereksinimi olan tüm inmeli hastalar evde sağlık kapsamına alınmış ve ev ziyaretleri evde sağlık ekibi ile yapılmıştır. Yaşlılar için GBM'nin incelendiği bir çalışmada, hemşireler tarafından yapılan ev ziyareti ve telefonla iletişim sağlanan girişim gruplarının kontrol grubuna göre, hastaneye geri dönüş oranlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Enderlin ve ark; 2018).

Ülkemizde hastaların evde sağlık hizmeti kapsamına alınması için hastanın yakınlarının başvuru yapması gerekmektedir. Sistematik, planlı ve programlı bir şekilde gereksinimi olan hastalar için hastaneden eve taburcu olurken evde sağlık kapsamına alınmayı sağlayan sistem bulunmamaktaydı. Çalışmanın yürütüldüğü dönemde çıkan bir yönetmeliğe göre, klinik doktorunun evde sağlık hizmeti gereksinimi olan hastayı belirleyip başvuru yapması gerekmektedir. Ancak

Çalışmanın yürütüldüğü dönemde henüz bu uygulamaya geilmemişti (T.C. Resmi Gazete. Hastanın Taburculuk Sonrası Evde Sağlık Hizmetleri Kapsamına Alınması. 29 Ocak 2018. Sayı: 95796091-020). Yeni başlayan bu sürecin etkilerinin izlenmesi ve raporlanması önemlidir. Evde sağlık hizmetlerinde hasta ve ailesinin bütüncül değerlendirilmesi ve hizmetin işlemlerle sınırlı olmayıp, bakım kapsamının genişletilmesi gerektiği düşünülmektedir. TEMpEST programına alınan bakım verenlere evde sağlık hizmetleri ve yerel yönetimlerin sağladığı evde bakım hizmetlerinin kapsamı konusunda bilgi verilmiş ve web sayfasında bunlara ilişkin bir alan sağlanmıştı (www.hastayakini.net). Tüm bu girişimler bakım verenlerin yeterliliğini artırarak var olan bakım desteklerinden etkin yararlanmalarını sağlamış olabilir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuçlar

Bakım verenlere ilişkin sonuçlar

- ✓ GBM'ne temellenen TEMpEST programı bakım verenlerin yeterliliğini, bakıma hazır oluşluklarını, elektronik sağlık okuryazarlığını artırmada ve bakım verenlerin tükenmişliğini önlemede etkilidir.

Hasta Sonuçları

- ✓ TEMpEST programına katılan girişim grubundaki hastalar arasında 12 hafta içinde hastaneye geri dönenlerin sayısı 5, iken kontrol grubunun 7'si hastaneye tekrar yatış yapmıştır.
- ✓ Girişim grubunda bir, kontrol grubunda iki inmeli hastada bası yarası gelişmiştir.

Süreç sonuçları

- ✓ Her iki gruptaki hastaların evde sağlık hizmetlerinden yararlanmaya başlama zamanı aynıdır. Ancak evde sağlık hizmeti gereksinimi olan girişim grubundaki 10 inmeli hasta evde sağlık hizmetlerinden yararlanırken, kontrol grubunda gereksinimi olan 9 hastanın 3'ü evde sağlık hizmetinden yararlanmıştır.

Öneriler

Uygulamaya yönelik öneriler

- ✓ Girişim türlerinden telefonla iletişim ve ev ziyareti sayısına hastanın bağımlılık düzeyine göre karar verilmelidir.
- ✓ Girişim türlerinden ev ziyareti gereksinimine klinik hekim ve hemşiresi tarafından karar verilmelidir.
- ✓ Evde sağlık ekibi, ev ziyareti yapmadan önce hastanın yattığı klinik ile iletişime geçmelidir. Böylece, hastanın önceki öyküsüne göre değerlendirme yapılması sağlanabilir.
- ✓ İnme teşhisi ile yatış yapan tüm hastaların yakınlarının tükenmişliklerini engellemek için psikosozyal destek sağlanmalıdır.
- ✓ İnmeli hastaların bakım verenlerine yönelik geliştirilen web sayfası (hastayakini.net) kullanılabilir.

Araştırmacılara yönelik öneriler

- ✓ Geçiş Bakım Modeli'ni temel alan TEMpEST programı aile bakımına gereksinimi olan bağımlı tüm hasta gruplarında denenebilir.
- ✓ TEMpEST programı kapsamında uygulanan telefonla arama sayısı, hastanın sağlık durumuna ve gereksinimine göre değişebilir.
- ✓ TEMpEST programının hasta sonuçlarına etkisi ile ilgili maliyet etkililik çalışmaları yapılabilir.
- ✓ Geçiş Bakım Modeli'ne temellenen TEMpEST veya benzeri girişimlerin sonuçlarının parametrik testlerle değerlendirilebilmesi için daha çok sayıda hasta ve ailesinde denenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Akın B, Lök N. Yaşlılarda düşme yönünden ev içi çevre özellikleri değerlendirme formunun geçerlilik ve güvenilirliği. Akademik Geriatri Dergisi. 2012;4(3):142-151.

Aktaş A. İnme ile ilgili genel bilgiler (içinde). İnme sonrası bakım. İstanbul Kitabevi, 2012, s:3-16

Araújo O, Lage I, Cabrita J, Teixeira L. Intervention in informal caregivers who take care of older people after a stroke (InCARE): study protocol for a randomised trial. J Adv Nurs. 2015;71(10):2435-43.

Archbold PG, Stewart BJ, Greenlick MR, Harvath T. Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. Res Nurs Health. 1990;13(6):375–384.

Bakas T, Farran CJ, Austin JK, Given BA, Johnson EA, Williams LS. Stroke caregiver outcomes from the telephone assessment and skill-building kit (TASK). Top Stroke Rehabil. 2009;16(2):105-21.

Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The braden scale for predicting pressure sore risk. Nurs Res. 1987;36(4):205-10.

Boyraz S, Gökçe S. İnmeli hastanın evde bakımı (içinde). Evde bakım. Ed. Bahar Z, Beşer A. Akademi Basın. İstanbul. 2017b, s:91-108.

Boyraz S, Gökçe S. İnmeli hasta ve hemşirelik bakımı. (içinde). Ed. Bilgili N. Kitiş Y. Yaşlılık ve Yaşlı Sağlığı. 1. Baskı, Ankara, Vize Yayıncılık. 2017a, s:197-220.

Blacquiére D, Lindsay MP, Foley N, Taralson C, Alcock S, Balg C., Ghanem A. Canadian stroke best practice recommendations: Telestroke best practice guidelines update 2017. International Journal of Stroke, 2017;12, 886-895.

Bradway C, Trotta R, Bixby MB, McPartland E, Wollman MC, Kapustka H, ... Naylor M. D. A qualitative analysis of an advanced practice nurse-directed transitional care model intervention. Gerontologist. 2012;52(3):394-407. doi:10.1093/geront/gnr078.

Brooke J. SUS: A quick and dirty usability scale. In P. Jordan, B. Thomas, B. Weerdmeester, I. McClelland (Eds.), *Usability Evaluation in Industry*. London: Taylor & Francis. 1996, p:189-194.

Callahan CM, Unverzagt FW, Hui SL, Perkins AJ, Hendrie HC. Six-item screener to identify cognitive impairment among potential subjects for clinical research. *Medical care*. 2002;40(9):771-781.

Chang AK, Park YH, Fritchi C, Kim MJ. A family involvement and patient tailored health management program in elderly Korean stroke patient' day care centers. *Rehabilitation Nursing*. 2015;40(3):179-87. doi: 10.1002/rnj.95.

Charnock D. *The DISCERN handbook. Quality criteria for consumer health information on treatment choices*. Radcliffe: University of Oxford and The British Library, 1998, p:7-51.

Cheng HY, Chair SY, Chau JP. Psychometric evaluation of the caregiving competence scale among Chinese family caregivers. *Rehabilitation Nursing*. 2017;42(3): 157-163. doi: 10.1002/rnj.207.

Cheng HY, Chair SY, Chau JP. The effectiveness of psychosocial interventions for stroke family caregivers and stroke survivors: A systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns*. 2014;95(1):30-44.

Coleman EA, Roman SP, Hall KA, Min SJ. Enhancing the care transitions intervention protocol to better address the needs of family caregivers. *J Healthc Qual*. 2015;37(1):2-11. doi: 10.1097/01.JHQ.0000460118.60567.fe.

Coleman EA, Roman SP. Family caregivers' experiences during transitions out of hospital. *J Healthc Qual*. 2015;37(1):12-21. doi:10.1097/01.JHQ.0000460117.83437.b3.

Condon C, Lycan S, Duncan P, Bushnell C. Reducing readmissions after stroke with a structured nurse practitioner/registered nurse transitional stroke program. *Stroke*. 2016;47(6):1599-604. doi: 10.1161/STROKEAHA.115.012524.

Coşkun S, Bebiş H. Adölesanlarda e-sağlık okuryazarlığı ölçeği: Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Gülhane Tıp Derg. 2015;57:378-384 doi: 10.5455/gulhane.157832.

Cowan MJ, Shapiro M, Hays RD, Afifi A, Vazirani S, Ward CR, Ettner SL. The effect of a multidisciplinary hospitalist/physician and advanced practice nurse collaboration on hospital costs. Journal of Nursing Administration. 2006;36(2):79-85.

Curry LC, Walker C, Hogstel MO, Burns P. Teaching older adults to self-manage medications: Preventing adverse drug reactions. Journal of Gerontological Nursing. 2005;31(4):32-42.

De Alba I, Amin A. Pneumonia readmissions: Risk factors and implications. The Ochsner Journal. 2014;14(4):649-654.

Demir Avcı, Y , Gözüml, S , Özer, Z . (2016). İnmeli hastaların ailelerinin, bakım verme yeterliliğini geliştirmek için yapılan girişimler: Sistematiğ Derleme. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2016;10(3):164-174. doi: 10.21763/tjfmpe.46799.

Demir Y, Gözüml S. Sağlık eğitiminde yeni yönelimler; web destekli sağlık eğitimi. DEUHFED. 2011;4(4):193-203.

Demir Y, Gozum S. Evaluation of quality, content, and use of the web site prepared for family members giving care to stroke patients. Comput Inform Nurs. 2015;33(9):396-403. doi: 10.1097/CIN.0000000000000165.

Demir Avcı, Y, Gözüml, S. Turkish adaptation, validity and reliability of the Caregiving Competence Scale. 1. Uluslararası 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi. 23 - 26 Nisan 2018. Ankara.

Demirci Şahin A, Seyrek S, Ertürk A, Baydar Artantaş A. Evde bakım hastalarında bası yaraları ve hastaların demografik özellikleri. Konuralp Tıp Dergisi. 2017;9(1):14-18.

Ditewig JB, Blok H, Havers J, van Veenendaal H. Effectiveness of self-management interventions on mortality, hospital readmissions, chronic heart failure hospitalization rate and quality of life in patients with chronic heart failure: A systematic review. *Patient Education and Counseling*. 2010;78(3):297-315. doi:10.1016/j.pec.2010.01.016

Draper B, Bowring G, Thompson C, Van Heyst J, Conroy P, Thompson J. Stress in caregivers of aphasic strokepatients: A randomized controlled trial. *Clin Rehabil* 2007;21(2):122-30.

Durna Z, Akın S. (2014). Geçici İskemik Atak ve İnme Geçiren Hastalarda Bakım. (içinde). Çeviri Ed. Topçuoğlu MA, Durna Z, Karadakovan A. *Nörolojik Bilimler Hemşireliği*. Nobel tıp Kitabevi,357-379.

Enderlin CA, McLeskey N, Rooker JL, Steinhauer C, D'Avolio D, Gusewelle R, EnnenKA. Review of current conceptual models and frameworks to guide transitions of care in older adults. *Geriatr Nurs*. 2013;34(1):47-52. doi: 10.1016/j.gerinurse.2012.08.003.

Eskes GA, Lanctôt KL, Herrmann N, Lindsay P, Bayley M, Bouvier L, Dawson D, Egi S, Gilchrist E, Green T, Gubitza G, Hill MD, Hopper T, Khan A, King A, Kirton A, Moorhouse P, Smith EE, Green J, Foley N, Salter K, Swartz RH. Heart Stroke Foundation Canada Canadian Stroke Best Practices Committees Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Mood, Cognition and Fatigue Following Strokepractice guideline, update 2015. *Int J Stroke*. 2015;10(7):1130-40. doi: 10.1111/ij.12557.

Feldman JD, Otting RI, Otting CM, Witry MJ. A community pharmacist-led service to facilitate care transitions and reduce hospital readmissions. *J Am Pharm Assoc*. 2018;58(1):36-43. doi:10.1016/j.japh.2017.09.004.

Forster A, Dickerson J, Young J, Patel A, Kalra L, Nixon J, TRACS Trial Collaboration. A structured training programme for caregivers of in patients after stroke (TRACS): A cluster randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Lancet*. 2013; 21:382(9910):2069-76.

Franzén-Dahlin A, Larson J, Murray V, Wredling R, Billing E. A randomized controlled trial evaluating the effect of a support and education programme for spouses of people affected by stroke. Clin Rehabi. 2008; 22(8):722-30.

Garrison GM, Mansukhan MP, Bohn B. Predictors of thirty-day readmission among hospitalized family medicine patients. The Journal of the American Board of Family Medicine. 2013;26(1):71-77. doi: 10.3122/jabfm.2013.01.120107.

Gökdoğan F. Yazılı materyallerin kalitesinin gözden geçirilmesi. Onkoloji Hemşireliği Derneği Bülteni. 2003, p:8-16.

Güler A, Turgut N, Topaktaş S, Topçuoğlu MA, Şirin H, Sağduyu Kocaman A, Kutluk K, Uzuner N. Komplikasyonların Tedavisi ve Yoğun Bakım: Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu – 2015. Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi. 2015;21(3):153-160.

Gündüz B, Çapri B, Gökçakan Z. Mesleki tükenmişlik, işle bütünleşme ve iş doyumu arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Journal of Educational Sciences Research International E-Journal, 2013;3: 29-49. doi:http://dx.doi.org/10.12973/jesr.2013.312a.

Hartke RJ, King RB. Telephone group intervention for older stroke caregivers. Topics in Stroke Rehabilitation. 2003;9(4):65–81.

Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database Syst Cochrane Database Syst Rev. 2008;16(2):CD000011. doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub3.

Hirschman K, Shaid E, McCauley K, Pauly M, Naylor M. "Continuity of Care: The Transitional Care Model" OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. 2015; 20: 3.

Hirschman KB, Shaid E, Bixby MB, Badolato DJ, Barg R, Byrnes MB, Byrnes R, Stretton J, Naylor MD. Transitional Care in the Patient-Centered Medical Home: Lessons in Adaptation. J Healthc Qual. 2017;39(2):67-77. doi: 10.1097/01.JHQ.0000462685.78253.e8.

Hoyer EH, Brotman DJ, Apfel A, Leung C, Boonyasai RT, Richardson M, Lepley D, Deutschendorf A. Improving Outcomes After Hospitalization: A Prospective Observational Multicenter Evaluation of Care Coordination Strategies for Reducing 30-Day Readmissions to Maryland Hospitals. *J Gen Intern Med.* 2018;33(5):621-627. doi: 10.1007/s11606-017-4218-4.

İnci FH, Temel AB. The effect of the support program on the resilience of female family caregivers of stroke patients: Randomized controlled trial. *Appl Nurs Res.* 2016a;32:233-240. doi: 10.1016/j.apnr.2016.08.002.

İnci FH, Temel AB. İnmeli hastaya bakım veren aile bireylerinin gereksinimleri: Sistematik inceleme. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2016b;3(3):28-43.

Jack BW, Chetty VK, Anthony D, Greenwald JL, Sanchez GM, Johnson AE, Forsythe SR, O'Donnell JK, Paasche-Orlow MK, Manasseh C, Martin S, Culpepper LA. Reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: A randomized trial. *Annals of internal medicine.* 2009;150(3):178-187.

Kadirhan Z, Gül A, Battal A. Sistem kullanılabilirlik ölçeği: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Educational Sciences and Practice.* 2015;14(28):149-167.

Kalınkara V, Kalaycı I. Yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik yaşı sorunları . *Elderly Issues Research Journal.* 2017; (10)2:19-39.

Karaman S, Karadakovan A. The study on the validity and reliability of preparedness for caregiving scale in family caregivers of stroke patients. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2015;31(1):1-10.

King RB, Hartke RJ, Houle T, Lee J, Herring G, Alexander-Peterson BS, et al. A problem-solving early intervention for stroke caregivers: One-year follow-up. *Rehabil Nurs.* 2012; 37(5):231-43.

Kokarcan A, Yılmaz Özpolat A, Göğüş AK. Burnout in caregivers of patients with schizophrenia. *Turk J Med Sci.* 2015; 45: 678-685.

Küçükdeveci AA, Yavuzer G, Elhan AH, Sonel B, Tennant A. Adaptation of the functional independence measure for use in Turkey. *Clin Rehabil.* 2001;15:311-9.

Lavallée JF, Gray TA, Dumville J, Cullum N. Barriers and facilitators to preventing pressure ulcers in nursing home residents: A qualitative analysis informed by the Theoretical Domains Framework. *Int J Nurs Stud.* 2018;4:82:79-89. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.12.015.

Levine C, Halper D, Peist A, & Gould DA. Bridging troubled waters: Family caregivers, transitions, and long-term care. *Health Affairs (Millwood).* 2010;29(1):116-124. doi: 10.1377/hlthaff.2009.0520

Lutz BJ, Young ME, Creasy KR, Martz C, Eisenbrandt L, Brunny JN, Cook C, Mant J, Winner S, Roche J, Wade DT. Family support for stroke: one year follow up of a randomized controlled trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2005; 76(7):1006-8.

Mant J, Winner S, Roche J, Wade DT. Family support for stroke: one year follow up of a randomised controlled trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005 Jul;76(7):1006-8.

McCauley, KM, Bixby MB, Naylor MD. Advanced practice nurse strategies to improve outcomes and reduce cost in elders with heart failure. *Disease Management.* 2006;9(5):302-310. doi: 10.1089/dis.2006.9.302

Mitchell SE, Martin J, Holmes S, van Deusen Lukas C, Cancino R, Paasche-Orlow M, Brach C, Jack B. How hospitals reengineer their discharge processes to reduce readmissions. *J Healthc Qual.* 2016;38(2):116-26. doi: 10.1097/JHQ.0000000000000005.

Naylor MD, Bowles KH, McCauley KM, Maccoy MC, Maislin G, Pauly MV, Krakauer R. High-value transitional care: Translation of research into practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice.* 2013;19(5):727-733. doi:10.1111/j.1365-2753.2011.01659.x

Naylor MD, Cleave JV. The transitional care model for older adults. In A. I. Meleis (Ed.), *Transition theory: The transitional care model for older adults* 2010; New York: Springer Publishing p:455-494

Naylor MD, Sochalski JA. Scaling up: bringing the transitional care model into the mainstream Issue Brief (Commonw Fund). 2010;103:1-12.

Naylor M, Keating SA. Transitional care. Am J Nurs. 2008;108(9 Suppl):58-63; quiz 63. doi: 10.1097/01.NAJ.0000336420.34946.3a.

Naylor MD, Hirschman KB, Hanlon AL, Bowles KH, Bradway C, McCauley KM, Pauly MV. Comparison of evidence-based interventions on outcomes of hospitalized, cognitively impaired older adults. J Comp Eff Res. 2014;3(3):245-57. doi: 10.2217/ce.14.14.

Nelson J, Pulley A. Transitional care can reduce hospital readmissions. Am Nurse Today. 2015;10:8.

Nicholas JA, Hall WJ. Screening and preventive services for older adults. The Mount Sinai Journal of Medicine, New York. 2011;78(4):498-508. doi: 10.1002/msj.20275.

Norman CD, Skinner HA. eHEALS: The eHealth Literacy Scale. Journal of Medical Internet Research. 2006;8(4): 1-7

Oğuz S, Olgun N. Braden Ölçeği ile Hastaların Risklerinin Belirlenmesi ve Planlı Hemşirelik Bakımının Bası Yaralarının Önlenmesindeki Etkisinin Saptanması. Hemşirelik Forum Dergisi. 1997;2(1):131-5

Ornstein K, Smith KL, Foer DH, Lopez-Cantor MT, Soriano T. To the hospital and back home again: A nurse practitioner-based transitional care program for hospitalized homebound people. Journal of the American Geriatrics Society. 2016;59(3): 544–551. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03308.x>

Ostwald SK, Godwin KM, Cron SG, Kelley CP, Hersch G, Davis S. Home-based psycho educational and mailed information programs for stroke-caregiving dyads post-discharge: A randomized trial. Disabil Rehabil 2014 36(1):55-62.

Ouslander JG, Bonner A, Herndon L, Shutes J. The Interventions to Reduce Acute Care Transfers (INTERACT) quality improvement program: an overview for

medical directors and primary care clinicians in long term care. *J Am Med Dir Assoc.* 2014;15(3):162-70. doi: 10.1016/j.jamda.2013.12.005.

Öztürk Y, Demir C, Gursoy K, Koselerle R. What factors influence survival in stroke: Turkey Case. *Value Health.* 2015;18(7):A401-402 doi: 10.1016/j.jval.2015.09.928.

Paksee N, Sirapo-ngam Y, Monkong S, leelacharas S. Effect of transitional care program for stroke patients and family caregivers on caregiver's preparedness, stress, adaptation, and satisfaction. *Ramathibodi Nursing Journal [Internet].* 2018;22(1):65-0.

Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, & Skaff MM. Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist.* 1990;30(5):583–594

Pierce LL, Steiner VL, Khuder SA, Govoni AL, Horn LJ. The effect of a Web-based stroke intervention on carers' well-being and survivors' use of health care services. *Disabil Rehabil.* 2009;31(20),1676-84.

Pınar R, Oğuz S. Norton ve Braden Bası Yarası Değerlendirme ölçeklerinin yatağa bağımlı aynı hasta grubunda güvenirlik ve geçerliğinin sınanması. VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi- Uluslararası Katılımlı Kongre Kitabı, Damla Matbaacılık Ltd. Şti., 1998;172-175.

Potvin O, Forget H, Grenier S, Prévillle M, & Hudon C. Anxiety, depression, and 1-year incident cognitive impairment in community-dwelling older adults. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2011;59(8):1421-1428. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03521.x.

Prvu Bettger J, Alexander KP, Dolor RJ, Olson DM, Kendrick AS, Wing L, Coeytaux RR, Graffagnino C, Duncan PW. Transitional care after hospitalization for acute stroke or myocardial infarction: a systematic review. *Annals of Intern Med.* 2012 Sep 18;157(6):407-16. doi: 10.7326/0003-4819-157-6-201209180-00004.

Rennke S, Ranji SR. Transitional care strategies from hospital to home: a review for the neurohospitalist. *Neurohospitalist*. 2015;5(1):35-42. doi: 10.1177/1941874414540683.

Robert S, Moore LC, Jack B. Improving discharge planning using the re-engineered discharge programme. *J Nurs Manag*. 2018;17. doi:10.1111/jonm.12719.

Robertson DA. Evaluation of a Modified BOOST tool in the acute care setting: A retrospective analysis. *J Nurs Care Qual*. 2017;32(1):62-70.

Ross J, Stevenson F, Lau R, Murray E. Factors that influence the implementation of e-health: a systematic review of systematic reviews (an update). *Implement Sci*. 2016;11(1):146.

Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Maslach, C. & Jackson, S. E. (Eds.) *Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 1996.

Smith GC, Egbert N, Dellman-Jenkins M, Nanna K, Palmieri PA. Reducing depression in stroke survivors and their informal caregivers: A randomized clinical trial of a web-based intervention. *Rehabil Psychol*. 2012;57(3):196-206.

T.C. Resmi Gazete. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. 10 Mart 2005. Sayı: 25751.

T.C. Resmi Gazete. Hastanın Taburculuk Sonrası Evde Sağlık Hizmetleri Kapsamına Alınması. 29 Ocak 2018. Sayı: 95796091-020.

T.C. Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Verilen Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik. 27 Şubat 2015. Sayı: 29280).

T.C. Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığı. 25 Nisan 2017. Sayı: 4954233-020-E.496554233-020-435.

T.C. Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığı. 25 Nisan 2017. Sayı: 4954233-020-E.496554233-020-435.

T.C. Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergede Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge. 24 Şubat 2011. Sayı: 8751.

T.C. Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. 01 Şubat 2010. Sayı: 3895.

Temizer H, Gözüm S. Impact of nursing care initiatives on the knowledge level and perception of caregiving difficulties of family members providing home care to stroke patients. HealthMED . 2012;6(8):2681-88.

Terkeş N. Tip 2 diyabetli birayler için web tabanlı eğitim programı geliştirilmesi ve programın diyabet yönetimine etkisi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2018, Antalya, (Danışman: Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ, Prof. Dr. Mustafa Kemal Balcı).

Thrift AG, Thayabaranathan T, Howard G, Howard VJ, Rothwell PM, Feigin VL, Norrving B, Donnan GA, Cadilhac DA. Global stroke statistics. Int J Stroke. 2017;12(1):13-32. doi: 10.1177/1747493016676285.

Toles MP, Abbott KM, Hirschman KB, Naylor MD. Transitions in care among older adults receiving long-term services and supports. Journal of Gerontological Nursing. 2012;38(11):40-47. doi: 10.3928/00989134-20121003-04

Türkiye kalp ve damar hastalıklarını önleme ve kontrol programı birincil, ikincil, üçüncül korumaya yönelik stratejik plan ve eylem planı kitabı (2010-2014) Sağlık Bakanlığı yayın no: 812, 2010 56-59.

Tutar Güven Ş. Epilepsi hastalığı olan çocuk ve ailelerine yönelik geliştirilen web tabanlı eğitim programının etkisinin değerlendirilmesi A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2018, Antalya, (Danışman: Prof. Dr. Ayşegül İŞLER DALGIÇ, Prof. Dr. Özgür DUMAN).

Uzuner N, Kutluk K, Balkan S, Güngör L, Melek İ, Alioğlu Z ve ark, İnme tanı ve tedavisi klavuzu 2015. Editör: Uzuner N, Kutluk K, Balkan S. Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği yayını. 2015.

Van Walraven C, Dhalla IA, Bell C, Etchells E, Stiell IG, Zarnke K, Austin PC, Forster AJ. "Derivation and validation of an index to predict early death or unplanned readmission after discharge from hospital to the community." *CMAJ*. 2010; 6:182(6):551-7.

Wagle KC, Skopelja EN, Campbell NL. Caregiver based interventions to optimize medication safety in vulnerable elderly adults: A Systematic Evidence-Based Review. *J Am Geriatr Soc*. 2018;66(11):2128-2135. doi: 10.1111/jgs.15556.

Wentink MM, VAN Bodegom-Vos L, Brouns B, Arwert HJ, Vlieland TPMV DE Kloet AJ, Meesters JJJ. What is Important in e-health interventions for stroke rehabilitation? a survey study among patients, informal caregivers and health professionals. *Int J Telerehabil*. 2018;10(1):15-28. doi: 10.5195/ijt.2018.6247.

Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, Deruyter F, Eng JJ, Fisher B, Harvey RL, Lang CE, MacKay-Lyons M, Ottenbacher KJ, Pugh S, Reeves MJ, Richards LG, Stiers W, Zorowitz RD. Guidelines for a adult stroke rehabilitation and recovery: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2016;47(6):e98-e169. doi: 10.1161/STR.0000000000000098.

Wong FK, Chow SK, Chan TM, Tam SK. Comparison of effects between home visits with telephone calls and telephone calls only for transitional discharge support: A randomised controlled trial. *Age and ageing*. 2014;43(1):91-7. doi: 10.1093/ageing/aft123.

Wong FK, Yeung SM. Effects of a 4-week transitional care programme for discharged stroke survivors in Hong Kong: a randomised controlled trial. *Health Soc Care Community*. 2015;23(6):619-31. doi: 10.1111/hsc.12177.

Yalın H. İnme sonrası hastaların fonksiyonel durum, engellilik ve yaşam kaliteleri. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2011, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Necmiye SABUNCU).

EKLER

EK-1

MODİFİYE RANKİN SKALASI

Hasta Adı-Soyadı:
...../...../.....

Tarih:

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

FONKSİYONEL BAĞIMSIZLIK ÖLÇEĞİ**Seviyeler:**

7-Tam Bağımsız Yardımsız

YARDIMSIZ

6-Kısmi Bağımsız (yardımcı cihaz gereklidir)

Kısmi Bağımlı

YARDIMLI

5-Fiziksel yardım gerekmez, sözel uyarılar yeterlidir.

4-Minimal yardım (Hasta= %75-99)

3-Orta derecede yardım (Hasta= %50-75) Yardım Gereklidir

Tam Bağımlı

2-Maksimal yardım (Hasta=%25-50)

1-Tam yardım (Hasta= %0-25)

KENDİNE BAKIM

A-Yemek yeme

B-Kendine bakım (traş, makyaj v.s.)

C-Yıkanma

D-Üst taraf giyimi

E-Alt taraf giyimi

F-Tuvalet kullanımı

SFİNKTER KONTROLÜ

G-Mesane bakımı

H-Bağırsak bakımı

TRANSFER

I-Yatak, sandalye, tekerlekli sandalye,.....

J-Tuvalet

K-Banyo, duş

YER DEĞİŞTİRME (Lokomosyon)

L-Yürüme/tekerlekli sandalye , her ikisi.....

M-Merdiven

MOTOR SKOR TOPLAMI:.....**İLETİŞİM**

N-Anlama (İşitsel veya görsel, her ikisi) İ/G

O-İfade edebilme (Sesli veya sessiz, her ikisi) S/S

SOSYAL ALGILAMA

P-Sosyal katılım (etkileşim).....

R-Problem çözme

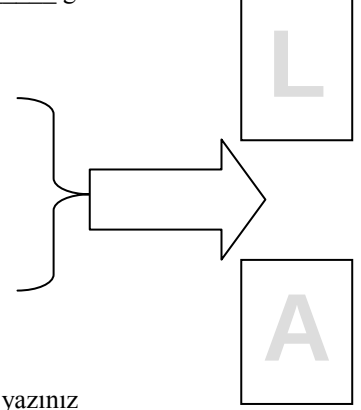
S-Hafıza

KOGNİTİF SKOR:.....**TOPLAM SKOR:.....**

LACE İNDEKS**Hastaneye Yeniden Yatış Risk Değerlendirmesi için LACE İndeksi Puanlama Aracı****1. Adım: Hastanede Kalış Süresi**

Kalış Süresi (yatış yapılan ve taburcu olunan gün dahil): _____ gün

Kalış Süresi (gün)	Puan (uygun şekilde daire içine alınız)
1	1
2	2
3	3
4-6	4
7-13	5
14 veya daha uzun	7

**2. Adım: Yatışın Önceliği (Aciliyeti)**

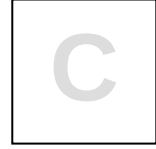
Hasta acil servis bölümü yoluyla mı hastaneye yatırıldı?

Eğer evet ise, A Kutusuna “3” yazınız, değilse A Kutusuna “0” yazınız

3. Adım: Komorbiditeler (Ek hastalıklar)

Durum (ters giden durumla ilgili açıklama ve notlar)	Puan (uygun şekilde daire içine alınız)	
Daha önce geçirilmiş miyokard enfarktüsü	+1	
Serebrovasküler hastalık	+1	
Periferik vasküler hastalık	+1	
Komplikasyonu olmayan diyabet	+1	
Konjestif kalp yetmezliği	+2	
Hedef organ hasarlı diyabet	+2	
Kronik akciğer hastalığı	+2	
Hafif karaciğer veya böbrek hastalığı	+2	
Herhangi bir tümör (lenfoma veya lösemi dahil)	+2	
Demans	+3	
Bağ doku hastalığı	+3	
AIDS	+4	
Orta derecede ya da şiddetli karaciğer veya böbrek hastalığı	+4	
Metastatik solid tümör	+6	
TOPLAM		

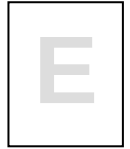
Eğer TOPLAM puan 0 ve 3 arasındaysa C Kutusuna puanı yazınız. Eğer puan 4 veya üzerindeyse C kutusuna 5 yazınız

**4. Adım: Acil Servis Viziteleri**

Hastaneye yatıştan önceki altı ay içinde hasta kaç kez acil servise geldi

(son yatıştan hemen önce acil servise gelmesi haricinde)? _____

E Kutusuna bu sayıyı veya 4'ü (hangisi daha küçükse) yazınız



LACE puanını oluşturmak için L Kutusu, A Kutusu, C Kutusu, E Kutusundaki rakamları toplayınız ve aşağıdaki kutuya yazınız.

LACE Puanı Yeniden Yatış Riski : ≥ 10 Yüksek Risk

Durum	Açıklama ve/veya notlar
Daha önce geçirilmiş miyokard enfarktüsü	Önceden geçirilmiş kesin veya olası bir Miyokard enfarktüsü
Serebrovasküler hastalık	inme ya da geçici iskemik atak (GİA) geçirenler
Periferik vasküler hastalık	Ara sıra topallama, ameliyat ya da stent hikayesi, kangren ya da akut iskemi, tedavi edilmemiş abdominal ya da torasik aort anevrizması
Komplikasyonu olmayan diyabet	Retinopati, nefropati ya da nöropati yok
Konjestif kalp yetmezliği	Semptomları uygun ilaç tedavisine yanıt vermiş olan KKY hastası
Hedef organ hasarlı diyabet	Retinopati, nefropati ya da nöropatili diyabet
Kronik akciğer hastalığı	
Hafif karaciğer veya böbrek hastalığı	Siroz ancak portal hipertansiyon (varis yok, assit yok) VEYA kronik hepatit yok Kronik Böbrek Hastalığı
Herhangi bir tümör (lenfoma veya lösemi dahil)	Solid tümörler son 5 yıl içerisinde tedavi edilmiş olmalı; kronik lenfositik lösemi (KLL) ve polisitemia vera (PV)'yi kapsar
Demans	Herhangi bir bilişsel yetersizlik??
Bağ doku hastalığı	Sistemik lupus eritematosus (SLE), polimiyozit, karışık bağ doku hastalığı, orta düzey ve şiddetli romatoid artrit ve romatizmal polimiyalji
AIDS	AIDS-tanımlı fırsatçı enfeksiyon ya da CD4 < 200
Orta derecede ya da şiddetli karaciğer veya böbrek hastalığı	Portal hipertansiyonlu siroz (assit yada varis kanaması) Son dönem Böbrek Hastalığı, Hemodiyaliz ya da Periton Diyalizi
Metastatik solid tümör	Herhangi bir Metastatik Tümör

BAKIM VERME YETERLİLİĞİ ÖLÇEĞİ

Değerli bakım verenler,

Aşağıda hastaya bakarken algıladığınız bakım verme yeterliliğiniz ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Sizden istenen hastaya bakarken aşağıdaki ifadeler ile ilgili kendinizi yeterli hissedip hissetmediğinizi belirtmenizdir. Sizin için en uygun olan seçeneği cevaplayın.

	Hiç Yeterli Değil	Biraz Yeterli	Yeterli	Çok Yeterli
1 Hastanıza bakım ile ilgili zor bir durumla karşılaşırsanız bu durumla başa çıkmayı öğrendiğinize ne kadar inanıyorsunuz?				
2.Tüm koşulları göz önünde bulundurarak ne kadar iyi bir bakım veren olduğunuzu düşünüyorsunuz?				
3.Hastanıza bakım verme konusunda kendinizi ne kadar yeterli hissediyorsunuz?				
4 Hastanıza bakım verme konusunda kendinize ne kadar güveniyorsunuz?				

BAKIMA HAZIR OLUŞLUK ÖLÇEĞİ

Hastanıza bakım vermeye hazır olma durumunuzu bilmek için aşağıdaki sorulara cevap vermenizi istiyoruz. Şuan hastanıza siz bakım vermiyor olsanız bile, taburcu olduktan sonra evde bakım vermeye hazır olma durumunuzu aşağıdaki seçeneklerden size uygun olanı seçerek cevaplayınız.

	Hiç hazır değilim	Yeterince hazır değilim	Kısmen hazırım	Oldukça hazırım	Tamamen hazırım
1.Hastanızın fiziksel bakım ihtiyacını karşılamaya hazır mısınız?					
2.Hastanızın duygusal gereksinimlerini karşılamaya hazır mısınız?					
3.Hastanızın ihtiyacı olan bakımın neler olduğunu bilmeye/anlamaya ve bu ihtiyaçları karşılamaya hazır mısınız?					
4.Bakım verme stresiyle baş etmeye hazır mısınız?					
5.Hastaya evde vereceğiniz bakımdan sizin ve hastanızın memnun olacağı konusunda ne kadar hazırsınız?					
6.Hastanızla ilgili gelişebilecek acil durumların önemini kavrama ve başa çıkmaya hazır mısınız?					
7.Gerektiğinde sağlık kurumlarından bilgi ve yardım istemeye hazır mısınız?					
8.Hastanıza bakım verme konusunda kapsamlı olarak hazır mısınız?					
9.Bakım verme konusunda daha iyi hazırlanmak istediğiniz özel bir konu var mı?					

E-SAĞLIK OKURYAZARLIK ÖLÇEĞİ

1. Sağlığınız hakkında karar vermenize yardımcı olmadaki; internetin ne kadar yararlı olduğunu düşünüyorsunuz?

☐ Hiç yararlı değil ☐ Yararlı değil ☐ Kararsızım ☐ Yararlı

2. İnternetteki sağlık kaynaklarına erişebilmek, sizin için ne kadar önemlidir?

☐ Hiç önemli değil ☐ Önemli değil ☐ Kararsızım ☐ Önemli ☐ Çok önemli

Ölçek Maddeleri	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. İnternette ne tür sağlık kaynaklarına ulaşacağımı biliyorum					
2. İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nereden (hangi siteden) bulacağımı biliyorum					
3. İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nasıl (uygun anahtar kelimeler kullanarak) bulacağımı biliyorum					
4. Sağlığım ile ilgili sorularına cevap bulmak için interneti nasıl kullanacağımı (forum, e-dergi, e-kitap vs.) biliyorum					
5. İnternette bana yardımcı olması için bulduğum sağlık bilgisini nasıl kullanacağımı biliyorum					
6. İnternette bulduğum bilgilerin sağlığıma yararlı olup olmadığını değerlendirecek becerilere sahibim					
7. İnternetteki yüksek kaliteli sağlık kaynaklarını, düşük kaliteli sağlık kaynaklarından ayırabilirim					
8. Sağlıkla ilgili kararlarımda internette elde ettiğim bilgileri kullandığımda kendimi güvende hissedirim					

MASLACH TÜKENMİŞLİK ENVANTERİ-GENEL FORMU (MTE-GF)

Aşağıda hastaya bakarken kendinizi nasıl hissettiğiniz ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Her cümlelerin başında o cümlede belirtilen durumun hangi sıklıkla hissedildiğinin işaretleneceği bir boşluk bırakılmıştır. Sizden istenen aşağıdaki her bir ifadeyi dikkatli bir şekilde okumanız ve hastaya bakarken bu ifadeleri hissedip hissetmediğinizi aşağıda yer alan örnekteki gibi belirlemenizdir. Eğer bu duyguları bir kere bile hissettiyseniz, bu durumu hangi sıklıkla hissettiğinizi tanımlayan 1'den 5'e kadar numaralanan sayılardan sizin için en uygun olanını boşluğa yazın. Bu ölçekten elde edilen bilgiler yalnızca araştırmanın amacı doğrultusunda kullanılacaktır. Bu nedenle çalışmanın amacına ulaşabilmesi için lütfen tüm sorulara içtenlikle ve samimiyetle cevap veriniz.

	Hiçbir Zaman	Bazen	Genellikle	Çoğu Zaman	Her Zaman
Hastama bakım vermekten duygusal olarak yıldığımı hissediyorum.					
Hastama bakım vermeye başladığımdan beri diğer işlerime olan ilgim azaldı.					
Hastama bakım vermede karşılaştığım problemleri etkili bir biçimde çözebilirim.					
Hastama bakım verme işi bittiğinde kendimi bitkin hissediyorum.					
Hastama bakım vermeye ilişkin isteğim azaldı.					
Hastanın bakımına etkin bir katkı sağladığımı düşünüyorum.					
Sabah kalkıp hastama bakım vermek için yeni bir güne başlamak zorunda olduğumu düşündüğümde kendimi yorgun hissediyorum.					
Yaptığım bakımın hastamın herhangi bir iyileşmesine katkı sağlayıp sağlamadığı konusunda kuşku duyuyorum.					
Bana göre hastamın bakımını iyi yapıyorum.					
Bütün gün hastama bakım vermek benim için gerçekten bir yüküdür.					
Hastama bakım vermenin öneminden kuşkuluyum.					
Hastamın bakımında kayda değer bir şeyler başardığımda kendimi canlanmış hissediyorum.					
Hastama bakım vermekten tükendiğimi hissediyorum.					
Hastama bakım vermede kayda değer birçok şey başardım.					
Hastama bakım vermede, yapılan şeylerde etkili olduğumdan eminim.					

HASTANEYE DÖNÜŞ ORANLARI FORMU

1. Hastaneden taburcu olduktan sonra rutin gelinmesi gereken poliklinik randevuları (nöroloji ve fizik tedavi klinikleri) dışında acil servise hastanızı getirdiniz mi?

- a. Evet
b. Hayır

Cevabınız evetse, hastanız için taburcu olduktan sonraki üç ay içinde kaç kez acile başvuru yaptınız?.....

2. Hastanızın acile başvuru yapma nedeni nedir?

3. Hastanız hastaneye tekrar yatış yaptınız mı?

- a. Evet
b. Hayır

Cevabınız evetse, hastaneye yeniden kaç yatış yaptı ve neden? (Rutin kontrol, acil servis, kliniğe yatış vb..)

4. Hastanızı rutin poliklinik randevularına götürebildiniz mi?

- a. Evet
b. Hayır

5. Taburculuk sonrası hastanızda yatak yarası gelişti mi?

- a. Evet
b. Hayır

6. Yatak yarası gelişti ise pansumanı kim yaptı?

- a. Klinik personeli
b. Evde sağlık birimi
c. Bakım veren

7. Yatak yarası gelişti ise tedaviyi kim yaptı?

- a. Klinik personeli
b. Evde sağlık birimi

8. Yatak yarası gelişti ise yara görüntüsü nasıldı?

9. Taburculuk sonrası hastanız düştü mü?

- a. Evet Kaç kez?
b. Hayır

BAKIM VEREN TANILAMA FORMU (GİRİŞİM GRUBU)**Randomizasyon Numarası:****Tel:****Ön Test****Tarih:**

1. Cinsiyet			
a. Kadın			
b. Erkek			
2. Yaşınız.....			
3. Eğitim durumunuz:			
a. İlkokul			
b. Ortaokul			
c. Lise			
d. Üniversite ve üzeri			
4. Medeni durumuz:	a. Evli	b. Bekar	
5. Çalışıyor musunuz?	a. Evet	b. Hayır	
6. Daha önce herhangi bir hastaya bakma deneyiminiz var mı?			
a.Evet	b. Hayır		
7. Hasta ile olan yakınlık derecesi:	a. Anne-Baba	b. Eş	c. Çocuk
d. Kardeşi	e. Akraba	f. Diğer (açıklayınız)	
8. Bakmakla yükümlü olduğunuz başka kişi/kişiler var mı?			
a. Evet	b. Hayır		
Cevabınız "Evet" ise kimlere bakıyorsunuz?.....			
9. Hastanızın bakımı konusunda yardım alacağınız kişi/kişiler var mı?			
a. Evet	b. Hayır		
Sontest:	Tarih:		
10. İnmeli hasta web sitesi ne kadar yararlı oldu?			
a. Çok Fazla	b. Orta	c. Az	d. Hiç
11. Günde ne kadar bakım veriyorsunuz?			
a. 1-4saat	b. 5-8 saat	c. 9-12 saat	d. 13-16saat
			e. 17-24saat
12. Hastanızın hangi gereksinimlerini karşılıyorsunuz?			
a. Beslenme	b. Boşaltım		
c. Ev ihtiyaçları	d. Alışveriş	e. Banyo	f. Diğer (açıklayınız).....

BAKIM VEREN TANILAMA FORMU (KONTROL GRUBU)

Randomizasyon Numarası:	Tel:
Ön Test	Tarih:
1. Cinsiyet	
c. Kadın	
d. Erkek	
2. Yaşınız.....	
3. Eğitim durumunuz:	
e. İlkokul	
f. Ortaokul	
g. Lise	
h. Üniversite ve üzeri	
4. Medeni durumuz:	a. Evli b. Bekar
5. Çalışıyor musunuz?	a. Evet b. Hayır
6. Daha önce herhangi bir hastaya bakma deneyiminiz var mı?	
a.Evet b. Hayır	
7. Hasta ile olan yakınlık derecesi:	a.Anne-Baba b.Eş c.Çocuk
d.Kardeşi e.Akraba f. Diğer (açıklayınız).....	
8. Bakmakla yükümlü olduğunuz başka kişi/kişiler var mı?	
a.Evet b. Hayır	
Cevabınız "Evet" ise kimlere bakıyorsunuz?.....	
9.Hastanızın bakımı konusunda yardım alacağınız kişi/kişiler var mı?	
a.Evet b. Hayır	
Sontest:	Tarih:
10. Günde ne kadar bakım veriyorsunuz?	
a.1-4saat b.5-8 saat c.9-12 saat d.13-16saat e.17-24saat	
11.Hastanızın hangi gereksinimlerini karşılıyorsunuz?	
a.Beslenme b.Boşaltım	
c.Ev ihtiyaçları d.Alışveriş e.Banyo f. Diğer (açıklayınız).....	

DÜŞME YÖNÜNDEN EV-İÇİ ÇEVRE ÖZELLİKLERİ DEĞERLENDİRME FORMU (DEÇÖDF)

Düşme Yönünden Ev-içi Çevre Özellikleri Değerlendirme Formu (DEÇÖDF); düşmeye neden olabilecek ev içi riskli alanları değerlendirmeye yöneliktir. DEÇÖDF oturma odası/salon, mutfak, yatak odası, banyo/tuvalet, merdiven ve koridor olmak üzere altı bölümden oluşmaktadır. Her bölümle ilgili soruların başlangıcında değerlendirilen bölümün evde bulunup bulunmadığını kontrol etmeye yönelik bir soru bulunmaktadır. Bu değerlendirme puanlamaya dahil edilmemektedir. Formun sonunda açık uçlu bir soru ile gözlemcinin kişisel görüşü sorgulanmakta ve bu değerlendirme puanlamaya dâhil edilmeyecektir. “Evet” ve “Hayır” olarak cevaplandırılacak olan **formun tamamı gözlemci tarafından evdeki ilgili alanlar tek tek dolaşarak doldurulacaktır.** 2.5.7.9.12.17.24.26.33.34. ve 35. Sorular gözlemci tarafından sabit bir ölçme aracı (metre) kullanılarak ve 4.16.27.36. ve 39. sorular ampulün kaç watt olduğu mutlaka kontrol edilerek değerlendirilecektir. DEÇÖDF; toplamda 39 adet gözleme dayalı sorudan oluşmakta ve “0” ile “1” arasında puanlanmaktadır. “0” puan düşme ile ilgili riskin olmadığını “1” puan ise riskin olduğunu ifade etmektedir. Ölçekten toplamda alınan puanın yüksek olması yaşlının ev-içi koşullarının düşme yönünden riskli olması anlamına gelmektedir. Formda sorulan ve bölümün sonunda yer alan açık uçlu soru ise gözlemcinin yorumuna ilişkin olup puanlamaya dahil edilmeyecektir. DEÇÖDF, sağlık personeli tarafından gözlem yolu ile kullanılacak bir değerlendirme aracıdır.

Evde oturma odası var mı? Evet () Hayır () Diğer bölüme geçiniz.

OTURMA ODASI / SALON	Evet	Hayır
1. Oda girişinde eşik var mı	(1)	(0)
2. Kapıların genişliği 90 cm ve üstünde mi?	(0)	(1)
3. Yürüme alanında kilim ve benzeri kaymaya neden olabilecek, sabitlenmemiş kablolar/eşyalar var mı?	(1)	(0)
4. Lamba aydınlatması 75 watt ve üstünde mi?	(0)	(1)
5. Odada sürekli/sıklıkla kullandığı koltuk/sandalye yüksekliği 45-50cm'in arasın da mı?	(0)	(1)

Evde mutfak var mı? Evet () Hayır () Diğer bölümüne geçiniz.

MUTFAK	Evet	Hayır
6. Mutfak girişinde eşik var mı?	(1)	(0)
7. Kapıların genişliği 90 cm ve üstünde mi?	(0)	(1)
8. Yürüme alanında kilim ve benzeri kaymaya neden olabilecek, sabitlenmemiş kablolar/eşyalar var mı?	(1)	(0)
9. Mutfakta sürekli/sıklıkla kullandığı koltuk/sandalye yüksekliği 45-50cm arasında mı?	(0)	(1)
10. Mutfakta göz hizasından yüksekte/alçakta raflar var mı?	(1)	(0)

Evde yatak odası var mı? Evet () Hayır () Diğer bölümüne geçiniz.

YATAK ODASI	Evet	Hayır
11. Oda girişinde eşik var mı?	(1)	(0)
12. Kapıların genişliği 90 cm ve üstünde mi?	(0)	(1)
13. Yürüme alanında kilim ve benzeri kaymaya neden olabilecek, sabitlenmemiş kablolar/şeyalar var mı? (kilim, kısa halılar vs)	(1)	(0)
14. Yürüme alanında yolu daraltacak mobilyalar var mı?	(1)	(0)
15. Yatak odasında elektrik düğmesi kolayca ulaşılabilir yerde mi?	(0)	(1)
16. Lamba aydınlatması 75 watt ve üstünde mi?	(0)	(1)
17. Yatağın yüksekliği 45-50cm arasında mı?	(0)	(1)

Evde banyo/tuvalet var mı? Evet () Hayır () Diğer bölümüne geçiniz.

BANYO/TUVALET	Evet	Hayır
18. Kapı girişinde eşik var mı?	(1)	(0)
19. Zemin kaygan mı? (ıslak halı, fayans vb.)	(1)	(0)
20. Banyoda tutunma barları var mı?	(0)	(1)
21. Küvet/Duşa kabin zemini kaygan mı?	(1)	(0)
22. Alaturka tuvalet var mı?	(1)	(0)
23. Klozet var mı?	(0)	(1)
24. Klozet yüksekliği 45-50 cm arasında mı?	(0)	(1)
25. Klozet kenarlarında tutunma barları var mı?	(0)	(1)
26. Lavabo yüksekliği 80-85 cm arasında mı?	(0)	(1)
27. Lamba aydınlatması 75 watt ve üstünde mi?	(0)	(1)

Ev içinde bir merdiven var mı? Evet () Hayır () Diğer bölümüne geçiniz.

MERDİVEN	Evet	Hayır
28. Merdiven zemini kaygan mı?	(1)	(0)
29. Merdiven kenarlarında (en az bir kenar) trabzan var mı?	(0)	(1)
30. Merdiven zemininde kilim ve benzeri kaymaya neden olabilecek, sabitlenmemiş kablolar/eşyalar var mı? (kilim, kısa halılar vs)	(1)	(0)
31. Merdivenlerde yürüme alanını daraltacak eşyalar var mı?	(1)	(0)
32. Basamaklarda kırık ya da onarılmamış bölümler var mı? (kırık ya da onarılmamış zeminin olması)	(1)	(0)
33. Merdivenlerin genişliği 150 cm ve üstünde mi?	(0)	(1)
34. Basamakların genişliği 28 cm ve üstünde mi?	(0)	(1)
35. Basamakların yüksekliği 15 cm ve altında mı?	(0)	(1)
36. Lamba aydınlatması 75 watt ve üstünde mi?	(0)	(1)

Evde koridor var mı? Evet () Hayır ()

KORİDOR	Evet	Hayır
37. Zeminde kilim ve benzeri kaymaya neden olabilecek, sabitlenmemiş eşyalar var mı? (kilim, kısa halılar vs)	(1)	(0)
38. Koridorda elektrik düğmesi kolayca ulaşılabilir yerde mi?	(0)	(1)
39. Lamba aydınlatması 75 watt ve üstünde mi?	(0)	(1)



Evin bütün bölümlerine yönelik düşme ile ilgili soruların dışında sizin risk olarak gördüğünüz bir durum varsa belirtiniz.....

**DÜŞME YÖNÜNDEN EV-İÇİ ÇEVRE ÖZELLİKLERİ DEĞERLENDİRME FORMUNA
İLİŞKİN BULGULARIN DAĞILIMI (N=33)**

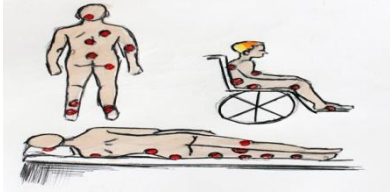
Oda Özellikleri	Hayır		Evet	
Oturma Odası/Salon	n	%	n	%
Oda girişinde eşik var mı	16	48.5	17	51.5
Kapıların genişliği 90 cm ve üstünde mi?	5	15.2	28	84.8
Yürüme alanında kilim ve benzeri kaymaya neden olabilecek, sabitlenmemiş kablolar/eşyalar var mı?	8	24.2	25	75.8
Lamba aydınlatması 75 watt ve üstünde mi?	10	30.3	23	69.7
Oda da sürekli/sıklıkla kullandığı koltuk/sandalye yüksekliği 45-50cm'in arasında mı?	3	9.1	30	90.9
Mutfak				
Mutfak girişinde eşik var mı?	14	42.2	19	57.6
Kapıların genişliği 90 cm ve üstünde mi?	5	15.2	28	84.8
Yürüme alanında kilim ve benzeri kaymaya neden olabilecek, sabitlenmemiş kablolar/eşyalar var mı?	8	24.2	25	75.8
Mutfakta sürekli/sıklıkla kullandığı koltuk/sandalye yüksekliği 45-50cm arasında mı?	5	15.2	28	84.8
Mutfakta göz hizasından yukarı/alçakta raflar var mı?	11	33.3	22	66.7
Yatak Odası				
Oda girişinde eşik var mı?	12	36.4	21	63.6
Kapıların genişliği 90 cm ve üstünde mi?	4	12.1	29	87.9
Yürüme alanında kilim ve benzeri kaymaya neden olabilecek, sabitlenmemiş kablolar/eşyalar var mı? (kilim, kısa halılar vs)	8	24.2	25	75.8
Yürüme alanında yolu daraltacak mobilyalar var mı?	16	48.5	17	51.5
Yatak odasında elektrik düğmesi kolayca ulaşılabilir yerde mi?	4	12.1	29	87.9
Lamba aydınlatması 75 watt ve üstünde mi?	8	24.2	25	75.8
Yatağın yüksekliği 45-50cm arasında mı?	3	9.1	30	90.9
Banyo/Tuvalet				
Kapı girişinde eşik var mı?	15	45.5	18	54.5
Zemin kaygan mı? (ıslak halı, fayans vb.)	18	54.5	15	45.5
Banyoda tutunma barları var mı?	28	84.8	5	15.2
Küvet/Duşa kabin zemin kaygan mı?	23	69.7	10	30.3
Alaturka tuvalet var mı?	9	27.3	24	72.7
Klozet var mı?	2	6.1	31	93.9
Klozet yüksekliği 45-50 cm arasında mı?	3	9.1	30	90.9
Klozet kenarlarında tutunma barları var mı?	25	75.8	8	24.2
Lavabo yüksekliği 80-85 cm arasında mı?	28	84.8	5	15.2
Lamba aydınlatması 75 watt ve üstünde mi?	9	27.3	24	72.7
Merdiven (n=5)				
Merdiven zemini kaygan mı?	4	80.0	1	20.0
Merdiven kenarlarında (en az bir kenar) trabzan var mı?	0	0	5	100
Merdiven zemininde kilim ve benzeri kaymaya neden olabilecek, sabitlenmemiş kablolar/eşyalar var mı? (kilim, kısa halılar vs)	3	60.0	2	40.0
Merdivenlerde yürüme alanını daraltacak eşyalar var mı?	4	80.0	1	20.0
Basamaklarda kırık ya da onarılmamış bölümler var mı? (kırık ya da onarılmamış zeminin olması)	3	60.0	2	40.0
Merdivenlerin genişliği 150 cm ve üstünde mi?	3	60.0	2	40.0
Basamakların genişliği 28 cm ve üstünde mi?	1	20.0	4	80.0
Basamakların yüksekliği 15 cm ve altında mı?	1	20.0	4	80.0
Lamba aydınlatması 75 watt ve üstünde mi?	1	20.0	4	80.0
KORİDOR				
Zeminde kilim ve benzeri kaymaya neden olabilecek, sabitlenmemiş eşyalar var mı? (kilim, kısa halılar vs)	10	30.3	23	69.7
Koridorda elektrik düğmesi kolayca ulaşılabilir yerde mi?	3	9.1	30	90.9
Lamba aydınlatması 75 watt ve üstünde mi?	7	21.2	26	78.8
Diğer (Asansör olmaması)	9	27.3	24	72.7

TELEFONLA İLETİŞİM FORMU (TABURCULUKTAN SONRAKİ İLK HAFTA)

Bakım Veren ve Hasta Adı:

Tarih:

Randomizasyon Sırası:

Sorular	1.Gün	2.Gün	3.Gün	4.Gün	5.Gün	6.Gün	7.Gün
1. Aniden ortaya çıkan inme belirtileri *	+-						
a. Kol, bacak ve yüzde his kaybı,							
b. Kanama (Ağız, burun ve idrar)							
c. Bilinç kaybı,							
d. Bayılma							
e. Konuşmada zorluk,							
f. Nöbet							
g. Ani görme kaybı,							
h. Denge kaybı							
i. Şiddetli başlayan baş ağrısı,							
j. Görme alan kaybı							
2. Hastanız önerilen günlük egzersizleri yapabiliyor mu?	+-						
3. Basıncı bölgelerinin her gün kontrolünü yapabiliyor musunuz?	+-						
							
4. Hastanızı yatak içinde iki saat ara ile çevirebiliyorsunuz?	+-						
5. Beslenme (yutma güçlüğü) var mı?	+-						
6. Yemek yeme alışkanlığında değişiklik var mı?	+-						
7. Solunum (öksürük, nefes darlığı) problemi var mı?	+-						
8. Boşaltım (kabızlık, ishal) problemi var mı?	+-						
9. Ağrı var mı?	+-						
10. Düşme var mı?	+-						

*Soru 1 Literatür ve Uzman Doktordan görüş alınarak oluşturulmuştur.

TELEFONLA İLETİŞİM FORMU ((TABURCULUKTAN SONRAKİ 2.-12.HAFTALAR)

EK-14

Girişim Grubu	2.HF	3.HF	4.HF	5.HF	6.HF	7.HF	8.HF	9.HF	10.HF	11.HF	12.HF
1.	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:
	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.
2.	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:
	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.
3.	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:
	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.
4.	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:
	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.
5.	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:
	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.
6.	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:
	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.
7.	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:
	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.
8.	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:
	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.
9.	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:
	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.
10.	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:
	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.
11.	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:
	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.
12.	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:
	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.
13.	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:
	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.
14.	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:
	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.
15.	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:
	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.
16.	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:

34.	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:
	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.
35.	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:	PT:
	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.	UY.

P T:Planlanan Tarih
U Y.Uygulanan Tarih

DISCERN ÖLÇÜM ARACI

BÖLÜM 1 Bu Web sayfası güvenilir mi?

1. Amacı açık mıdır? (Yanıtınız "Hayır" ise 3. soruya geçiniz)				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama: Bu web sayfasının başlangıcında net bir açıklama olup olmadığına bakın.

- Konusu ne?
- Hangi konuları kapsayacak (ve hangi konuları kapsamıyor)
- Kimler için yararlı olabilir?

2. Bu amaçlara ulaşılabilir mi?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

Bu web sayfasında ana başlıklarda belirtilen bilgilere ulaşıp ulaşamayacağını düşünün.

3. Web sayfası konu ile ilgili mi?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama: Web sayfasında;

- Okuyucunun sorabileceği soruların yer alıp almadığına bakın.
- Web sayfasındaki bilgiler ile ilgili önerilerin gerçekçi ya da uygun olup olmadığına dikkat edin.

4. Bu web sayfasını hazırlamada kullanılan kaynaklar açıkça belirtilmiş midir?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama: Web sayfası bilgileri sunarken bunların bir araştırma bulgusu ya da uzman görüşü gibi kaynaklara dayandırılıp dayandırılmadığına bakın. Bibliyografi ya da kaynak listesi, alıntı yapılan kuruluş ya da uzmanların adresleri gibi adresleri kontrol edin.

5. Bu web sayfasında bildirilen ya da kullanılan bilginin tarihi açıkça belirtilmiş midir?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Web sayfasının hazırlanmasında kullanılan başlıca bilgi kaynaklarının tarihine bakın.
- Web sayfasındaki bilgilerin revize edildiği tarihe bakın.

6. Bu web sayfasında sunulan bilgiler tutarlı ve tarafsız mıdır?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Web sayfasının kişisel ya da objektif bir bakış açısıyla yazılıp yazılmadığına ilişkin göstergelere bakın.
- Web sayfasının hazırlanmasında kullanılan bilgi kaynaklarının dağılımına bakın, bir araştırma ya da uzman görüşünden daha fazlası olmasına bakın.
- Web sayfasının bir dış değerlendirmesinin olup olmadığına bakın

Dikkatli olunması gereken nokta:

- Web sayfası bir konu hakkında bilgi verirken diğer tedavi seçeneklerinden söz etmeden yalnız özel bir tedavinin avantaj ya da dezavantajları üzerine odaklanıyor mu?
- Web sayfası tek bir vakaya dayandırılıyor mu? (bu durumdaki kişiler için ya da özel bir tedaviye tepkiler açısından tipik olmayabilir)
- Bilgi heyecanlı, duygulu ya da tehlikeli bir biçimde sunulup sunuluyor mu dikkat edin.

7. Web sayfası ek bilgi ya da destek kaynaklarına ilişkin ayrıntılar veriyor mu?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Web sayfası bilgi ve öneri sağlamada diğer kuruluşlara ilişkin ayrıntı ve daha fazla seçenek sunuyor mu?

8. Bu web sayfasında belirsiz yönlerden söz ediliyor mu?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Tedavi seçeneklerine ilişkin uzman görüşlerindeki farklılıkları ya da bilgi eksiklikleri yönünden tartışmalara bakın
- Web sayfasında sunulan tedavi seçeneklerinin herkesi aynı biçimde etkilediğinden söz edilmesine dikkat edin.

BÖLÜM 2 Web sayfasında sunulan bilginin kalitesi nasıldır?

Bu web sayfasında tanımlanan tedavi/tedavilere soruları uygulayın.

9. Her bir tedavinin nasıl uygulandığını tanımlıyor mu?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama: Tedavilerin vücut üzerindeki etkilerine nasıl ulaştığını tanımlayıp tanımlamadığına bakın.

10. Her bir tedavinin yararını tanımlıyor mu?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama: Semptomların giderilmesi ya da kontrol edilmesi, tekrarların önlenmesi, kısa ve uzun süreli durumlara ilişkin yararları yer alabilir.

11. Her bir tedavinin risklerini tanımlıyor mu?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama: Tedavinin yan etkileri, komplikasyonları, kısa ve uzun süreli yan etkilerine ilişkin riskler yer alabilir.

12. Tedavi uygulanmadığı durumlarda ne olacağını tanımlıyor mu?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama: Tedavinin ertelenmesi (tedavi uygulanmadan durumun nasıl geliştiğini izleme gibi) ya da tamamen vazgeçilmesi durumunda risk ve yararlarının neler olduğuna bakın.

13. Tedavi seçeneklerinin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini tanımlıyor mu?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Tedavi seçeneklerinin günlük aktiviteler üzerine etkilerini tanımlayıp tanımlamadığına bakın
- Tedavi seçeneklerinin aile, arkadaş ve bakım verenle ilişkisine etkilerine tanımlayıp tanımlamadığına bakın

14. Birden fazla tedavi seçeneği olabileceği açıklanmış mıdır?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Her tedaviden kimlerin hangi durumda yararlanacaklarının tanımlanmasına bakın
- Özel bir tedaviyi seçmeden ya da reddetmeden önce daha fazla araştırmak ya da düşünmek için alternatifleri ortaya koyup koymadığına bakın.

15. Hastanın karar vermesi için destek sağlıyor mu?				
Hayır		Kısmen		Evet
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Tedavi seçenekleri hakkında ailesi, arkadaşları, doktorlar ya da diğer sağlık elemanları ile tartışmaların yer alıp almadığına bakın.
-

BÖLÜM 3 Web sayfasının genel değerlendirmesi

16. Yukarıdaki tüm soruların yanıtlarına dayanarak sunulan bilgiler açısından web sitesinin kalitesini genel anlamda değerlendiriniz.				
Düşük (Ciddi/aşırı eksik var)		Orta (Eksiklikler önemli ancak ciddi değil)		Yüksek (Çok az eksiklik var)
1	2	3	4	5

WEB SİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ İLE İLGİLİ SONUÇLAR

Hastanede Ziyaret Sirasında Bakım Verenlerden Tarafından Gereksinim Duyulan Konular (N=33)

İhtiyaç duyulan konular	Girişim grubu	
	n	%
Bakımı için nerelerden (sosyal destek, dernek, ekonomik, tıbbi bakım, evde bakım merkezi) yardım alınacak kurumlar	18	54
İlaçların kullanılması	26	78
Hastanızın hastalığı ile ilgili olarak rapor çıkartılması	15	45
Poliklinik randevusu (inme, fizik tedavi)	12	36
Hastaneden eve geçiş	10	30
İnmeden korunma	9	27
İnmede rehabilitasyon	6	18
Acil servise gitmeyi gerektiren durumlar	5	15
Hastanın beslenmesi	4	12
Yatak içi egzersizleri nasıl yapılacağı	3	9
Hastanın boşaltım problemleri	2	6
Hastanın sondası ile ilgili problemleri	2	6
İletişim problemi	1	3

Girişim Grubu İle Telefonla Görüşme Süreleri

Girişim grubu	On iki hafta boyunca telefonla görüşme süresi ortalama (dakika)
1.	10
2.	8
3.	15
4.	5
5.	4
6.	4.5
7.	7
8.	5.5
9.	6
10.	3
11.	6.5
12.	3
13.	2
14.	7.5
15.	2.5
16.	3
17.	4
18.	2
19.	2.5
20.	5
21.	3
22.	5
23.	6
24.	2
25.	3.5
26.	2
27.	4.5
28.	5.5
29.	1.5
30.	2
31.	3
32.	3.5
33.	6

Girişim Grubunun Web Sitesinin Kullanabilirliğini Değerlendirmesine İlişkin Dağılımları

Sistem Kullanabilirlik Ölçeği (SUS) N=33	Ort±SS*
1. Bu web sayfasını sıklıkla kullanacağımı düşünüyorum.	3.21±0.65
2. Web sayfasını çok karışık buldum.	2.94±0.65
3. Web sayfasının kullanımını kolay buldum.	3.00±0.55
4. Web sayfasının kullanımı için teknik desteğe ihtiyaç duyabileceğimi düşünüyorum.	2.85±1.00
5. Web sayfasının çeşitli özelliklerini birbiri ile iyi entegre edilmiş olarak buldum.	2.94±0.78
6. Web sayfasının tutarsız olduğunu düşünüyorum.	3.15±0.56
7. Web sayfasının kullanımını çoğu kişinin hızlı bir şekilde öğreneceğini düşünüyorum.	3.09±0.63
8. Web sayfasını çok kullanışsız buldum.	3.24±0.43
9. Web sayfasını kullanırken kendimi rahat hissediyorum.	3.24±0.50
10. Web sayfasını kullanmadan önce öğrenmem gereken çok şey var.	2.85±0.87
TOPLAM	76.27

*Ortama±Standart Sapma

Web Sitesinde En Çok Ziyaret Edilen Bölümler

Web sitesinde yer alan konular	Ziyaret Sayısı
İnme sonrası hastaneden eve geçiş	92
Taburcu olmadan önce bilinmesi gerekenler	53
Bakım vermeye hazır olmak	42
İnme nedir/ İnmenin belirti ve tanısı	26
Bakım veren yeterliliğini artırmak/ Antalya İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri	21
İnmeden korunma	17
Acil servise gitmenizi gerektiren durumlar	15
Hastam ne zaman iyileşir	14
İnmede rehabilitasyon	13
Bakım için yararlı videolar	11

Web Sitesinin Bakım Verenler Tarafından Aylara Göre Ziyaret Sayısı

Aylar	Web sitesi ziyaret sayısı
Mart	21
Nisan	24
Mayıs	25
Haziran	38
Temmuz	31
Ağustos	34
Eylül	40
Ekim	48
Kasım	52

İNME SONRASI BAKIM VEREN BİLGİ GEREKSİNİMİNİ BELİRLEME FORMU

1.İnmeli hastanızın beslenme problemi (yutma güçlüğü, nazogastrik sonda) Bakımını nasıl yapacağınızı biliyor musunuz?	Var Evet	Yok Hayır
2.İnmeli hastanızın solunum ile ilgili problemleri (nefes darlığı, öksürük) Bakımını nasıl yapacağınızı biliyor musunuz?	Var Evet	Yok Hayır
3.İnmeli hastanızın boşaltım problemleri (kabızlık, ishal) Bakımını nasıl yapacağınızı biliyor musunuz?	Var Evet	Yok Hayır
4.İnmeli hastanızın kaslarında kasılma ve gerginlik (eller, kollar ve bacaklar) Bakımını nasıl yapacağınızı biliyor musunuz?	Var Evet	Yok Hayır
5.İnmeli hastanızın yatak yarası Bakımını nasıl yapacağınızı biliyor musunuz?	Var Evet	Yok Hayır
6.İnmeli hastanızın ağrısı Bakımını nasıl yapacağınızı biliyor musunuz?	Var Evet	Yok Hayır
7.İnmeli hastanızın uyku problemi Bakımını nasıl yapacağınızı biliyor musunuz?	Var Evet	Yok Hayır
8.İnmeli hastanızın iletişim problemi (aile içi, konuşma) Bakımını nasıl yapacağınızı biliyor musunuz?	Var Evet	Yok Hayır
9.İnmeli hastanızın kavrama ve anlama problemi Bakımını nasıl yapacağınızı biliyor musunuz?	Var Evet	Yok Hayır
10.İnmeli hastanızın ruh halinde değişiklik(endişe, anksiyete, mutsuzluk) Bakımını nasıl yapacağınızı biliyor musunuz?	Var Evet	Yok Hayır
11.İnmenin belirtilerini biliyor musunuz?	Evet	Hayır
12.Hangi durumlarda acil servisi aramanız gerektiğini biliyor musunuz?	Evet	Hayır
13.İnmeden korunmak için yapılması gerekenleri biliyor musunuz? (Egzersiz, sigarayı bırakmak, kilo vermek, tansiyon ölçümü)	Evet	Hayır
14.Hastanızın ilaçlarını nasıl kullanacağını biliyor musunuz?	Evet	Hayır
15.Hastanızın sondası var mı? Sonda bakımını nasıl yapacağınızı biliyor musunuz?	Var Evet	Yok Hayır
16.Ağız bakımını nasıl yapacağınızı biliyor musunuz?	Evet	Hayır
17.Vücut temizliğini nasıl yapacağınızı biliyor musunuz?	Evet	Hayır
18.Güvenliğini nasıl sağlayacağınızı (düşme, sondanın sabitlenmesi, yatak çevresinin güvenliği) biliyor musunuz?	Evet	Hayır
19.Yatak içi egzersizleri nasıl yapacağınızı biliyor musunuz?	Evet	Hayır
20.Bakımı için nerelerden (sosyal destek, dernek, ekonomik, tıbbi bakım, evde bakım merkezi) yardım alabileceğinizi biliyor musunuz?	Evet	Hayır
21.Hastanızın hastalığı ile ilgili olarak rapor çıkartabilir misiniz?	Evet	Hayır
22.Poliklinik randevunuzun (inme, fizik tedavi) ne zaman olacağını biliyor musunuz?	Evet	Hayır
23.Diğer.....		

SİSTEM KULLANABİLİRLİK ÖLÇEĞİ (SUS)

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Bu web sayfasını sıklıkla kullanacağımı düşünüyorum.					
Web sayfasını çok karışık buldum.					
Web sayfasının kullanımını kolay buldum.					
Web sayfasının kullanımı için teknik desteğe ihtiyaç duyabileceğimi düşünüyorum.					
Web sayfasının çeşitli özelliklerini birbiri ile iyi entegre edilmiş olarak buldum.					
Web sayfasının tutarsız olduğunu düşünüyorum.					
Web sayfasının kullanımını çoğu kişinin hızlı bir şekilde öğreneceğini düşünüyorum.					
Web sayfasını çok kullanışsız buldum.					
Web sayfasını kullanırken kendimi rahat hissediyorum.					
Web sayfasını kullanmadan önce öğrenmem gereken çok şey var.					

HASTA TANILAMA FORMU (GİRİŞİM GRUBU)

Randomizasyon Numarası:

ÖN TEST

Tarih:

1. Yaşınız.....		
2. Cinsiyet		
a. Kadın		
b. Erkek		
3. Boy:	Kilo:	BKI=.....kg/m ²
4. İnme türü:		
a. İskemik İnme		
b. Hemorajik İnme		
5. İnme dışında başka hastalığınız var mı?		
a. Evet Diyabet, hipertansiyon, böbrek rahatsızlığı, diğer.....)		
b. Hayır		
6. Hastaneden taburcu olduğunuzda kendi evinizde mi kalacaksınız?		
a. Evet		
b. Hayır (Nerede).....		

HASTA TANILAMA FORMU (KONTROL GRUBU)

Randomizasyon Numarası:		Tarih:
ÖN TEST		
1. Yaşınız.....		
2. Cinsiyet		
a. Kadın		
b. Erkek		
3. İnme türü:		
a. İskemik İnme		
b. Hemorajik İnme		
4. İnme dışında başka hastalığınız var mı?		
a. Evet Diyabet, hipertansiyon, böbrek rahatsızlığı, diğer.....)		
b. Hayır		
5. Hastaneden taburcu olduğunuzda kendi evinizde mi kalacaksınız?		
a. Evet		
b. Hayır		
Sontest	Tarih:	
1. Evde sağlık hizmeti aldınız mı?		
a. Evet		
b. Hayır		

BRADEN RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

YÜKSEK RİSK: Toplam puan 12 ve↓ **ORTA RİSK:** Toplam puan 13-14 **DÜŞÜK RİSK:** Toplam puan 15-16 ve 75 yaş üzerindekiiler 15-18

Değerlendirme Tarihi

RİSK**FAKTÖRLERİ**

					1	2	3	4
UYARANIN ALGILANMASI I Basınca karşı oluşan rahatsızlığın algılanması	1. TAMAMEN YETERSİZ: Ağrılı uyarılara yanıt vermiyor (İnleme, algılama). Bilinçsizliğe bağlı olarak vücudunda ağrı odaklarını hissedemiyor.	2.ÇOK YETERSİZ: Yalnız ağrılı uyarılara yanıt veriyor. Rahatsızlığını inleme ile belli edebiliyor.	3.BİRAZ YETERLİ: Sözlü uyarılara yanıt veriyor. Sürekli iletişim kurulamıyor. Hastanın yatak İçinde çevrilmesi gerekiyor.	4. TAMAMEN YETERLİ: Sözlü uyarılara yanıt veriyor. Duyu kusuru yok.				
NEMLİLİK Vücudun Nemliliği.	1. SÜREKLİ ISLAK: Deri, ter, İdrar, gaita ile sürekli ıslak, her çevrildiğinde ıslaklık hissediliyor.	2. ÇOK ISLAK: Deri çoğu zaman ıslak. Her vardiyada çarşafların bir kez değiştirilmesi gerekiyor.	3. BAZEN ISLAK: Deri bazen ıslak. çarşafların ıslandıkça değiştirilmesi gerekiyor.	4. NADİREN ISLAK: Deri genellikle kuru, çarşafların rutin olarak değiştirilmesi gerekiyor				
AKTIVITE Fiziksel Aktivitenin Derecesi.	1. YATAĞA BAĞIMLI: Her türlü bakım gereksinimi yatakta karşılanıyor.	2. SANDALYEYE BAĞIMLI: Çok az yürüyebiliyor. Sandalyeye oturabilmesi için yardım gerekiyor. Kendi ağırlığını kaldırmakta güçlük çekiyor.	3. BAZEN YÜRÜYEBİLİYOR: Yardımla veya yardımsız kısa mesafede yürüyebiliyor. Her vardiyada çoğu zaman yatakta veya sandalyede oturuyor.	4. SIK SIK YÜRÜYEBİLİYOR: Günde en az iki defa oda dışına çıkabiliyor. Oda içinde 2 saatte bir yürüyebiliyor.				
HAREKET Pozisyonunu Değiştirme ve Kontrol edebilme.	1. TAMAMEN HAREKETSİZ: Yardımsız pozisyon değiştiremiyor.	2. ÇOK HAREKETSİZ: Vücut ve ekstremitelerinde hafif değişiklik yapabiliyor. Kendiliğinden Pozisyonunu değiştiremiyor.	3. AZ HAREKETLİ: Vücut ve ekstremitelerinde sık, ancak hafif değişiklik yapabiliyor.	4. HAREKETLİ: Pozisyonunu yardımsız sıklıkla değiştirebiliyor.				

BESLENME Beslenme alışkanlığı.	1. ÇOK YETERSİZ: Asla öğününün tamamını yiyemiyor. Nadiren verilen yemeğin 1/3'ünü yiyebiliyor.	2.YETERSİZ: Verilen yemeğin yarısını, nadiren tamamını yiyebiliyor. Günde 3 defa protein bazen destekleyici ek gıda alabiliyor. Uygun diyetin tüp ile verilen besinin birazını alabiliyor	3. YETERLİ: Öğünün yarısından fazlasını yiyebiliyor. Günde 4 kez protein alabiliyor. Ara sıra öğünü reddediyor. Verilmişse ek diyeti ya da Total parenteralbeslenme'yi alabiliyor.	4. ÇOK İYİ: Her öğünü çoğunlukla yiyor, öğünleri reddetmiyor. Günde 4 defa protein alabiliyor. Genellikle öğün aralarında yiyor. Ek gıda gerekmiyor
SÜRTÜNME VE TAHRİŞ	SORUN 1:Hareket ederken çok fazla yardıma gereksinimi var. Çarşafta kaydırmaksızın tamamen kaldırılması olanaksız. Sıklıkla sandalyeden ya da yataktan aşağı kayıyor. Yeniden pozisyon vermede çok fazla yardıma gereksinimi var. Sertlik, kontraktür ya da huzursuzluk sürekli sürtünmeye yol açabiliyor	2. OLASI SORUN: Çok az yardımla az ve güçsüz hareket yapabiliyor. Hareket sırasında deri, çarşafa sandalyeye ya da diğer malzemelere sürtünüyor. Genellikle yatak ve sandalyede pozisyonunu sürdürüyor, fakat bazen kayıyor.	3. SORUN YOK: Yatak ve sandalyede bağımsız hareket edebiliyor. Kendini kaldırabilmek için, yeterli kas gücü var. Yatak ya da sandalyede her zaman uygun pozisyonda duruyor.	
TOPLAM				

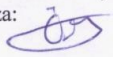
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"İnme Geçiren Hastalar ve Bakım Verenleri için Geçiş Bakım Modeline Temellenen Girişimlerin Bakım Verenlerinin Yeterliliğinin Artırılması ve Hasta Sonuçlarına Etkisi"2017-129
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B.Ü. ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	Varlık Mah. Kazım Karabekir Cad. Muratpaşa /ANTALYA
	TELEFON	0242 2494400 - 4217
	FAKS	
	E-POSTA	etik.kurul.07@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr. Sebahat GÖZÜM
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı Hemşireliği
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	
	DESTEKLEYİCİ	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 ☐
		FAZ 2 ☐
		FAZ 3 ☐
		FAZ 4 ☐
		Gözlemsel ilaç çalışması ☐
		Tıbbi cihaz klinik araştırması ☐
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları ☐
		İlaç dışı klinik araştırma ☐
	Diğer ise belirtiniz: Randomize kontrollü araştırma	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐ ULUSAL ☒ ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
RELEVANCİ	Belge Adı			Açıklama

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Uzm.Dr.Özlem GİRAY
İmza: 

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"İnme Geçiren Hastalar ve Bakım Verenleri için Geçiş Bakım Modeline Temellenen Girişimlerin Bakım Verenlerin Yeterliliğinin Artırılması ve Hasta Sonuçlarına Etkisi"2017-129		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU			
ÇIKARAR BİLGİLERİ	SIGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒	
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER:	☐	
	Karar No: 10/07	Tarih: 01/06/2017	
	Çalışma için Antalya Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden izin alınması ve sonucun Etik Kurula bildirilmesi koşulu ile çalışmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.		

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Uzm.Dr.Özlem GİRAY

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Uzm.Dr. Özlem GİRAY	Tıbbi Farmakoloji	S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr. Özkan KÖSE	Ortopedi	S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	KATILMADI
Doç.Dr. Esin YILMAZ	Tıbbi Biyokimya	S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr. Osman Zekai ÖNER	Genel Cerrahi	S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr. Aysel DERBENT UYSAL	Kadın Doğum	S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	KATILMADI
Uz.Dr.Belkıs KOÇTEKİN	Fizyoloji	S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☒	
Sos.Hiz.Uz.Ayten KAYA KILIÇ	Sosyal Hizmetler	S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Uzm.Dr. İshak Abdurrahman IŞIK	Çocuk Gastroenteroloji	S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Uz.Dr.Hülya KARAKILINÇ	Halk Sağlığı	Antalya İl Sağlık Müdürlüğü	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr.Ecz. Özlem BATU	Eczacı	Serbest Eczacı	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Av. Mehmet ORAKÇI	Hukuk	Antalya İl Sağlık Müdürlüğü	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

* Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Uzm.Dr.Özlem GİRAY
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

AYDINLATILMIŞ ONAM (GİRİŞİM GRUBU)

Değerli bakım verenler,

Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda görev yapmaktayım. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde doktora öğrencisiyim. Bu doktora çalışmada *inme geçiren hastalar ve bakım verenleri için Geçiş Bakım Modeli'ne temellenen girişimlerin bakım verenlerin yeterliliğinin, bakıma hazır oluşluklarının, elektronik sağlık okuryazarlığının artırılması, tükenmişliklerinin azaltılması ve hasta sonuçlarına etkisi değerlendirilecektir.* Çalışma üç ay sürecektir. Bu süreçte hastanede en az üç kez sizinle hastanız ile ilgili görüşülecektir. Taburcu olduktan sonra 5 iş günü içinde Antalya İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmetleri Birimi ile bir kez ev ziyareti yapılacaktır. Ev ziyaretinde hastanızın evde güvenliğinin sağlanması ile ilgili ve sizin sorularınız varsa konuşulacaktır. Taburculuktan sonraki 1.hafta her gün, 2. ve 12. haftalarda haftada bir kez ya da gereksinim halinde birden fazla hastanızın sağlığı ile ilgili telefonla iletişim sağlanacaktır. Web destekli eğitim üç ay sürecektir. Web destekli eğitimin amacı inmeli hastanız için hazırlanmış web sitesine giriş yapıp gereksinim duyduğunuz konularda bilgi almanızdır. Etik kurul onayı alınan bu çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır.

Çalışmaya katılımınızdan dolayı size herhangi bir ödeme yapılmayacak ve bir ücret istenmeyecektir. Her aşamada kişisel bilgilerin gizliliğinin korunmasına saygı gösterilecektir. Gizliliği sağlamak amacıyla isim alınmayacaktır. Gönüllünün araştırmaya katılımı isteğe bağlı olup istediği zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkını kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilecek veya araştırmadan çekilebilecektir. Çalışmadan elde edilen veriler konuya ilişkin bilgi birikimimizi arttıracığı için toplumsal yarar söz konusudur. Toplanan veriler yalnızca araştırma için kullanılacaktır. Araştırma yayınlanma aşamasında dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Bu araştırma ile araştırma sonuçlarından haberdar olmak için bizlerle iletişim kurmanız yeterli olacaktır. Gönüllü olarak sorumluluklarınız çalışma süresince hastanız ile ilgili gelişmeler için araştırmacıyı bilgilendiriniz.

Gösterdiğiniz özen ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim/hemşire/araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. “Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”

Gönüllünün Adı Soyadı:	Tarih:	İmza
Araştırmacının Adı Soyadı:	Tarih:	İmza
Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı Soyadı	Tarih:	İmza
Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı Soyadı	Tarih:	İmza

AYDINLATILMIŞ ONAM (KONTROL GRUBU)

Değerli bakım verenler,

Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda görev yapmaktayım. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde doktora öğrencisiyim. Bu doktora çalışmada *inme geçiren hastalar ve bakım verenleri için Geçiş Bakım Modeli'ne temellenen girişimlerin bakım verenlerin yeterliliğinin, bakıma hazır oluşluklarının, elektronik sağlık okuryazarlığının artırılması, tükenmişliklerinin azaltılması ve hasta sonuçlarına etkisi değerlendirilecektir.* Çalışma üç ay sürecektir. Bu süreçte hastanede uygulanan rutin bakımı sizlere uygulanacaktır. Etik kurul onayı alınan bu çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılımınızdan dolayı size herhangi bir ödeme yapılmayacak ve bir ücret istenmeyecektir. Her aşamada kişisel bilgilerin gizliliğinin korunmasına saygı gösterilecektir. Gizliliği sağlamak amacıyla isim alınmayacaktır. Gönüllünün araştırmaya katılımı isteğe bağlı olup istediği zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkını kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilecek veya araştırmadan çekilebilecektir. Çalışmadan elde edilen veriler konuya ilişkin bilgi birikimimizi arttıracığı için toplumsal yarar söz konusudur. Toplanan veriler yalnızca araştırma için kullanılacaktır. Araştırma yayınlanma aşamasında dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Bu araştırma ile araştırma sonuçlarından haberdar olmak için bizlerle iletişim kurmanız yeterli olacaktır. Çalışma sonunda telefon ile aranacaksınız.

Gösterdiğiniz özen ve ayırdığınız zaman için teşekkür ederim. *“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim/hemşire/araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. “Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”*

Gönüllünün Adı Soyadı:	Tarih:	İmza
Araştırmacının Adı Soyadı:	Tarih:	İmza
Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı Soyadı	Tarih:	İmza
Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı Soyadı	Tarih:	İmza

ÖLÇEK İZİNLERİ

Microsoft
Outlook WebApp

Aramak için buraya yazın Tüm Posta Kutusu

Seçenekler Oturumu kapat

Posta

Yanıtla Tümünü Yanıtla İlet Kapat

Gelen Kutusu
Gönderilmiş Öğeler
Önemsiz E-Posta
Silinmiş Öğeler
Taslaklar [83]

Tüm klasörleri görmek için tıklayın

Klasörleri Yönet...

RE: About Caregiver Competence Scale Permission!!!
Semple, Shirley [ssemple@ucsd.edu]

Bu iletiyi 04.10.2016 10:56 tarihinde iletiniz.

Gönderildi: 03 Ekim 2016 Pazartesi 18:59
Kime: Yasemin Demir

Dear Yasemin,

You have my permission to use the caregiver competence scale from Dr. Pearlin's study of Alzheimer's caregivers.

Sincerely,

Shirley Semple, Ph.D.

-----Original Message-----
From: Yasemin Demir [mailto:ydemir@akdeniz.edu.tr]
Sent: Monday, October 03, 2016 5:31 AM
To: Semple, Shirley <ssemple@ucsd.edu>
Subject: About Caregiver Competence Scale Permission!!!

Dear Mr. Shirley J. Semple

I study in PhD programme of Public Health Nursing in the Institute of Health Sciences at Akdeniz University (Antalya, Turkey). I have read your article about Caregiver Competence Scale and I want to study Turkish version of it about validity and reliability. I could't reach Leonard I. Pearlin. Please Can you help me?

Would you give us permission to study about your scale.

I would be grateful if you could send us guideline of the scale how we can use it.

Research Assistant: Yasemin DEMİR AVCI

Posta

Takvim

Kişiler

Gelen Kutusu (6)

Gönderilmiş Öğeler

Önemli E-Posta

Sililmiş Öğeler (6)

Tasklar [83]

Tüm klasörleri görmek için tıklayın

Klasörleri Yönet..

Yanında Tümünü Yanında İlet Kapat

Re: BAKIMA HAZIR OLUŞLUK ÖLÇEĞİ
SEÇİL KARAMAN [secil.karaman@windowslive.com]

Gönderildi: 31 Ekim 2016 Pazartesi 17:15

Kime: Yasemin Demir

Sayın Yasemin Demir;

"İmmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeğini" teziniz de kullanabilirsiniz. Çalışmanızda Başarılar dilerim.

Saygılarımla

Seçil Karaman Gümüş

iPhone'undan gönderildi

Yasemin Demir <ydemir@akdeniz.edu.tr> şunları yazdı (31 Eki 2016 10:01):

> Sayın SEÇİL KARAMAN

> Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde doktora öğrencisiyim. Bakım verenlerin geliştirilmesine yönelik olan doktora tez çalışmada Türkçe'ye kazandırmış olduğunuz Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği'ni kullanmak istiyorum. Bu konuda sizden olumlu yanıtlarınızı bekliyorum.

>

> İlginiz ve desteğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

>

> Akdeniz Üniversitesi

> Hemşirelik Fakültesi

> Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

> Arş. Gör. Yasemin DEMİR AVCİ

Posta

Gelen Kutusu

Gönderilmiş Öğeler

Önemsiz E-Posta

Sililmiş Öğeler

Taslaqlar [83]

Tüm klasörleri görmek için tıklayın

Klasörleri Yönet...

Yanıtla

Tümünü Yanıtla

İlet

Kapat

Ynt: E-sağlık okuryazarlık ölçeği izni

sabahat sakar [sabahatsakar@hotmail.com]

Günlüğünüzün korunmasına yardımcı olmak için, bu iletinin içeriğinin bir bölümü engellendi. Bu iletinin güvenli bir gönderenden geldiğinden eminsiniz ve engellenen özellikleri yeniden etkinleştirmek isterseniz, [burayı tıklayın](#).

Gönderildi: 04 Kasım 2016 Cuma 17:55

Kime: Yasemin Demir

sabahat sakar has shared OneDrive files with you. To view them, click the links below.

[adolesanlarda e-sağlık 1.pdf](#) [e-sağlık okuryazarlığı ölçeği \(1\).docx](#)

Sayın Yasemin Demir,

İlginin için teşekkür ederim.

Ölçek hakkında daha detaylı bilgiye Gülhane Tıp Dergisinde (2016) "Adölesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği: Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması" isimli makaleden ulaşabilirsiniz. Ölçekte ters puanlaması olan maddeler yer almamaktadır. Ölçeğin Türkçe olarak çevrilmiş halinin puanlama sistemini orijinalindeki gibi Ek'te gönderdiğim makalede bulabilirsiniz. Herhangi bir soruyla karşılaşırsanız yardımcı olmak isterim. Kolay gelsin...

İyi çalışmalar...

Posta

Gelen Kutusu

Gönderilmiş Öğeler

Önemsiz E-Posta

Sililmiş Öğeler

Taslaqlar [83]

Tüm Klasörleri görmek için tıklayın

Klasörleri Yönet...

Yanıtla

Tümünü Yanıtla

İlet

Kapat

Re: Tükenmişlik Ölçeği İzni

Burhan Çapri burhancapri@mersin.edu.tr

21.02.2018 11:37 tarihinde yanıtladınız.

Gönderildi: 01 Kasım 2016 Salı 23:54

Kime: Yasemin Demir

Ekler: [MTE-GF.docx \(34 KB\)](#) [Tarayıcıda Aç]

Değerli Arkadaşım,
İlgili ölçme aracı ektedir.
Çalışmada başarılar dilerim...

31 Ekim 2016 09:36 tarihinde Yasemin Demir <ydemir@akdeniz.edu.tr> yazdı:
Sayın Doç. Dr. Burhan Çapri
Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde doktora öğrencisiyim. Bakım verilerinin geliştirilmesine yönelik olan doktora tez çalışmada Tükenmişlik Ölçeği'ni kullanmak istiyorum. Bu konuda sizden olumlu yanıtınızı bekliyorum.

İlginiz ve desteğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

Akdeniz Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Arş. Gör. Yasemin DEMİR AVCI

122

Posta

Yanıtla Tümünü Yanıtla İlet Kapat

Gelen Kutusu
Gönderilmiş Öğeler
Önemli E-Posta
Silinmiş Öğeler
Taslaqlar [83]

Tüm klasörleri görmek için tıklayın

Klasörleri Yönet...

Re: Sistem Kullanabilirlik Ölçeği İzni
Zafer KADIRHAN [zaferkadirhan@gmail.com]

Gönderildi: 16 Ekim 2018 Salı 15:38
Kime: Yasemin Demir

Merhabalar Yasemin Hocam,

Çalışmamıza ilgi duymanız sevindim. Tabi ki kullanabilirsiniz. Daha sonra çalışma sonuçları hakkında bana da bilgi verebilirseniz çok memnun olurum.

İyi çalışmalar dilerimle
Selamlar

Zafer KADIRHAN, Res. Asst.

Department of Computer Education and Instructional Technology
Middle East Technical University Faculty of Education
06800 Ankara - TURKEY

Phone : [+90 312 210 7351](tel:+903122107351)
Fax : [+90 312 210 7959](tel:+903122107959)
E-Mail : zkadirhan@gmail.com & zkadirhan@metu.edu.tr
Web : <http://blog.metu.edu.tr/kadirhan/>

On Tue, 16 Oct 2018 at 15:36, Yasemin Demir <ydemir@akdeniz.edu.tr> wrote:
Sayın Zafer Kadirhan,

Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Araştırma Görevlisi olarak görev yapmaktayım. Aynı zamanda Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda doktora öğrencisiyim. Doktora tezimde "Sistem Kullanabilirlik Ölçeği"ni kullanmak istiyorum.

Arş. Gör. Yasemin DEMİR AVCI

Microsoft Exchange'e Bağlı

Posta

Takvim

Kişiler

Gelen Kutusu (3)

Gönderilmiş Öğeler

Önemli E-Posta

Sililmiş Öğeler (6)

Tasarıklar [83]

Tüm klasörleri görmek için tıklayın

Klasörleri Yönet...

Yanıtla Tümü Yanıtla İlet Kapat

Re: Braden Risk Değerlendirme Ölçeği izini hakkında!!!

Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ [rukiye.boluktas@izu.edu.tr]

Gönderildi: 25 Ekim 2018 Perşembe 06:58

Kime: Yasemin Demir

Sayın Demir Avcı
Ölçeği kullanmanız uygundur, çalışmamızda başarılar dilerim.
Prof. Dr. Rukiye Pinar Bölüktaş

[Android için Outlook uygulamasını edinin](#)

From: Yasemin Demir <ydemir@akdeniz.edu.tr>
Sent: Saturday, October 20, 2018 1:55:34 AM
To: Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ
Subject: Braden Risk Değerlendirme Ölçeği izini hakkında!!!

Hocam merhaba,

Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Araştırma Görevlisi olarak görev yapmaktayım. Aynı zamanda Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda doktora öğrencisiyim. Doktora tezimde inmeli hastaların örneklem seçiminde Türkiye'ye kazandırmış olduğunuz Braden Risk Değerlendirme Ölçeği'ni atf yaparak kullanmak istiyorum.

Arş. Gör. Yasemin DEMİR AVCI
Süleyman Demirel Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Posta

Yanıda Tümünü Yanıda İlet Kapat

Gelen Kutusu

Gönderilmiş Öğeler

Önemsiz E-Posta

Silinmiş Öğeler

Taslaqlar [83]

Tüm klasörleri görmek için tıklayın

Klasörleri Yönet...

RE: LACE INDEX

Van Walraven, Carl [cvanwalraven@ohri.ca]

Bu iletiyi 16.03.2017 18:37 tarihinde iletiniz.

Gönderildi: 15 Mart 2017 Çarşamba 14:55

Kime: Yasemin Demir

Hi

Here it is.

Carl

<http://www.cmaj.ca/content/182/6/551.full>

Carl van Walraven MD MSc FRCPC

Professor, Department of Medicine / School of Epidemiology, Public Health and Preventive Medicine, University of Ottawa

Senior Scientist, Ottawa Hospital Research Institute

Site Director, ICES uOttawa

Ph: 613-761-4903 Fx: 613-761-5492

-----Original Message-----

From: Yasemin Demir [mailto:ydemir@akdeniz.edu.tr]

Sent: Tuesday, March 14, 2017 10:54 AM

To: Van Walraven, Carl

Subject: LACE INDEX

Dear Mr. Dr. Carl van Walraven

I study in PhD programme of Public Health Nursing in the Institute of Health Sciences at Akdeniz University (Antalya, Turkey). I have read your article about LACE Index, also I want to use for my doctoral dissertation (PhD). Would it be possible for you to send me full text and the original (online or hard copy) version of this scale to my address and give me a permission from you

Posta

Takvim

Kişiler

Gelen Kutusu (3)

Gönderilmiş Öğeler

Önemsiz E-Posta

Sililmiş Öğeler (6)

Taslaqlar (33)

Tüm klasörleri görmek için tıklayın

Klasörleri Yönet...

Yanıtla

Tümünü Yanıtla

İlet

Kapat

Ynt: Fonksiyonel Bağımsızlık Testi ve Modifiye Rankin Skalası hakkında!!!

Melek Güneş YAVUZER [gunesyavuzer@halic.edu.tr]

Gönderildi: 22 Ekim 2018 Pazartesi 08:56

Kime: Yasemin Demir

Günaydın Yasemin

Ölçeklere ilgin beni mutlu etti kolaylıklar dilerim.

Güneş Yavuzer

Gönderen: Yasemin Demir <ydemir@akdeniz.edu.tr>

Gönderildi: 20 Ekim 2018 Cumartesi 01:14:14

Kime: Melek Güneş YAVUZER

Konu: Fonksiyonel Bağımsızlık Testi ve Modifiye Rankin Skalası hakkında!!!

Hocam merhaba,

Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Araştırma Görevlisi olarak görev yapmaktayım. Aynı zamanda Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda doktora öğrencisiyim. Doktora tezimde inmel hastaların örneklem seçiminde Türkçe'ye kazandırmış olduğunuz Fonksiyonel Bağımsızlık Testi ve Modifiye Rankin Skalası'nı kullanmak

istiyorum.

Arş. Gör. Yasemin DEMİR AVCI

Süleyman Demirel Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Microsoft
Outlook Web App

Aramak için buraya | Tüm Posta Kutusu

Seğmeler Oturumu kapat

Posta

Gelen Kutusu
Gönderilmiş Öğeler
Önemsiz E-Posta
Silmiş Öğeler
Tasarıklar (8)

Tüm klasifleri görmek için tıklayın

Klasifleri Yönet...

RE: DISCERN About!!!

Sasha Shepperd [sasha.shepperd@ndph.ox.ac.uk]

Gönderildi: 15 Ekim 2018 Pazartesi 20:14

Kime: Yasemin Demir Sasha Shepperd (External) [sasha.shepperd@ndph.ox.ac.uk]

Dear Yasemin, thank you for the update, please go ahead and use DISCERN to evaluate the content of your website. Please can you send me the url to the website?

Best wishes
Sasha

Sasha Shepperd, MS DPhil
Professor of Health Service Research,
Co-ordinating Editor Cochrane Review Group Effective Practice and Organisation of Care (EPOC)
Nuffield Department of Population Health
University of Oxford
Tel +44 (0) 1865 289 237

From: Yasemin Demir [ydemir@akdeniz.edu.tr]
Sent: Monday, October 15, 2018 2:46 PM
To: Sasha Shepperd (External)
Subject: DISCERN About!!!

Dear Sasha Shepperd,

I got a permission DISCERN about my web site which prepared for family members giving care to patients with stroke in 2012. Now, we would like to use DISCERN for content evaluation after the web site update also,

the web site interested in doctorate thesis. I kindly request a permission DISCERN. When It is used with permission, It will be cited.

Research Assistant Yasemin DEMİR AVCI
Süleyman Demirel University
Faculty of Health Sciences, Public Health Nursing Department
ISPARTA/TURKEY

Best regards,

Sık kullanılanlar

Yeni Sil Taşı Filtre Uygula Görünüm

Yasemin DEMİR AVCI

Tüm Posta Kutusunda Ara

Gelen Kutusu (1)

Taslaqlar (1)

Gönderilmiş Öğeler

Silinmiş Öğeler (107)

Arama Klasörleri

Gerekli E-Posta (1)

Notlar

Posta

Takvim

Kişiler

Görevler

Tarih göre konuşmalar En Yeni En Üstte 24.02.2018

23 Nisan Ulusal Egemenlik ve Ç...

Hemşirelik Eğitiminin Geleceği 2018 23.04.2018

Başvuru Veri İnceleme Sonucu

Personel Bilgi Sistemi 11.04.2018

Join us at 3rd International Nur...

Nursing-2018 10.04.2018

DUYURU

Hemşirelik Eğitiminin Geleceği 2018 07.04.2018

Online Lectures by Leading Wor...

Iris Margalit, PhD 30.03.2018

Decision made on Manuscript T...

yasemin demir 26.03.2018

Thank you for the review of TSR...

yasemin demir 14.03.2018

Lectures by Leading World Aut...

Iris Margalit, PhD 17.02.2018

form son hali

"Neslihan LÖK" 14.02.2018

Düşme Yönünden Ev İçi Çevre ...

"Neslihan LÖK" 14.02.2018

Kimden: "Neslihan LÖK" [neslihanlok@selcuk.edu.tr]

Gönderildi: 14 Şubat 2018 Çarşamba 10:57

Kime: Yasemin DEMİR AVCI

Konu: Re: Düşme Yönünden Ev İçi Çevre Özellikleri Değerlendirme Formu İzni

"Neslihan LÖK" [neslihanlok@selcuk.edu.tr]

14 Şubat 2018 Çarşamba 10:57

Yasemin Hanım,

"Düşme Yönünden Ev İçi Çevre Özellikleri Değerlendirme Formu" nu doktora tez çalışmanızda kullanabilmemiz için gerekli dokümanları ekte size iletıyorum. Kolaylıklar dilerim...

Neslihan LÖK

Yasemin DEMİR AVCI

Kime: neslihanlok@selcuk.edu.tr

Gönderilmiş Öğeler

13 Şubat 2018 Salı 14:51

Sayın Yrd. Doç. Dr. Neslihan LÖK,

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde doktora öğrencisiyim. Düşme Yönünden Ev İçi Çevre Özellikleri Değerlendirme Formu'nu "İnme Geçiren Hastalar ve Bakım Verenleri İçin Geçiş Bakım Modeline Temellenen Girişimlerin Bakım Verenlerin Yeterliliğinin Artırılması ve Hasta Sonuçlarına Etkisi" isimli tez için kullanmak istiyorum. Sizin için uygunsa form ve form ile ilgili gerekli dokümanları gönderebilir misiniz?

Arş.Gör. Yasemin DEMİR AVCI

Akdeniz Üniversitesi

INTENTION TO TREAT ANALİZİ İLE ELDE EDİLEN ARAŞTIRMA BULGULARI

		Bakım Veren Yeterliliği		Post hoc Test**			
		Öntest	Sontest	F*	P	Etki	Güç
		Ortalama±SS	Ortalama±SS			Büyükklüğü	
Girişim (N=35)	Grubu	11.65 ±2.58	13.42±2.25	7.944	.005	0.48	0.59
Kontrol (N=35)	Grubu	11.71±2.08	11.52±2.32	12.200	.001		
		Bakıma Hazır Oluşluk Düzeyi		Post hoc Test**			
		Öntest	Sontest	F*	P	Etki	Güç
		Ortalama±SS	Ortalama±SS			Büyükklüğü	
Girişim (N=35)	Grubu	22.97±5.29	28.27±4.67	1.479	.228	0.35	0.40
Kontrol (N=35)	Grubu	24.68±5.27	21.49±6.70	23.741	.000		
		E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyi		Post hoc Test**			
		Öntest	Sontest	Z**	P	Etki	Güç
		Ortalama±SS	Ortalama±SS			Büyükklüğü	
Girişim (N=35)	Grubu	29.31±6.61	34.22±4.95	-3.802	.000	1.39	0.99
Kontrol (N=35)	Grubu	29.00±6.33	27.49±8.00	-.173	.863		
		Tükenmişlik Alt Boyutu		Post hoc Test**			
		Öntest	Sontest	Z**	P	Etki	Güç
		Ortalama±SS	Ortalama±SS			Büyükklüğü	
Girişim (N=35)	Grubu	7.91±4.05	7.28±3.17	-1.377	.168	0.48	0.59
Kontrol (N=35)	Grubu	6.82±1.93	8.77±3.31	-3.590	.000		
		Duyarsızlaşma Alt Boyutu		Post hoc test**			
		Öntest	Sontest	Z**	P	Etki	Güç
		Ortalama±SS	Ortalama±SS			Büyükklüğü	
Girişim (N=35)	Grubu	6.60±2.96	6.04±2.30	-1.165	.244	0.35	0.40
Kontrol (N=35)	Grubu	5.60±1.53	6.40±2.49	-2.339	.019		
		Yetkinlik alt boyutu		Post hoc Test**			
		Öntest	Sontest	F*	P	Etki	Güç
		Ortalama±SS	Ortalama±SS			Büyükklüğü	
Girişim (N=35)	Grubu	13.71±3.45	10.63±4.07	4.528	.037	1.39	0.99
Kontrol (N=35)	Grubu	16.60±5.86	16.44±4.86	3.720	.058		

F* Bağımlı Gruplar için Tek Faktörlü ANOVA

z**Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi

***Post hoc test: G*power 3.1.9.2 programı, %95 Cl ve $\alpha=0.05$

İnmeli hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (Intention to treat analizine göre randomizasyon)

Girişim Grubu (N=35)			Kontrol Grubu (N=35)			
Sosyodemografik Özellikler	n	%	n	%	χ^2	P
Cinsiyet						
Kadın	16	45.7	19	54.3	0.514	0.473
Erkek	19	54.3	16	45.7		
İnme Türü						
İskemik	31	88.6	33	94.3	0.729	0.393
Hemorojik	4	11.4	2	5.7		
İnme Dışındaki Kronik Hastalık						
DM	1	2.9	3	8.6	1.315	0.859
HT	9	25.7	10	28.6		
DMve HT	13	37.1	12	34.3		
Diğer	2	5.7	2	5.7		
Yok	10	28.6	8	22.9		
	N	Ortalama	Standart Sapma	Min-Max	t	P
Yaş						
Girişim Grubu	35	61.29	15.90	22-92	-0.792	0.431
Kontrol Grubu	35	64.09	13.60	27-84		
LACE İndeks						
Girişim Grubu	35	11.89	2.07	10-17	-1.373	0.174
Kontrol Grubu	35	12.60	2.28	10-17		
Modifiye Rankin Skalası						
Girişim Grubu	35	3.74	0.44	3-4	-1.541	0.128
Kontrol Grubu	35	3.89	0.32	3-4		
Braden Risk Değerlendirme Ölçeği						
Girişim Grubu	35	14.17	2.62	11-21	1.150	0.254
Kontrol Grubu	35	13.54	1.88	10-18		
Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği						
Girişim Grubu	35	57.25	13.40	36-77	0.745	0.459
Kontrol Grubu	35	54.77	14.50	36-90		

GİRİŞİM GRUBU İZLEM FORMU

Girişim Grubu Sıra No	Bakım veren ve hasta adı soyadı	Hastanede yatış süresince hangi günler görüşme yapıldı (gün)	Ev ziyareti alma durumu (Taburculuktan kaç gün sonra)	Telefonla görüşme durumu	Web sitesi kullanma durumu IP kontrol (Gün/Saat)
		1.		1.	
		2.		2.	
		3.		3.	
		4.		4.	
		5.		5.	
		6.		6.	
		7.		7.	
		8.		8.	
		9.		9.	
		10.		10.	
		11.		11.	
		12.		12.	
		13.		13.	
		14.		14.	
		15.		15.	
		16.		16.	
		17.		17.	
		18.		18.	
		19.		19.	
		Diğer		Diğer	

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Yasemin	Uyruğu	TC
Soyadı	DEMİR AVCI	Tel no	05514028492
Doğum tarihi	16.01.1986	e-posta	yasemin0747@hotmail.com

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise	Karatay Lisesi (Yabancı Dil Ağırlıklı Lise)	2004
Lisans	Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu	2005-2009
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Halk Sağlığı Hemşireliği)	2011-2014
Doktora	Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Halk Sağlığı Hemşireliği)	2014-2019

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Staj-Öğrenim/ Hemşirelik Lisans Öğrencisi	Seinajoki Uygulamalı Bilimler Üniversitesi /Finlandiya- Erasmus Programı	1.09-19.12.2008
Hemşire	Anadolu Hastanesi -Antalya	Ağustos 2009-Mart 2010
Hemşire	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi	Temmuz-2010-2011 Mayıs
Hemşire	Yaşam Hastanesi	Temmuz 2011-Ağustos 2011
Hemşire	Bucak Devlet Hastanesi	Eylül 2011-Şubat 2013
Araştırma Görevlisi	Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	Şubat 2013-Mayıs 2014
Araştırma Görevlisi	Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Mayıs 2014-Aralık 2017
Araştırma Görevlisi	Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	Aralık 2017-Devam

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	YDS (2015)	65
İngilizce	YÖKDİL (2018)	85

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)
İnme Geçiren Hastalar ve Bakım Verenleri için Geçiş Bakım Modeline Temellenen Girişimlerin Bakım Verenlerin Yeterliliğinin Artırılması ve Hasta Sonuçlarına Etkisi, (Proje No:118S653) Yürütücü	Tübitak 1002 Projesi	2018-2019
Evde Sağlık Hizmeti Alan Yatağa Bağımlı Kişilerin Bakım Veren Aile Üyelerine, Bakıma ilişkin Verilen Eğitimin, Hasta ve Bakım Veren Açısından Değerlendirilmesi (Proje No:21S075) Araştırmacı Yardımcısı	Tübitak 3001 Projesi	2014-2016
Demir Y, Gözüm S. İnmeli Hastalara Bakım Veren Aile Üyeleri İçin Hazırlanan Web Sayfasının Kalitesi, İçeriği Ve Kullanımının Değerlendirilmesi Yüksek Lisans Tezi, (Proje No:2012.020122.012) Araştırmacı	Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Yönetim Birimi (BAP)	2012-2014

Yayınlar ve Bildiriler:

1. BÖLÜM: ARAŞTIRMAYA DAYALI YAYIN FAALİYETLERİ

1.1.a. SCI-Expanded (Science Citation Index -Expanded), SSCI (Social Science Citation Index), AHCI (Arts and Humanities Citation Index), tarafından taranan dergilerde yayımlanan orijinal makaleler ve derlemeler

1.1.a1. Demir Y, Gözüm S. (2015). Evaluation of Quality, Content, and Use of the Web Site Prepared for Family Members Giving Care to Stroke Patients. *Comput Inform Nurs.* 33(9):396-403.

1.2.a. Madde 1.1. de sayılan indeksler dışındaki uluslararası indeksler tarafından taranan dergilerde yayımlanan orijinal makaleler ve derlemeler

1.2.a1. Demir Avcı Y, Gözüm S. (2018). The Frequency of Utilizing The Supportive Web Site By Stroke Patients' Caregivers After Discharge. *International Journal of Caring Sciences.* 11(3):1499-1508.

1.3.a. Madde 1.1. ve 1.2 nin kapsamı dışındaki hakemli dergilerde yayımlanan orijinal makaleler ve derlemeler

1.3.a1. Demir Y, Gözüm S. (2011). Sağlık eğitiminde yeni yönelimler; web destekli sağlık eğitimi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 4(4):193-203.

1.3.a2. Demir Avcı Y. (2016). Kişisel Sağlık Sorumluluğu. *TAF Prev Med Bull.* 15(3): 259-266.

1.3.a3. Demir Avcı Y. Gözüm S. Özer Z. (2016). İnmeli Hastaların Ailelerinin, Bakım Verme Yeterliliğini Geliştirmek İçin Yapılan Girişimler: Sistematik Derleme.TJFM&PC. 10(3):164-174.

1.3.a4. Tuzcu A, Sümen A, **Demir Avcı Y.** (2018). Kanser Tarama Programlarına Katılımı Artırmada Bir Sağlık Davranış Değişim Modeli: Precede-Proceed. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi. 15(2): 123-1. doi:10.5222/HEAD.2018.123.

1.3.a5. Demir Avcı Y, Gözüm S. (2018). Kırsal Alanda Yaşayan Yaşlılar için Sağlık Hizmeti Sunum Modelleri ve Tele-Sağlık. TJFM&PC. 12(1):56-67.

1.4.b. Uluslararası kongrelerde sunulan ve özeti Madde 1.2. de sayılan indekslere kayıtlı dergilerde yayımlanan bildiriler

1.4.b1. Demir Y. Gözüm S. Evaluation Of Quality, Content And Use Of The Website Prepared For Family Members Giving Care Stroke Patients The ICEEEL 2014: International Conference on e-Education and e-Learning, PARİS, FRANSA, 19-20 Mayıs 2014 (Poster Bildiri).

1.5. Diğer Uluslararası kongre veya sempozyum bildirileri

1.5.1. Demir Y, Gözüm S. İnmeli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Evde Hasta Bakımına İlişkin Bilgi Gereksinimi 2. Uluslararası Evde Sağlık Hizmetleri Kongresi, 14-18 Mart 2012, Antalya (Poster Bildiri)

1.5.2. Sümen A, Tuzcu A, Demir Avcı Y, Studies Conducted On Cancer Screening Behaviors By Using Precede-Proceed Model: A Systematic Review, 2.International Clinical Nursing Research Congress, 24-26 June, 2015, İstanbul (Poster Bildiri)

1.5.3. Demir Avcı Y, Gözüm S, Özer Z. İnmeli hastaların ailelerinin, bakım verme yeterliliğini geliştirmek için yapılan girişimler:sistematik derleme, 2.Uluslararası Evde Bakım Kongresi, 22-25 Haziran 2016, İstanbul (Sözel Bildiri)

1.5.4. Demir Avcı Y. Gözüm S. Models of healthcare delivery for elderly people living in rural area. First International Congress on Nursing 16-18 Mart 2017, Antalya (Sözel Bildiri)

1.5.5. Demir Avcı Y, Kırca N, Günbayı İ. Erasmus Değişim Programından Yararlanan Hemşirelik Öğrencilerin Deneyimleri. 1. Uluslararası, 4. Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi. 21-24 Ekim 2017, Şanlıurfa (Sözel Bildiri)

1.5.6. Demir Avcı Y. Gözüm S. Bakım Verme Yeterliliği Ölçeği'nin Türkçe Uyarlaması, Geçerlik ve Güvenirliği. 1. Uluslararası 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi. 23-26 Nisan 2018, Ankara (Sözel Bildiri)

1.5.7. Demir Saka S. Gözüm S. Demir Avcı Y. Antalya'da Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Değişim Aşamalarının Değerlendirilmesi. 2.Uluslararası 20. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 11-14 Kasım 2018, Antalya (Sözel Bildiri)

1.6. Ulusal kongre veya sempozyum bildirileri

1.6.1. Demir Y, Gözüm S. Sağlık eğitiminde yeni yönelimler; web destekli sağlık eğitimi.14.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 4-7 Ekim.2011, Trabzon (Poster Bildiri)

1.6.2. Demir Y. İnformal Bakım Vericiler ve Aile Bakım Yükü II. Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi, 03-05 Haziran 2013, Antalya (Poster Bildiri)

1.6.3. Demir Y. Gözüm S. İnmeli Hastalara Bakım Veren Aile Üyeleri İçin Hazırlanan Web Sayfasının Kalitesi ve İçeriğinin Değerlendirilmesi 27-31 Ekim 2013, Antalya ((Poster Bildiri)

1.6.4. Tuzcu A, Demir Avcı Y, Kültürel Yeterlilik ve Hemşirelik Eğitimi, 1.Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi, 17-20 Haziran 2015, İzmir (Poster Bildiri)

1.6.5. Demir Avcı Y. Kişisel Sağlık Sorumluluğu 2.Ulusal İntegratif Tıp Kongresi, 13-15 Kasım 2015, Antalya (Poster Bildiri)

1.6.6. Demir Y. Gözüm S. İnmeli hastalara bakım veren aile üyeleri için hazırlanan web sayfasının kalitesi, içeriği ve kullanımının değerlendirilmesi III. Ulusal Evde Sağlık ve Bakım Kongresi 12-14 Nisan 2012, Kuşadası (Sözel Bildiri)

1.6.7.Demir Avcı Y, Gözüm S. İnmeli hastaların bakım vericileri için hazırlanan web sitesinden bakım verenlerin yararlanma düzeyi, 18.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 5-9 Ekim 2015, Konya (Sözel Bildiri)

2. BÖLÜM: DİĞER YAYINLAR

2.1. Ulusal Kitap Bölüm Yazarlığı

Gözüm S, Cingil D, **Demir Avcı Y.** Yaşlıya Evde Bakım Verenlerin Gereksinimleri, Yaşlılık ve Yaşlı Sağlığı, Bilgili N, Kitiş N, Ed., Vize Yayıncılık, Ankara, ss.557-582, 2017.

2.2. Katıldığı Kurslar ve Kongreler

- Sağlık Bakım Sistemi ve Hemşirelikte Yönetim Çalıştayı, Antalya, 17-18 Mart 2011
- 1.Uluslararası Evde Sağlık Hizmetleri Kongresi, Antalya, 8-9.Nisan.2011
- Halk Sağlığı Hemşireliğinin Eğitim ve Uygulamalarında Aile Hekimliğinin Etkileri Çalıştayı, Nevşehir, 22-23.Eylül.2011
- 14.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Trabzon, 4-7.Ekim.2011
- Eğitim-Öğretim Etkinliklerinde Ölçme Değerlendirme Semineri, Antalya, 30 Kasım 2011
- Sağlığın Geliştirilmesi ve Hemşirelik Sempozyumu, İstanbul, 12-13.Ocak.2012
- Ücretsiz SSPS Kursu, Antalya, 25-27.Ocak.2012
- Sağlıkta Bilişim ve Hemşirelik Uygulamalarında kullanımı, İstanbul, 14. Şubat.2012
- II. Uluslararası Evde Sağlık Hizmetleri Kongresi, Antalya,14-18.Mart.2012
- Evde Sağlık ve Bakım Hizmetlerinde Yönetim ve Organizasyon Kursu, Antalya, 12.Nisan.2012
- 3.Ulusal Evde Sağlık ve Bakım Kongresi, Kuşadası, 12-14. Nisan.2012
- Tübitak Projeleri (1001) Eğitim Programı, Antalya, 25.Mayıs.2012
- 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa, 2-6.Ekim.2012
- Yara Bakımı (Hartmann) Sertifikası, İzmir, 24.Eylül.2012
- Evde Bakım Hemşireliği Kursu, İzmir, 24-26.Eylül.2012
- II.Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi, Antalya, 3-5.Haziran.2013
- 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Antalya, 28-31 Ekim 2013
- Elektronik Hemşirelik Bakım Süreci Kolokyumu, 6-7 Aralık 2013
- Sağlık Okuryazarlığı Kursu, Online Eğitim, 21 Nisan- 23 Mayıs 2014
- Evde Sağlık Hizmetleri Eğitici Eğitimi Programı, Antalya, 11-15 Ağustos 2014
- Proje Döngüsü Yönetimi ve Sağlık Bilimlerinde Tübitak Proje Eğitimi/ Tübitak 2237 Proje Eğitimi Etkinliklerini Destekleme Programı Etkinliği, Antalya, 15-17 Eylül 2015
- Fizik Muayene Kursu, Antalya, 10-13 Eylül 2014
- 17. Halk Sağlığı Kongresi, Halk Sağlığı Programlarında Ekonomik Değerlendirme Yöntemleri Kursu, Edirne, 20 Ekim 2014
- 17.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Edirne, 20-24 Ekim 2014
- 2. Evde Sağlık ve Ruh Sağlığı Hizmetleri Sempozyumu, Antalya, 26-28 Kasım 2014

- III. Uluslararası Katılımlı Kültürlerarası Hem  irelik Kongresi, Çanakkale, 21-23 Mart 2015
 - Hem  irelikte Kuram Kursu, 29-30 Haziran 2015
 - 1.Ulusal Halk Sağlığı Hem  ireliği Kongresi, İzmir, 17-20 Haziran 2015
 - 18. Halk Sağlığı Kongresi Bilimsel Makale Yazma Kursu, Konya, 5 Ekim 2015
 - 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Konya, 5-9 Ekim 2015
 - II. Ulusal İntegratif Tıp Kongresi, Antalya, 13-15 Kasım 2015
 - Sağlık Araştırmalarında İstatistiksel Güç Analizi ve  rneklem Büyüklüğü Belirlenmesi Kolokiyumu, Antalya, 11-12 Mart 2016
 - Sistematik Derleme ve Meta-analiz Kursu, İstanbul, 20-21 Haziran 2016
 - 2. Uluslararası Evde Bakım Kongresi, Antalya, 22-25 Haziran 2016
 - Anne Sütünün Te viki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşlarının Eğitimi Türkiye Halk Sağlığı Kurumu  ocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı, Antalya, 9 Mart 2017
 - International Congress on Nursing, Antalya, 16-18 Mart 2017
 - Evde Sağlık Hizmetleri Temel kavramlar, Mevzuat ve Hasta Bakımı Antalya Halk Sağlığı Müdürlüğü Antalya, 5-7 Nisan 2017
 - 1.Ulusal Hem  irelikte Araştırma Kongresi Nitel Araştırma Yöntemleri Kursu, Ankara, 18-19 Nisan 2017
 - 1. Uluslararası, 4. Ulusal Kültürlerarası Hem  irelik Kongresi, Şanlıurfa, 21-24 Ekim 2017
 - Son Bir Yılda WoS Indexli Dergilerde Yayınlanan Bilimsel  alı maların Paylaşımı ve Araştırma Etiği, Antalya, 10 Kasım 2017
 - 4.Ulusal ve Uluslararası, Katılımlı Evde Sağlık ve Bakım Kongresi, İstanbul, 23-25 Kasım 2017
 - Meta-Analiz Kursu, Antalya, 2018
 - 1. Uluslararası 2. Ulusal Halk Sağlığı Hem  ireliği Kongresi, Ankara, 23-26 Nisan 2018
 - SPSS Uygulamalı Veri Girişi ve Yönetimi Atölyesi, Antalya, 21 Haziran 2018
 - Omaha Sistemi Temel Eğitimi, İstanbul, 01-02 Ekim 2018
 -  z bildirim  l eklerinin Kültürel Uyarlaması ve Klasik Psikometrik Analizler, Antalya, 13 Kasım 2018
 - 2. Uluslararası, 20. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Antalya, 13-17 Kasım 2018
- 2.3. Uluslararası dergilerdeki hakemlikler:** Topics in Stroke Rehabilitation