

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İNME Lİ BİREYLERİN HASTANEYE
BAŞVURMA SÜRELERİNİ ETKİLEYEN
ETMENLERİN İNCELENMESİ**

CEYLAN TUNÇ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR-2011

DEU HSI MSc- 2009970098

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İNME Lİ BİREYLERİN HASTANEYE
BAŞVURMA SÜRELERİNİ ETKİLEYEN
ETMENLERİN İNCELENMESİ**

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

CEYLAN TUNÇ


DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
YRD. DOÇ. DR. ÖZLEM KÜÇÜKGÜÇLÜ

DEU HSI MSc- 2009970098

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans programı öğrencisi Ceylan TUNÇ 'İnmeli Bireylerin Hastaneye Başvurma Sürelerini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi' konulu Yüksek Lisans tezini 05/09/2011 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



Yrd. Doç. Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ
BAŞKAN



Prof. Dr. Zuhale BAHAR
ÜYE

Prof. Dr. M. Kürşat KUTLUK
ÜYE



Doç. Dr. Ayşe BEŞER
YEDEK ÜYE

Prof. Dr. Vesile ÖZTÜRK
YEDEK ÜYE

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

İÇİNDEKİLER DİZİNİ	I
TABLO DİZİNİ VE EKLER	III
KISALTMALAR	IV
TEŞEKKÜR	V
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1.GİRİŞ	5
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	5
1.2. Araştırmanın Amacı	9
1.3. Araştırmanın Soruları	10
2. GENEL BİLGİLER	12
2.1. İnme Tanımı	12
2.2. İnme Epidemiyolojisi	12
2.3. İnme Sınıflaması	14
2.4. İnme Belirtileri	14
2.5. İnme Risk Faktörleri.....	16
2.6. Akut Serebral İskeminin Tedavisi.....	17
2.7. İnme Hemşireliği	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Tipi	21
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	21
3.4. Çalışma Materyali	23
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	23
3.5.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri	23
3.5.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri	23
3.6. Veri Toplama Araçları.....	24
3.6.1. İnmeli bireylerin özellikleri anket formu	24

3.6.2. Eğitimi ve Eğitimsiz Bireyler için Yeniden Düzenlenmiş Standartize Mini Mental Test (D- SMMT	25
3.7. Araştırma Planı ve Takvimi	26
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	26
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	27
3.10. Etik Kurul Onayı	27
4. BULGULAR	28
5. TARTIşMA	40
6. SONUÇ	47
7. ÖNERİLER.....	49
8. KAYNAKLAR.....	50

TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Türkiye Ulusal Düzeyde Ölüme Neden Olan İlk 10 Hastalığın % Dağılımı.....	13
Tablo 2: Türkiye Ulusal Düzeyde Sakatlığa Neden Olan İlk 10 Hastalığın % Dağılımı.....	13
Tablo 3: İnme sınıflaması (TOAST sınıflaması).....	14
Tablo 4: İnme belirtileri	15
Tablo 5: İskemik inme risk faktörleri.....	16
Tablo 6: Bireylerin demografik özellikleri.....	22
Tablo 7: Hastaneye başvurma süresi	28
Tablo 8: Hastaneye başvurma süresini etkileyen demografik değişkenler	29
Tablo 9: Hastaneye başvurma süresini etkileyen klinik özellikler	31
Tablo 10: Hastaneye başvurma süresini etkileyen hastane öncesi dönem özellikleri	34
Tablo 11: Belirtiler fark edildiğinde yapılan girişimler	37
Tablo 12: Yaşadıkları belirtilerin ilişkilendirildiği durumlar	37
Tablo 13: Hastaneye gelmeye karar vermeye neden olan faktörler	38
Tablo 14: İnmeli Bireylerin Hastaneye Gelme Durumuna Sekiz Değişkenin Etkisi: Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları	38

EKLER

EK 1: İnmeli bireylerin özellikleri anket formu	59
EK 2: Eğitimliler İçin Düzenlenmiş Standardize Minimental Test.....	61
EK 3: Eğitimsizliler İçin Düzenlenmiş Standardize Minimental Test	64
EK 4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	67
EK 5: Eğitimliler İçin Düzenlenmiş Standartize Minimental Test Uygulama Klavuzu	68
EK 6: Eğitimsizler İçin Düzenlenmiş Standardize Minimental Test Uygulama Klavuzu	72
EK 7: Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Uygulama İzin Yazısı	77
EK 8: Ege Üniversitesi Hastanesi Uygulama İzin Yazısı.....	78
EK 9: İl Sağlık Müdürlüğü Uygulama İzin yazısı.....	79
EK 10: Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu Etik Kurul İzin Belgesi	80

KISALTMALAR

DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
WHO:	World Health Organization
D- SMMT Eğitilmiş:	Eğitilmişler için Düzenlenmiş Standartize Mini Mental Test
D- SMMT Eğitimsiz:	Eğitimsizler için Düzenlenmiş Standartize Mini Mental Test
AHA:	American Heart Association
ESO:	The European Stroke Organization
rt-PA:	Recombinant tissue-plasminogen activator
NINDSrt-PAgrup:	The National Institute of Neurological Disorders and stroke rt-PA Stroke Study Group.
TOAST:	Trial of org 10172 in acute stroke treatment

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım tüm hocalarıma,

Tezimin kurgusu, hazırlanması ve yürütülmesinde çok önemli katkıları olan, değerli bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, her zaman yakın ilgi ve desteğini gördüğüm tez hocam Yrd. Doç. Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ' ye,

Tez sürecinde bilgi ve önerilerinden yararlandığım Prof. Dr. Zuhal BAHAR ve Prof. Dr. Kürşad KUTLUK' a,

Tez verilerimin analizi aşamasında yardımlarını esirgemeyen sevgili hocalarım Yrd. Doç. Dr. Saniye ÇİMEN ve Öğr. Gör. Dr. Murat BEKTAŞ'a

Mesleki ve özel yaşantımda her zaman yanımda olan, desteğini esirgemeyen dostum Figen ÖZTÜRK' e

Uzmanlık sürecimde büyük desteğini gördüğüm klinik sorumlu hemşirem Candan EĞİN'e

Tezimin çevirilerinde yardımcı olan arkadaşım Fehmi ÖZTÜRK'e,

Uzmanlık eğitimim sürecinde bilgilerinden faydalandığım, tez hocamla aynı odayı paylaşan ve sorularımıza bıkmadan cevap veren sevgili hocam Yrd. Doç. Dr. Hatice MERT' e

Veri toplama sürecinde araştırmamı uyguladığım hastanelerde bana yardımcı olan değerli hekim ve hemşirelere, çalışmama içtenlikle katılmayı kabul eden hasta ve yakınlarına,

Bugünlere gelmemde büyük pay sahibi olan, desteklerini hiç bir zaman esirgemeyen aileme,

En içten teşekkürlerimi sunarım...

CEYLAN TUNÇ

ÖZET

İNME Lİ BİREYLERİN HASTANEYE BAŞVURMA SÜRELERİNİ ETKİLEYEN ETMENLERİN İNCELENMESİ

Ceylan TUNÇ

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

ceylan.tunc@mynet.com

Amaç: İnmeli bireylerin hastaneye başvurma sürelerini etkileyen etmenlerin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma Şubat-Mart-Nisan 2011 Tarihleri arasında İzmir ili sınırları içinde yer alan Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Ege Üniversitesi Hastanesi, İzmir S.B. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi, Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde gerçekleştirilmiştir. Hastanelerin acil servislerine müracaat eden bireylerden, inme tanısı alıp nöroloji servisi ya da inme ünitesi bölümlerine yatarak tedavi edilmelerine karar verilen bireyler çalışmaya alınmıştır. Veri toplama aracı olarak "İnmeli Bireylerin Özellikleri" anket formu kullanılmıştır.

Bulgular: Acil servise başvuran ve inme tanısı alan 517 bireyin hastaneye başvuru zaman ortancasının 210 dakika (3.5 saat) olduğu, %47'sinin (n= 243) ilk üç saatte hastaneye başvurduğu bulunmuştur. Başka sağlık kurumuna giden (p= .000), belirtileri 01.00-18.00 saatleri arasında başlayan (p= .001) bireylerin daha geç hastaneye başvurdukları görülmüştür. Hastaneye nakil sırasında ambulans kullanan (p= .000), belirtiler başladığında yanında biri olan (p= .002) bireylerin anlamlı olarak hastaneye erken başvurdukları görülmüştür.

Sonuç: Görüşülen bireylerin hastaneye ulaşma süresi yaşam kurtarıcı tedavi seçeneği olan rt-PA uygulanabilmesi için sınır olan üç saatin üzerindedir. Bu çalışmanın sonuçları, bu süreyi

kısaltmada ve erken başvuru oranını artırmada en yakın inme merkezine en hızlı ulaşımı sağlayabilmek için acil yardım sistemlerinin organizasyonun ve inme belirtilerini hızla tanıyıp tıbbi yardım arayabilme konusunda toplumu bilinçlendirmenin önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar Sözcükler: inme hemşireliği, hastane öncesi dönem, gecikme

ABSTRACT

THE STUDY OF FACTORS AFFECTING DURATION OF HOSPITAL ADMISSIONS WHO ARE STROKE PATIENTS

CEYLAN TUNÇ

Dokuz Eylul University, School of Nursing

ceylan.tunc@mynet.com

Objective: To examine the factors which affects duration of hospital admissions who are stroke people.

Methods: This study was performed within the boundaries of the province of Izmir Dokuz Eylül University Hospital, Ege University Hospital, İzmir S.B. Atatürk Education and Research Hospital, Buca Seyfi Demirsoy State Hospital, Bozyaka Education and Research Hospital and Tepecik Education and Research Hospital. Individuals who applied to hospital emergency services, cancer and stroke, neurology service, or parts of the inpatient stroke unit was to examine individuals who decided to be treated. As a data collection tool, questionnaire "Characteristics of Individuals with Stroke" was used.

Results: 517 individuals admitted to the emergency room and admission to hospital with a diagnosis of stroke, median time to 210 minutes (3.5 hours) is, 47% (n = 243) were admitted to hospital the first three hours. applying to another health care institution (p: .000) to another health care institution (p: .000) patients whose symptoms emerges hours between 00.01-18.00 (p= .001) had applied to the hospital later. Using an ambulance for transport to hospital (p: .000), individual who has someone by him while emerging symptoms (p: .002) individuals had applied early to the hospital significantly.

Conclusions: Duration of the interviewed individuals reaching the hospital, life-saving treatment option that is required for the implementation of rt-PA is over three hours. The results of this study, reducing the amount of time and increasing the proportion of early applicants to the nearest stroke center to provide the fastest access to emergency assistance systems for the organization and the community about stroke symptoms seek medical help quickly identify and show the importance of awareness.

Key words: Stroke nursing, Pre-hospital period, Delay

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Nörolojik hizmetler çoğunlukla sakatlığa yol açan, olumsuz sonuçları olan, kronik ve tedavisi olmayan hastalıklarla ilgilenmesi nedeniyle kaliteli hemşirelik bakımının sağlanmasında son derece önemli hizmetleri oluşturmaktadır (Gürol, 2002). İnmeli hastalar, toplumda sosyoekonomik önemi giderek artış gösteren, hem tıbbi hem de doğrudan hemşirelik bakımına gereksinimi olan bir hastalık grubudur. Ayrıca ülkelerin sağlık giderlerinin başında gelmekte ve ekonomik yük oluşturmaktadır.

Serebrovasküler Hastalıklar; beynin bir bölgesinin geçici veya kalıcı olarak, iskemi veya kanama nedeniyle etkilendiği ve/veya beyni besleyen damarların patolojik bir süreç ile doğrudan tutulduğu tüm hastalıklardır. İnme; serebrovasküler hastalığa bağlı olarak gelişen, ani yerleşimli, fokal nörolojik bir sendromu ifade etmektedir (Çoban, 2004). ABD’ de her yıl yaklaşık olarak 795,000 kişi inme geçirmiştir. Bu kişilerin yaklaşık 610,000’i ilk kez inme geçirirken, 185,000’inde inme tekrarlanmıştır. ABD’ de inme; ciddi ve uzun süreli sakatlık nedenleri arasında ilk sırada yer alır, ayrıca üçüncü ölüm nedeni olarak gösterilmiştir (AHA, 2010). Türkiye’ de ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk on hastalık içerisinde iskemik kalp hastalığından sonra %15 ile serebrovasküler hastalıklar ikinci sırada yer alırken; sakatlığa neden olan ilk on hastalık içerisinde %5,9 ile üçüncü sırada yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı Hastalık Yüğü Final Raporu, 2004; Yardım ve ark., 2007).

İnme hemorajik ya da iskemik olabilir, olguların %80-85’ i iskemik kökenlidir (AHA, 2010; Keskin ve ark., 2005). Son yıllarda iskemik inme tedavisinde en çok tartışılan konu; inme hastalarının nerede ve hangi koşullarda bakılacağı ve hangi zaman diliminde hangi ilaçları güvenle kullanabileceği ile ilgilidir. Tedavideki en önemli gelişme; trombolitik tedavi olarak uygulanan rt-PA (recombinant tissue-plasminogen activator)’ ın kullanılmaya başlanmasıdır (NINDSrt-PAgrup, 1995). Yirminci yüzyılda nörolojide ve nörolojik sağlık problemleri olan bireylerin tedavilerinde oldukça büyük gelişmeler ve değişiklikler olmuştur. Bu yüzyılın nöroloji hemşireleri “sürekli bakım” uygulamalarının verilmesine katkıda bulunmalı, hasta bakımında kendilerinden beklenen spesifik uygulamalarla sınırlı kalmamalıdır (Hickey ve Minton, 1999). İskemik inme belirtilerinin başlangıcından sonraki

ilk 3 saat içinde trombolitik tedavi kullanımının belirgin düzeyde sakatlığı ve mortaliteyi azalttığı saptanmıştır (NINDSrt-PAGrup, 1995; Wardlaw ve ark., 2004). Bu tedavinin uygulanmasındaki en önemli etken; inme belirtilerinin başlangıcından hastaneye başvurmaya kadar geçen sürenin minimumda tutulmasıdır ve bu sürenin uzamasının trombolitik almayı engellediği bildirilmiştir (Hacke ve ark., 2004; Kutluk, 2004; Maze ve Bakas, 2004; Öztürk ve ark., 2008; Türkboyları, 2008). Uzun süreli gecikmelerde trombolitik tedavi kan akımını geri sağlamada yetersiz kalır, hemorajik komplikasyonlara neden olabilir (Öztürk ve ark., 2008; Türkboyları, 2008). Bu nedenle trombolitik tedavi; belirtilerin başlangıcından sonraki ilk 3 saat içerisinde uygulanmalıdır.

Zaman çok önemli olduğu halde, çok sayıda birey ilk 3 saatlik süreçte hastaneye ulaşamamakta ve tedavi için gecikmektedir (Barber ve ark., 2001; Hjelmblick ve ark., 2010). Literatürde hastaneye başvuru süresinin üç saati geçtiği ve ortalama 3 ile 6 saat arasında olduğu bildirilmektedir (Chang ve ark., 2004; Kothari ve ark., 1997; Rosalind ve ark., 2002; Wester ve ark., 1999). Bu nedenle süreyi kısaltmaya yönelik girişimlere ağırlık verilmektedir. Başta ABD ve Avrupa ülkelerinde birçok çalışmada bu gecikme nedenleri incelenmiştir (Barsan ve ark., 1994; Derex ve ark., 2002; Dexter ve ark., 2000; Evenson ve ark., 2001; Evenson ve ark., 2001; Goldstein ve ark., 2001; Inatomi ve ark., 2008; Kothari ve ark., 1997; Maze ve Bakas, 2004; Williams ve ark., 1997). Fakat Türkiye’ de bu konuda az sayıda çalışmaya ulaşılmıştır (Hakbilir ve ark., 2006; Keskin ve ark., 2005; Korkmaz ve ark., 2010; Memiş ve ark., 2008). Ulaşılan kaynaklarda özellikle de Türkiye’de hemşirelerin bu konuda az sayıda çalışması olduğu saptanmış ve önemli rolleri üstlenmesi gereken hemşirelerin mevcut koşullarda bu rollerini yerine getiremiyor olması bu alandaki boşluğu ortaya koymaktadır.

Akut inme tedavisinin başlamasındaki gecikme bireyin belirtilerinin başlangıcından hastaneye gelinceye kadarki süreç ve hastaneye ulaştıktan sonra tedaviye karar verilinceye kadar olmak üzere iki ayrı süreçte gerçekleşebilmektedir (Kwan ve ark., 2004). Bu süreçlerden; inme belirtilerinin başlangıcından acil servise başvuru zamanına kadar geçen zaman “hastane öncesi dönem” olarak nitelendirilmektedir. Hastane öncesi dönem kapsamına da; inme belirti ve bulgularının birey veya tanık tarafından tanınması, tıbbi yardım almaya karar verme süresi ve karar verdikten sonra hastaneye ulaşmaya kadar geçen süre girmektedir (Keskin ve ark., 2005; Kothari ve ark., 1995; Zerwic ve ark., 2007). Hastane öncesi dönemde en uzun sürenin, kişinin tıbbi yardım almaya karar vermesine kadar geçen süre olduğu bildirilmiştir (Evenson ve ark., 2001; Keskin ve ark., 2005; Kothari ve ark., 1995).

Tıbbi yardım aramaya karar verme sürecinde gecikmeye neden olan etkenler; inme belirtilerinin bilinmemesi, belirtilerin ciddiyetinin farkına varılmaması, hastalığın görmezden gelinmesi ve belirtilerin kendiliğinden geçeceği düşüncesidir (Barber ve ark., 2001; Hjelmblink ve ark., 2010; Johnson ve Bakas, 2010; Kitko ve Hupcey, 2008; Keskin ve ark., 2005; Korkmaz ve ark., 2010; Memiş ve ark., 2008; Moloczij ve ark., 2008; Ringleb ve ark., 2008; Zerwic ve ark., 2007). Kothari ve ark. (1999)' nın yapmış olduğu çalışmada 141 bireyin; %40' ı aile ve arkadaşlarının önerisiyle hastaneye başvurmuş, %23' ü belirtilerinin ciddiyetinin farkına varmamış, %16' sı belirtileri devam edince ve %11'i felç geçirdiklerini düşündükleri için hastaneye başvurmuştur. Başka bir çalışmada da 259 bireyin %62' sinin belirtilerinin ciddiyetinin farkına varmadıkları saptanmıştır (Rosalind ve ark., 2002). Schroeder ve ark. (2000)' ı 559 birey ile yaptıkları çalışmada belirtilerini ciddiye almayanların oranını %37 olarak saptamıştır. Wester ve ark. (1999)' nın yaptığı çalışmada ise bu oran %24 olarak saptanmıştır. Memiş ve ark. (2008)' nın yaptığı çalışmada, bireylerin %35.5' i belirtilerin geçmesini bekledikleri için hastaneye geç başvurmuşlardır. Birçok çalışmada inme belirtilerinin ciddiye alınmaması, tedavi edilir inmenin değerlendirmesinde en önemli gecikme nedeni olarak kabul edilmiştir (Pancioli ve ark., 1998; Moloczij ve ark., 2008).

Araştırma sonuçlarına göre; sağlık kurumuna ulaşmada ambulans kullanımı (Dexter ve ark., 2000; Evenson ve ark., 2001; Herold ve ark., 2004; Keskin ve ark., 2005; Kothari ve ark., 1999; Wester ve ark.,1999; Williams ve ark., 1997; Zerwic ve ark.,2007), belirtilerin aniden başlaması (Wester ve ark., 1999), senkop yaşanması (Maureen ve ark., 1998), nöbet geçirilmesi (Maureen ve ark., 1998), bilinç bozukluğu (Inatomi ve ark.,2008; Reginald ve ark.,2006), motor bozukluklar (Kıyan ve ark., 2009; Zerwic ve ark.,2007), solunum bozukluğu (Reginald ve ark., 2006), konuşma bozuklukları (Reginald ve ark.,2006; Wester ve ark., 1999), olay anında bir tanığın olması (Kothari ve ark., 1999; Moloczij ve ark., 2008) gibi durumlar hastaneye erken başvurma ile ilişkili bulunmuştur.

Diğer taraftan belirtilerin hafif olması (Maureen ve ark.,1998; Wester ve ark., 1999), sağlık kurumuna ulaşmada ambulans kullanılmaması (Wester ve ark.,1999; Zerwic ve ark.,2007), ileri yaş (Barber ve ark.,2001; Chang ve ark. ,2004; Keskin ve ark., 2005; Maureen ve ark.,1998), semptomların başlangıcında kişinin yalnız olması (Hakbilir ve ark., 2006; Harper ve ark., 1992; Jorgensen ve ark., 1996; Kitko ve Hupcey, 2008; Maureen ve ark., 1998; Wester ve ark., 1999), kişinin belirtilerle uyanması (Dexter ve ark., 2000; Wester ve

ark.,1999), başka sağlık problemlerinin olması, birden çok hastalığının olması (Barber ve ark., 2001; Keskin ve ark., 2005; Kitko ve Hupcey, 2008; Rosalind ve ark., 2002; Zerwic ve ark.,2007), sağlık kurumuna uzak yerde oturulması (Barber ve ark., 2001; Zerwic ve ark.,2007), belirtilerin farkında olunmaması (Keskin ve ark., 2005), ilk olarak aile hekimine başvurulması (Barber ve ark., 2001; Rosalind ve ark., 2002; Wester ve ark.,1999), inme geçmiş öyküsünün olmaması (Zerwic ve ark., 2007) gibi durumlar hastaneye geç başvurma ile ilişkili bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çok sayıda çalışma olmamakla beraber hem ülkemizde hem de farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda hastaneye erken başvuru veya geç başvuru sebeplerinin benzerlik gösterdiği görülmektedir (Hakbilir ve ark., 2006; Keskin ve ark., 2005; Kıryan ve ark., 2009; Korkmaz ve ark., 2010; Memiş ve ark., 2008).

Toplumun özellikle inme geçiren bireylerin; inmenin belirtileri ve inme belirtileri fark edildiğinde ne yapılması gerektiği konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları bildirilmektedir (Barber ve ark., 2001; Covington ve ark., 2010; Keskin ve ark., 2005; Kothari ve ark., 1997; Pancioli ve ark., 1998; Williams ve ark., 1997). Sadece inme belirtilerini bilmenin de gecikme süresini kısaltmak için yeterli olmadığı, bununla birlikte belirtilerin ciddiye alınmasının gecikmeleri azaltacağı bildirilmiştir (Azzimondi ve ark., 1997; Barsan ve ark., 1994; Goldstein ve ark., 2001; Lin ve ark., 1999; Miller ve Spilker, 2003; Williams ve ark., 1997; Zerwic ve ark.,2007). Evcı ve ark.(2007)' nin yaptıkları, inme risk farkındalığı araştırması sonuçlarına göre; 920 katılımcıdan %20.1' i herhangi bir inme belirtisi bilmezken, %32.1' i bir belirtiyi bilmektedir. Ortaya çıkan bu sonuçlar ile toplumun inme farkındalığının yetersiz olduğunu bildirmişlerdir.

Ülkemizde mevcut tedaviler olmasına rağmen, inmeli bireylerin zamanında ve etkili bir şekilde tedavi edilmesi için öncelikle müdahaleye gecikmemeleri gerekmektedir, bu yüzden bireylerin tıbbi yardım almaya karar verme ve transport sürelerini kısaltmak için girişimlerde bulunmak hayati önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalar sonucunda; bireylerin hastaneye geç başvurma nedenlerinin saptanması ve gerekli önlemlerin alınması ile rt-PA kullanımını artırmada etkili olunabileceği saptanmıştır (Barber ve ark., 2001; Covington, 2010; Miller and Spilker, 2003; Inatomi ve ark., 2008). Özellikle hemşirelerin inme geçiren bireylerin tıbbi yardım arama sürelerini kısaltmada önemli rolleri olduğu, bireylerin tedavisinde rt-PA kullanımını artırmak yoluyla etkili tedavi edilmelerinde iyi bir potansiyele sahip oldukları belirtilmektedir (Michael ve Shaughnessy, 2006). Ayrıca toplumun, inme belirtileri ve inmenin aciliyeti hakkında bilinçlendirilmesi ile hastaneye erken dönemde ulaşan birey sayısının

artacağı bildirilmiştir (Emre ve ark., 2007). Bu doğrultuda toplumun eğitiminde önemli rolleri olan hemşirelerin sürekli eğitimlerle, topluma inme belirtileri ve bulguları konusunda farkındalık kazandırmaları önerilmektedir (Tülek ve Memiş, 2007). Hastaneye geç başvurma nedenlerinin saptanması ile hastaneye varış saatini azaltmada etkili olunabileceği görüşünden yola çıkılarak planlanmış olan bu araştırmanın sonuçlarının hastane öncesi dönem sürecinin kısaltılmasına katkıda bulunacağı ve gerekli önlemleri alabilmek konusunda önemli veriler sağlayacağı düşünülmektedir. Elde edilen veriler doğrultusunda; yüksek riskli gruplar için etkili müdahaleler geliştirmek ve uygun kararlar almak mümkün olabilecektir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; inmeli bireylerin hastaneye başvurma sürelerini etkileyen etmenlerin incelenmesidir.

1.3. Araştırma Soruları

1.3.1. İnmeli bireylerin demografik özelliklerine göre hastaneye erken ve geç başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?

1.3.1.a) Yaş ortalamasına göre bireylerin hastaneye erken ve geç başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?

1.3.1.b) Cinsiyetlerine göre bireylerin hastaneye erken ve geç başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?

1.3.1.c) Eğitim yılı ortalamasına göre bireylerin hastaneye erken ve geç başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?

1.3.1.d) Sosyal güvencenin olup olmamasına göre bireylerin hastaneye erken ve geç başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?

1.3.2. İnmeli bireylerin klinik özelliklerine göre hastaneye erken ve geç başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?

1.3.2.a) Risk faktörü ortalamasına göre bireylerin hastaneye erken ve geç başvuru durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?

1.3.2.b) Duyusal belirtilerin olup olmamasına göre bireylerin hastaneye erken ve geç başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?

1.3.2.c) Konuşma bozukluğu olup olmamasına göre bireylerin hastaneye erken ve geç başvuru durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?

1.3.2.d) Motor belirtilerin olup olmamasına göre bireylerin hastaneye erken ve geç başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?

1.3.2.e) Görme alanı belirtisi olup olmamasına göre bireylerin hastaneye erken ve geç başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?

1.3.2.f) Davranışsal/bilişsel belirtisi olup olmamasına göre bireylerin hastaneye hastaneye erken ve geç başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?

1.3.2.g) Nöbet geçirme belirtisi olup olmamasına göre bireylerin hastaneye erken ve geç başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?

1.3.2.h) Bilinç durumu bozukluğu olup olmamasına göre bireylerin hastaneye erken ve geç başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?

1.3.2.ı) Diğer belirtilerin olup olmamasına göre bireylerin hastaneye erken ve geç başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?

- 1.3.3. İnmeli bireylerin tıbbi yardım aramaya karar verme zamanlarına göre hastaneye erken ve geç başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
- 1.3.3.a) Yanında birinin olması durumuna göre bireylerin hastaneye erken ve geç başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
- 1.3.3.b) Belirtilerinin başlama zamanlarına göre bireylerin hastaneye erken ve geç başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
- 1.3.4. İnmeli bireylerin hastaneye gelmeye karar verdikten sonra hastaneye ulaşma zamanlarına göre başvuru zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
- 1.3.4.a) İkamet ettiği yere göre bireylerin hastaneye erken ve geç başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
- 1.3.4.b) Hastaneye ulaşma şekillerine göre bireylerin hastaneye erken ve geç başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
- 1.3.4.c) Hastaneye başvurmadan önce başka bir sağlık kurumuna başvurma durumuna göre bireylerin hastaneye erken ve geç başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
- 1.3.5. İnmeli bireylerin inmeyi tanımlarına yönelik bilgi düzeyleri ortalamasına göre hastaneye erken ve geç başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnme Tanımı

Serebrovasküler Hastalıklar; beynin bir bölgesinin geçici veya kalıcı olarak, iskemi veya kanama nedeniyle etkilendiği ve/veya beyni besleyen damarların patolojik bir süreç ile doğrudan tutulduğu tüm hastalıklardır (Çoban, 2004). Dünya Sağlık Örgütü tanımlamasına göre, inme; vasküler nedenler dışında görünür bir neden olmaksızın, fokal serebral fonksiyon kaybına ait belirti ve bulguların hızla yerleşmesi ile karakterize klinik bir sendromdur. Semptomlar 24 saatten fazla sürer ve ölümle sonuçlanabilir (Ralph, 2006). İnmenin diğer bir tipi olan hemorajik inme arteriyel veya venöz kanın, ani olarak beyin dokusu içine geçişi ile ortaya çıkan klinik tablodur. Hemorajik inmeler iskemik inmelerden daha az görülmesine karşın prognoz daha kötü seyredir. Bu durum damar dışına çıkan kan miktarı, oluşmuşsa hematoma kitlesi, yaygınlığı ve lokalizasyonu ile yakından ilişkilidir (Özdemir, 2000; Özdemir, 2005).

2.2 İnme Epidemiyolojisi

Serebrovasküler hastalıklar dünyada ve ülkemizde önemli bir hastalık grubunu oluşturmaktadır. Dünya’da 2004 yılında 5,7 milyon insan inme ve diğer serebrovasküler hastalıklar nedeniyle ölmüştür (WHO, 2004). ABD’de her yıl yaklaşık olarak 795,000 kişi yeni veya ikinci bir inme geçirir. Bu kişilerin yaklaşık 610,000’i ilk kez inme geçirirken, 185,000’inin de tekrarlamıştır (AHA, 2010). Bu oran artan yaşlı nüfusla birlikte artma eğilimindedir. ABD’de inme; ciddi ve uzun süreli sakatlık nedenleri arasında ilk sırada yer alır, ayrıca üçüncü ölüm nedeni olarak gösterilmiştir ve yılda 53,6 milyon doları aşan maliyeti olduğu tahmin edilmiştir (AHA, 2004).

Son on yılda yapılan altı büyük çalışmanın sonucuna göre yaşlara göre yıllık inme insidansı 55-64 yaşlarda 1.7-3.6/1000 kişi, 65-74 yaş arası 4.9-8.9/1000 kişi, 75 yaştan sonra 13.5-17.9/1000 kişidir. 85 yaşa doğru bu fark azalmaktadır. İnme prevalansı yaşla birlikte artış gösterir. Olguların %75’i 65 yaş üzerindedir (Kumral, 2005).

Türkiye’ de ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk on hastalık içerisinde iskemik kalp hastalığından sonra %15 ile serebrovasküler hastalıklar ikinci sırada yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı Hastalık Yüğü Final Raporu, 2004; Yardım ve ark., 2007) (Tablo 1).

Tablo 1: Türkiye Ulusal Düzeyde Ölüme Neden Olan İlk 10 Hastalığın % Dağılımı

Sıralama	Ölüm Nedenleri	Toplam ölümler içerisinde (%)
1	İskemik Kalp Hastalığı	21,7
2	Serebrovasküler hastalıklar	15,0
3	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	5,8
4	Perinatal Nedenler	5,8
5	Alt Solumun Yolu Enfeksiyonları	4,2
6	Hipertansif Kalp Hastalıkları	3,0
7	Bronş ve Akciğer Kanseri	2,7
8	Diabetes Mellitus	2,2
9	Trafik Kazaları	2,0
10	Inflamatuvar Kalp Hastalıkları	1,9

Türkiye’de ulusal düzeyde sakatlığa neden olan ilk on hastalık içerisinde serebrovasküler hastalıklar %5,9 ile üçüncü sırada yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı Hastalık Yüğü Final Raporu, 2004; Yardım ve ark., 2007) (Tablo 2). Uzun dönem izlemde, inme geçiren bireylerin %15’i kişisel hijyeni için başkasına bağımlıyken, %30’u günlük yaşam aktivitelerinde birinin yardımına ihtiyaç duymakta ve %60 kadarı da sosyal aktivitelerde kısıtlılık yaşamaktadır (John and Stephen, 2001). Bu hastalıklar, hem ayaktan hem de yataklı sağlık kurumlarında uzun süreli sağlık hizmeti verilmesini gerektiren durumlardır.

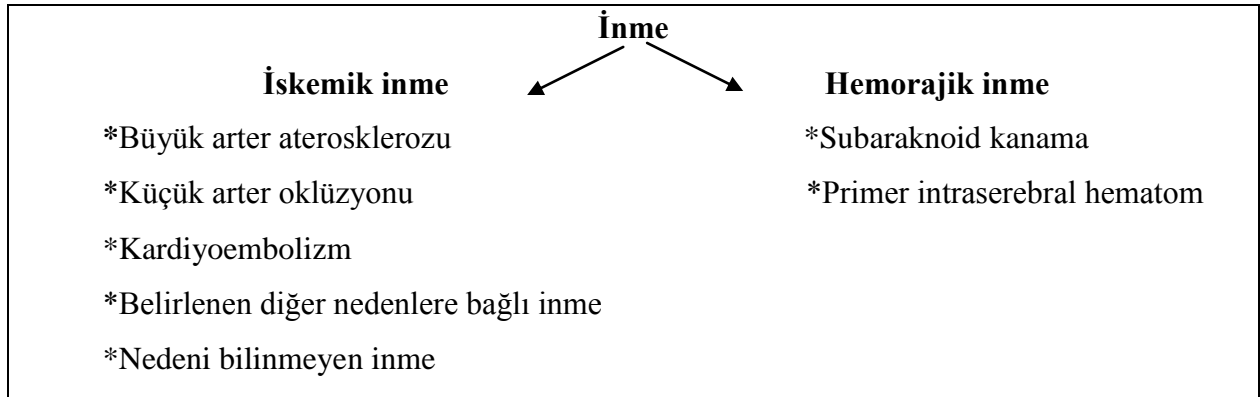
Tablo 2: Türkiye Ulusal Düzeyde Sakatlığa Neden Olan İlk 10 Hastalığın % Dağılımı

Sıralama	Hastalıklar	Toplam sakatlıklar içerisinde (%)
1	Perinatal Nedenler	8,9
2	İskemik Kalp Hastalığı	8,0
3	Serebrovasküler Hastalıklar	5,9
4	Unipolar Depresif Hastalıklar	3,9
5	Solumun Yolu Enfeksiyonları	3,8
6	Konjenital Anomaliler	3,0
7	Osteoartritler	2,9
8	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	2,8
9	Trafik Kazaları	2,4
10	Demir Eksikliği Anemisi	2,1

2.3. İnme Sınıflaması

İnme hemorajik ya da iskemik olabilir, olguların %85-90' ı iskemik kökenlidir (AHA, 2010; Bilge ve ark., 2005; Keskin ve ark., 2005; Kutluk, 2004; Ralph, 2006; Sudlow ve Warlow, 1996). İnme sınıflaması Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3: İnme sınıflaması (TOAST sınıflaması)



Adams H, Bendixen BH, Kapelle j, Biler J, Love BB, Gordn DL, Marsh EE and the TOAST Investigators. Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definition for use in multicenter clinical trial. Stroke 1993; 24: 35-41

2.4. İnme belirtileri

İnme belirtileri beynin hangi kısmının etkilendiği veya hasar geçiren alanın genişliğine bağlı olarak değişiklik gösterir. Belirtilerin kısa olması iskeminin geçici olmasına bağlı olabildiği gibi beyinde kalıcı hasar oluşturan bireylerde de belirtiler kısa bir süre içinde gerileyebilir. Belirtiler 24 saatten uzun sürer ve ölümle sonuçlanabilir. İnme belirtileri Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4: İnme belirtileri

A- Motor semptomlar
Vücutun bir yarısının tümü veya bir bölümünde güçsüzlük veya uyuşukluk (hemiparezi, monoparezi) Eşzamanlı çift taraflı güçsüzlük (paraparezi, kuadriparezi) Yutma güçlüğü (disfaji) Dengesizlik (ataksi)
B- Konuşma/lisan bozuklukları
Konuşulan dili anlamakta veya ifade etmekte güçlük (disfazi) Okumada (disleksi) veya yazmada (disgrafi) güçlük Hesap yapmada güçlük (diskalkuli) Peltek konuşma (dizartri)
C- Duyusal semptomlar
Vücutun bir yarısının tümü veya bir bölümünde farklı duyma (hemisensoriyel bozukluk)
D- Vizüel semptomlar
Bir gözde vizyon kaybı Görme alanının yarısı veya çeyreğinde görme kaybı (hemianopsi, kuadrantanopsi) Bilateral körlük Çift görme (diplopi)
E- Vestibüler semptomlar
Dönme hissi (vertigo)
F- Davranışsal/kognitif semptomlar
Giyinme, saç tarama, diş fırçalama vb. aktivitelerde güçlük; mekan dezoryantasyonu; ihmal “neglect”(vizyo- spasyal- perseptüel disfonksiyon) Unutkanlık (amnezi)

Kaynak: Çoban O. Beyin Damar Hastalıklarında tanımlar, sınıflama, epidemiyoloji ve risk faktörleri. İn: Öge A.E, editör. Nöroloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri 2004.p.193-197

Serebrovasküler hastalıklarda bireylerin motor, bilişsel, duysal değişiklikler nedeniyle fiziksel, emosyonel ve sosyal fonksiyonları kısıtlanmakta bu nedenle de bireylerin yaşamdan doyum almaları azalmakta, öz bakımları etkilenmekte, kendi kendilerine yetememe, günlük yaşam aktivitelerinde değişik derecelerde başkalarına bağımlı olmaları nedeniyle yaşam kaliteleri düşmektedir (Anderson ve ark., 1999).

2.5. İnme Risk Faktörleri

Tüm dünyada, her yaşta insanda görülebilen beyin damar hastalıklarına yönelik koruyucu, tanı koyucu ve tedavi edici etkili yöntemler, aile ve kişilere yönelik inme'nin kötü sonuçlarını azaltmaya başlamıştır. Risk faktörlerini azaltmak veya ortadan kaldırmak, inmenin önlenmesinde bir adım ve kişiler için bilinçlenmedir (Kumral, 2005). İnme risk faktörlerinin belirlenmesi ve bunların ortadan kaldırılması koruyucu hemşirelik açısından önem taşımaktadır. İskemik inme risk faktörleri Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5: İskemik inme risk faktörleri

I-Değiştirilemeyen risk faktörleri
Yaş Cins Soygeçmişte inme veya GİA öyküsü İrk Düşük doğum tartısı
II- İnme ile ilişkisi kesin ve değiştirilebilen risk faktörleri
Hipertansiyon Kalp hastalıkları (atriyal fibrilasyon, koroner arter hastalığı, kalp yetersizliği) Sigara Diyabet Yüksek kan kolesterolü ve lipidler Diyet, bezite, fizik inaktivite Menopoz sonrası hormon tedavisi Orak hücreli anemi Asemptomatik karotis stenozu
III- İnme ile ilişkisi veya değiştirilmesinin etkisi kesin olmayan risk faktörleri
Metabolik sendrom Hiperhomosistinemi Alkol kullanımı Madde kullanımı Oral kontraseptif kullanımı Hiperkoagülabilité Lipoprotein (a) yüksekliği İnflamatuvar süreçler Migren Uyku Apnesi

Kaynak: **Balkan S.**Serebrovasküler Hastalıklar. Güneş Kitabevi Yayınları. 2002

Hemorajik inmede en önemli etyolojik faktör hipertansiyondur. Vasküler malformasyonlar (anevrizma, artriovenöz malformasyon, kavernöz anjiom), antikoagülan ya da fibrinolitik ilaç kullanımı, serebral amiloid anjiopati, semptomimetik ajan kullanımı, vaskülit, travma, hemorajik infarkt ve tümörler etiyojide sorumlu tutulan diğer faktörlerdir (Özdemir, 2005; Özdemir, 2009; Ralph, 2006; Utku ve Çelik, 2005).

Son yıllarda yeni antiagregan ve trombolitik tedaviler ile inmenin önlenmesinde umut verici çalışmalar olmasına karşın, hastaların ancak çok küçük bir kısmı bu tedavilerin uygulanması için gerekli olan sürede hastanelere başvurumaktadırlar. Bu da göstermektedir ki, inmenin önlenmesindeki en iyi strateji hastaların sahip olduğu risk faktörlerinin belirlenmesi ve ortadan kaldırılmasıdır (Çoban, 2004).

2.6. Akut Serebral İskeminin Tedavisi

Günümüzde inme, tedavi edilebilir hastalıklar arasındadır. Uygun zaman ve uygun koşullar altında inme, trombolitik, endovasküler ve cerrahi müdahaleler ile başarıyla tedavi edilebilmekte, sekonder korunma yöntemleri ile mortalite oranları azaltılabilmektedir. Geliştirilen tedavi şemalarında inmenin “ zamana karşı erken ve hızlı yarış” ile düzeltilebileceği bilinci, temel prensip olmuştur. İnme belirtilerinin başlamasından sonraki ilk 3 saatte, belirli koşulların sağlanması halinde iskemik inmenin trombolitik ajanlar ile tedavi edilebileceği gösterilmiştir (NINDSrt-PAgrup, 1995). Serebral büyük damarların tıkanması sonucu beyin dokusunda sadece bu damardan beslenen ve erken dönemde yapısal hasarın görüldüğü kısma “enfarkt” bunun çevresinde yer alan kollateral dolaşım ile kanlanan ancak dolaşımı (perfüzyonu) azalmış olan alana da “penumbra” denir. Trombolitik tedavinin hedefi penumbrayı kurtarmaktır. Penumbranın enfarkta dönüşmeden yaşamsal fonksiyonlarını minimuma indirerek devam ettiği, iskemiye tahammül sınırına da “tedavi penceresi” denir. Trombolitik uygulama bu süre içinde yapılmalıdır. Bir klinik araştırmada hayvan deneylerinde beyin dokusunda geri dönüşümsüz hasarın oluşması için geçen süre 2–3 saat olarak bulunmuştur (Zivin and Grotta, 1990). İntravenöz rt-PA uygulamaları belirtiler başladıktan sonraki ilk üç saat içinde uygulanmaktadır.

Ülkemizde ve tüm dünyada bu tedavinin kullanımı yaygınlaşmaya başlamıştır. İnme tedavisindeki gelişmelerle birlikte, inme risk faktörlerinin tanımlanabilmesi, saptanabilmesi ve müdahale olanaklarının yaratılabilmesi ile inme sıklığının azaltılabilmemesinin de olanaklı

olduğu gösterilmiştir (Miller ve Spilker, 2003; Öztürk, 2009). İnmenin erken tanı ve tedavisi, hastalığın yol açacağı komplikasyonları ve oluşabilecek maddi yükü de azaltacaktır. Hasta bakımından sorumlu olan ekip, özellikle hemşire, ortaya çıkabilecek sorunların önlenmesi, risklerin azaltılabilmesi, öz bakımlarının sağlanabilmesi ve yaşam kalitesinin artırılabilmesi için hasta ve ailesinin bu planlamaya katılımlarını sağlamalıdır. Hastanın tıbbi, nörolojik, fonksiyonel, psikolojik, sosyal durumu ve prognozunun belirlenmesinin, hasta ve ailenin programa katılımının başarıyı artıracığı unutulmamalıdır (Fesci ve ark., 2005).

İnmeli bireylerde acil tedavi uygulamaları ilk görüldükleri andan itibaren başlamalıdır. Bu tedavi sürecinde hemşirelerin rolü büyüktür (Michael ve Shaughnessy, 2006). İster iskemik isterse de hemorajik olsun hastane öncesi ve hastaneye transport sırasında uygulanacak en önemli girişimler vital parametreleri güvence altına almaya yöneliktir. Acilde ayrıca bu dönemde erken nörolojik ve medikal komplikasyonların tedavilerine başlanmalıdır. (Kaya, 2010).

Akut inme tedavisinin başlamasındaki gecikme değişik aşamalarda gelişmektedir; ilk aşama, halk arasında inme belirtilerinin bilinmemesi, acil servislere ulaşımın aksaması, acil servis hizmeti ve acil servis doktorları aşamasında, inme hastalarının transportuna öncelik tanınmaması, hastane aşamasında, nörogörüntülemenin gecikmesi ve hastane yaklaşımında yetersizliklerdir (Kwan ve ark., 2004; ESO, 2008). Büyük bir zaman dilimi hastane dışında yitirilmektedir (ESO, 2008; Ferro ve ark., 1994). Hastane öncesi dönemde en uzun sürenin, kişinin tıbbi yardım aramaya karar vermesine kadar geçen süre olduğu bildirilmiştir (Chang ve ark., 2004; Evenson ve ark., 2001; Keskin ve ark., 2005; Kothari ve ark., 1995). Tıbbi yardım almaya karar verme gecikmesindeki önemli etkenler inme semptomlarının bilinmemesi, ciddiyetinin farkına varılmaması, bunun yanı sıra hastalığın görmezden gelinmesi ve semptomların kendiliğinden düzeleceği beklentisidir. (Evenson ve ark., 2001; Keskin ve ark., 2005; Kothari ve ark., 1995). Bu nedenle, toplumun inme semptomlarını tanımak için eğitilmesi ve insanların akut inme karşısındaki tavrının değiştirilmesi ile bireylerin inme başlangıcından acil medikal hizmete ulaşmasındaki gecikmenin azaltılması sağlanabilir (ESO, 2008). Bu süreçte hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Tıbbi yardım almaya karar verme nadir olarak bireyin kendisi tarafından talep edilmekte, çoğunlukla başvuru aile üyelerinden gelmektedir (Mosley ve ark., 2007). Bu nedenle bilgilendirme ve eğitimsel girişimler, hem yüksek riskli kişilere hem de onların yakınlarına yönelmelidir.

2.7. İnme Hemşireliği

İnme hemşireliği birey ve ailesinin, inme nedeniyle değişen gereksinimlerinin bütüncül bir yaklaşımla karşılanmasına odaklanan hemşireliğin özel bir alanı olarak tanımlanmaktadır. Hemşireler inmeli hasta bakımının tüm aşamalarında önemli bir role sahiptirler. İnmenin önlenmesinde ve inmeli bireyin bakımında hasta ve ailelerini eğitmek ve uygun becerilerle onlara rehberlik etmek inme hemşiresinin en önemli sorumluluklarıdır (Summers ve ark., 2009).

İnme geçiren bireylerin bakımında ilk 3 ile 24 saat arası; inme belirtilerinin başlamasından acil servise yatış ve acil servisteki bakım protokollerini içermektedir. Bu süreç inme belirtilerinin, iskemi alanlarının belirlenmesini, akut ve uzun vadeli komplikasyon riski açısından hastanın değerlendirilmesini ve tedavi seçeneklerinin belirlenmesini içermektedir. İnme başlangıcından sonraki 24 ile 72 saat arasındaki süreç akut bakımı içermektedir. İnme nedeni saptanır, tıbbi komplikasyonlar önlenir, hasta ve ailesi duruma hazırlanır ve uzun vadeli ikincil önleme yöntemleri belirlenir. Bu grup hastalarda hemşirelik uygulamaları, yeni tanı konulmuş inmeli hastalara bu konuda eğitilmiş, uzmanlaşmış hemşirelerin yönetiminde yapılmalıdır. Hastalık hakkında özel bilginin artması ve yaşam şeklinin değişikliğiyle baş etmede destek verilmesi hemşire tarafından amaçlanır (Larson ve ark., 2005; Summers, 2009).

İnmede tedavi ve hemşirelik girişimleri 5ana başlık altında toplanabilir. Akut dönemde nekrozu önleyici girişimler, vücut fonksiyonlarının sürdürülmesi ve komplikasyonların önlenmesi, psikolojik gereksinimlerin karşılanması, inmeden korunma, inme rehabilitasyonuna yönelik girişimlerdir (Karadakovan, 1993; Özdemir, 2004).

Toplumu eğitme ve bilinçlendirme hemşirelerin en önemli sorumluluklarından birisidir. Bu sorumlulukları çerçevesinde hemşireler, toplumu inme belirtileri, bulguları, risk faktörleri ve mevcut tedavileri konusunda eğitmelidirler. Bu eğitim kapsamına riskli gruplar ve hasta yakınları da dahil edilmelidir. Hastaneler en son teknoloji ve uygulamalara sahip olsa da bu müdahalelerde kişilerin durumlarını ciddiye almamaları, farkındalıklarının olmaması bu durumu değiştirmeyecektir. Zamanında ve etkin önlemler alınması sayesinde serebrovasküler hastalıklara bağlı ölüm hızları ve iş gücü kaybı azalacak, hem toplumun sağlığına hem de ülke ekonomisine getireceği ağır yük engellenecektir.

Toplumda inme bilincinin yerleşmesi, inme risk faktörleri ve semptomlarının herkes tarafından tanınması, hastalık ortaya çıktığında gecikmeden sağlık merkezine başvurulması, bu başvuru sırasında gecikmelerin engellenmesi için gerekli önlemlerin alınması, hastanede oluşabilecek yetersizliklerin önüne geçilmesi, yatırılan bireylerin uygun koşullarda 24 saat süreyle monitorizasyonunun sağlanması, fizyolojik parametrelerin optimal düzeyde tutulması, olabildiğince erken rehabilitasyona başlanması ve bireyin en az sekelle, en sağlıklı bir biçimde evine gönderilmesi günümüzde mutlaka yapılması gerekenlerin özetidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, inmeli bireylerin hastaneye başvurma sürelerini etkileyen etmenlerin incelenmesi amacı ile tanımlayıcı araştırma türüne uygun olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Şubat-Mart-Nisan 2011 Tarihleri arasında İzmir ili sınırları içinde yer alan Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Ege Üniversitesi Hastanesi, İzmir S.B. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi, Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji servisleri ve varsa İnme Ünitelerinde gerçekleştirilmiştir. Bu hastaneler, inme geçiren bireylerin öncelikli başvurduğu, farklı ekonomi ve kültürdeki gruplara hizmet eden en büyük sağlık kuruluşlarıdır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Şubat-Mart-Nisan 2011 Tarihleri arasında belirtilen kurumların acil servislerine inme belirtilerinin başlangıcından sonra müracaat eden, inme tanısı alıp nöroloji servisi ya da inme ünitesi bölümlerine yatarak tedavi edilmelerine karar verilen 517 birey oluşturmuştur. Çalışmaya dahil edilme kriterleri: yetişkin (18 yaş ve üzeri) olmak, inme tanısı almak, çalışmaya katılmaya gönüllü olmaktır. Bilinci kapalı koopere olmayan bireyler için izin ve bilgi, olay gerçekleştiğinde bireyin yanında bulunan ya da süreç hakkında doğru bilgisi olan tanıklar /birey yakınlarından alınmıştır. Ayrıca yaşam bulguları stabil, genel durumu uygun olan bireylerden veri toplanmıştır. Dışlama kriterleri: bilinci kapalı/ konuşamayan/ koopere olmayan ve tanığı ya da olayın gerçekleşme süreci hakkında bilgi alınacak başka bir yakını olmayan bireyler çalışma dışı bırakılmıştır. Bilinci açık olan bireylerin bilinç durumu D-SMMT' nin yönelim kısmındaki sorularla değerlendirilmiştir. Bu kısımdan 10 tam puan alan bireylerin yönelimleri tam kabul edilmiştir. Belirtilerin başlangıcından hastaneye başvuruncaya kadar geçen süre 3 saatten az olan başvurular **erken başvuru**, 3 saati geçen başvurular **geç başvuru** olarak kabul edilmiştir.

Tablo 6: Bireylerin Demografik Özellikleri

Demografik Özellikleri	Mean	SD
Yaş	68,17	± 12,00
Eğitim Yılı	4,99	± 3,84
Veri toplanılan Hastaneler	n (517)	%
Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi	95	18,4
Ege Üniversitesi Hastanesi	55	10,6
İzmir Atatürk Eğitim ve A. Hastanesi	145	28,0
İzmir Tepecik Eğitim ve A. Hastanesi	75	14,5
Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi	57	11,0
Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi	90	17,4
Cinsiyet		
Kadın	247	47,8
Erkek	270	52,2
Tanı		
İskemik inme	475	91,9
Hemorajik inme	42	8,1
Sosyal Güvence		
Var	508	98,3
Yok	9	1,7
Medeni Durum		
Evli	360	69,6
Bekar	157	30,4
Hastaneye Varış Süreleri		
0-3h	243	47,0
3h-6h	82	15,9
6h-12h	69	13,3
12h-24h	50	9,7
24h-48h	17	3,3
48h↑	56	10,8

Çalışma süresince Dokuz Eylül Üniversitesi, Ege Üniversitesi, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma, Buca Seyfi Demirsoy ve Bozyaka Eğitim ve Araştırma hastanelerinin nöroloji servislerine yatışı yapılan toplam 517 (ortalama 68,17 ± 12 yaşında, 247' si kadın) akut inmeli birey çalışmaya dahil edildi. Dört yüz yetmiş beşi (% 91,9)

iskemik inme, 42'si (8,1) hemorajik inme tanısı alan bireylerin, eğitim yılı ortalamaları 4,99 olarak bulunmuştur. Tüm bireyler inme başlangıcı ile acil servise geliş zamanları arasında geçen süre açısından değerlendirildiklerinde, bireylerin 243'nün (%47) ilk 3 saatlik kritik süre içerisinde, 82'sinin (%15,9) 3-6 saat içerisinde, 69'unun (%13,3) 6-12 saat içerisinde, 50'sinin (%9,7) 12-24 saat içerisinde, 17'sinin (%3,3) 24-48 saat içerisinde, 56'sının (%10,8) 48 saat üzeri sürede acil servise başvurdukları bulunmuştur. Bireylerin 508'inin (%98,3) sosyal güvencesi vardır ve 360'ının (%69,6) evli olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

3.4. Çalışma Materyali

Araştırmanın yürütüldüğü hastaneler araştırmacı tarafından sıra ile 2-3 gün aralıklarla ziyaret edilerek ve yeni yatmış bireyler belirlenerek görüşme yapılmıştır. Hekim ve hemşireler ile görüşülüp tıbbi kayıtları incelendikten sonra araştırma için uygun olduğuna karar verilen kişilerin eğer bilinçleri açık ve yer-zaman yönelimleri tam ise kendilerinden, bilinci kapalı ya da yönelimleri bozuk ise yakınlarından araştırmaya katılmaları için izin alınmıştır. Yönelim değerlendirmesi, D-SMMT'nin ilk 10 puanlık yer-zaman yönelimi kısmı kullanılarak yapılmıştır. Bireylerden veri toplama sırasında yönelimleri tam olsa bile olay anına ilişkin bilgilerinde belirsizlik olabileceği için elde edilen bilgilerin doğruluğu konusunda olay hakkında bilgisi olan hasta yakınlarından da onay alınmıştır. Veriler, yüz yüze görüşme yoluyla elde edilmiştir. Veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık 15 dk sürmektedir.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri:

3.5.1. Bağımlı Değişkenleri: Hastaneye başvurma süresi (dakika/saat)

3.5.2. Bağımsız Değişkenleri: Yaş, cinsiyet, sosyal güvence, medeni durum, eğitim yılı, inmeye yönelik bilgi düzeyi, hastaneye ulaşma şekli, ikamet edilen yer, yanında biri olma durumu, belirtilerin başlama zamanı, risk faktörü ortalaması, klinik belirtiler sıklığı.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma için gerekli verileri toplamak amacı ile aşağıdaki veri toplama gereçleri kullanılmıştır.

1. İnmeli bireylerin özellikleri anket formu (Ek 1)
 - I) a) İnmeli bireylerin demografik özellikleri
 - b) İnmeli bireylerin klinik özellikleri
 - II) İnmeli bireylerin hastane öncesi dönem özellikleri
2. Eğitimli için Düzenlenmiş Standartize Mini Mental Test (D-SMMT) (Ek 2)
3. Eğitimsizler için Düzenlenmiş Standartize Mini Mental Test (D-SMMT) (Ek 3)

3.6.1. İnmeli bireylerin özellikleri anket formu

Demografik özellikleri: İnme geçiren bireyin demografik özelliklerine ilişkin bilgi elde edebilmek amacı ile araştırmacı tarafından düzenlenen bireysel bilgi formudur. Bireyin yaşı, cinsiyeti, sosyal güvencesi, eğitim düzeyi, medeni durumuna dair soruları içeren demografik değişkenlere yönelik toplam beş sorudan oluşmaktadır.

Klinik özellikleri: İnme geçiren bireyin klinik özelliklerine yönelik bilgi edinebilmek amacı ile araştırmacı tarafından literatür incelemeleri sonucu oluşturulan bilgi formudur (Balkan, 2002; Çoban, 2004). Bireyin risk faktörlerini öğrenmeye yönelik cevabı var-yok şeklinde (daha önce inme geçirdiniz mi?, tansiyon yüksekliğiniz var mı?, kolesterol yüksekliğiniz var mı?, şeker hastalığınız var mı?, ailenizde inme geçiren biri var mı?, sigara kullanımınız var mı?, kalp hastalığınız var mı?, fazla miktarda alkol alımınız var mı?, fazla kilonuz var mı?) toplam 10 soru içermektedir. Bireyin deneyimlediği klinik belirtileri öğrenmeye yönelik bir soru içermektedir. Belirtiler kendi arasında her türlü duyuşsal belirti, konuşma alanı belirtisi, motor belirti, görme alanı belirtisi, davranışsal belirti, bilinç durumu belirtisi, nöbet geçirme ve diğer belirtiler şeklinde gruplandırılmıştır.

Hastane öncesi dönem özellikleri: İnme geçiren bireyin belirtilerinin başlangıcından hastaneye başvuruncaya kadar geçen süreçte yaşadıkları konusunda veri elde etmek amacıyla araştırmacı tarafından literatür incelemesi sonucu oluşturulan bilgi formudur (Johnson ve Bakas, 2010; Memiş ve ark., 2008; Zerwic ve ark., 2007). Formun bu kısmı 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci

bölüm; belirtilerin birey tarafından tanınması ve tıbbi yardım aramaya karar vermesine kadar geçen süreye yönelik (belirtilerin başlama zamanı, belirtileri yaşadığınız da yanınızda biri var mıydı?, belirtileri yaşadığınızda yaptığınız ilk girişim nedir?, hastaneye gelmeye nasıl karar verdiniz? belirtileri fark ettikten kaç dakika saat sonra hastaneye gelmeye karar verdiniz?, belirtileri yaşarken ne ile ilişkili olabileceğini düşündünüz?) toplam 6 soru, ikinci bölüm; hastaneye transport şekline yönelik (ikamet ettiğiniz yer?, hastaneye gelmeden önce başka bir sağlık kurumuna başvurduunuz mu?, hastaneye gelirken hangi araç ile geldiniz?, hastaneye gelmeye karar verdikten kaç dakika sonra hastaneye ulaştınız?) toplam 4 soru, üçüncü bölüm ise bireylerin inmeyi tanımlarına yönelik bilgilerini öğrenmeye yönelik toplam 10 puanlık 7 soru içermektedir.

3.6.2. Eğitilmiş Ve Eğitimsizler İçin Düzenlenmiş Standardize Mini Mental Test (D-SMMT)

İlk kez 1975 yılında Folstein ve arkadaşları tarafından yayınlanmış olan Mini Mental Test (MMT) standart nöropsikiyatrik muayene yöntemleri içerisinde bilişsel performansı kantitatif değerlendirmek amacı ile kullanılan bir testtir. Geçerlik ve güvenilirliği Güngen ve ark. (2002) tarafından çalışılmıştır ve toplam puan olan 30 üzerinden değerlendirilmektedir. Molloy ve Standish (1997) MMT' nin bir sorunun soruluş biçimi, anlaşılamadığı veya yanıt alınamadığı zaman kaç kez sorulacağı, kabul edilebilir cevabın ne olması gerektiği, bir soruya yanıt için en fazla ne kadar bekleneceği gibi uygulamaya ait kuralları içeren bir "Standardize Uygulama Kılavuzu" eşliğinde kullanıldığında serbest kullanıma göre daha yüksek "uygulayıcılar arası tutarlılık" gösterdiğini belirtmişlerdir. Test eğitim ve yaştan etkilenmektedir. Formun yönelim kısmı kişinin yer-zaman oryantasyonunu değerlendiren 10 soru içermektedir. Bu bölümden toplam 10 puan elde edilmektedir. 10 tam puan alan kişiler yönelimleri tam kabul edilmektedir (Folstein ve ark., 1975).

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi

ZAMAN	YAPILANLAR
Eylül 2010-Aralık 2010	Literatür Tarama, Tez Önerisi Hazırlama
Ocak 2011	Veri Toplanacak Kurumlardan izin
Şubat 2011	Etik Kurul İzni
Mart-Nisan-Mayıs 2011	Verilerin Toplanması
Haziran-Temmuz 2011	Verilerin Analizi ve Tartışmanın Yazılması

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi bilgisayar ortamında SPSS 15.00 programı kullanılarak araştırmacı tarafından yapılmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenlerine göre erken ve geç gelen bireylerin karşılaştırılmasında kullanılan istatistiksel analiz yöntemleri aşağıda şematize edilmiştir. Çalışmada p değeri 0.05'den küçük ise istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Elde edilen veriler doğrultusunda sekiz değişken ki-kare analizi sonucunda anlamlı olarak bulunmuştur. İnmeli bireylerin hastaneye gelme/başvurma zamanını etkilediği belirlenen sekiz değişkenin etkisi lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Değişkenler	İstatistiksel analiz
Bireylerin yaş ortalaması, Eğitim yılı ortalaması İnmeyi tanımaya yönelik bilgi düzeyi puan ortalaması Risk faktörü ortalaması	İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t)
Cinsiyet Medeni durum Sosyal güvencenin olup olmaması Klinik belirtilerin sıklığı Belirtilerin başlama zamanı Belirtileri yaşarken yanında birinin olup olmaması İkamet edilen yer Aile hekimine/başka sağlık kurumuna başvurma durumu Hastaneye transport şekli	Ki-kare (χ^2)

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yürütüldüğü hastaneler araştırmacı tarafından sıra ile 2-3 gün aralıklarla ziyaret edilerek ve yeni yatmış bireyler belirlenerek görüşme yapılmıştır. Hastanelerin sirkülasyonlarının hızlı olması nedeniyle veri toplama için ayrılan süre içerisinde inme tanısı ile hastaneye yatan ancak görüşülemeyen bireyler olmuştur. Bu durum daha çok sayıda örnekleme ulaşılabilmesini engellemiştir.

3.10. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yapıldığı Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, İzmır Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi, İzmır Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesinden yazılı izin belgesi (Ek 7-8-9) alındıktan sonra Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu'ndan (Ek 10) izin alınmıştır. Çalışmaya alınacak bireylere ve/veya tanıklara çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek yazılı izin alınmıştır (Ek 4).

4. BULGULAR:

Hastaneye Başvurma Süresi

Tablo 7: Hastaneye başvurma süresi

Hastaneye başvurma süresi	Toplam n (517) Ortanca	Erken başvuru n (243) Ortanca	Geç başvuru n (274) Ortanca
Toplam süre	210.00	60.00	660.00
Tıbbi yardım aramaya karar verme süresi (dakika)	60.00	10,00	420.00
Tıbbi yardım aramaya karar verdikten sonra hastaneye ulaşma süresi (dakika)	60.00	45.00	130.00

Hastane öncesi dönemde geçen zaman değerlendirildiğinde; bu dönem iki aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar; tıbbi yardım aramaya karar verme süresi ve tıbbi yardım aramaya karar verdikten sonra hastaneye ulaşma süresidir. Hastane öncesinde geçen toplam zaman ortanca olarak 210 dakika (3,5 saat) olarak bulunmuştur. Erken başvuru yapan bireylerin hastane öncesi dönemde geçen sürelerinin ortancası 60 dakika, geç başvuru yapan bireylerin ortancası 660 dakika olarak bulunmuştur (Tablo 7). Tıbbi yardım aramaya karar verme süresinin ortancası 60 dakika, erken başvuru yapan bireylerin tıbbi yardım aramaya karar verme süresinin ortancası 10 dakika, geç başvuru yapanların 420 dakika olarak bulunmuştur. Tıbbi yardım aramaya karar verdikten sonra hastaneye ulaşma süresinin ortancası 60 dakika, erken başvuru yapan bireylerin hastaneye ulaşma süresinin ortancası 45 dakika, geç başvuru yapan bireylerin ise 130 dakika olarak bulunmuştur.

Demografik özellikler

Tablo 8: Hastaneye başvurma süresini etkileyen demografik değişkenler

Demografik Değişkenler	Toplam n (517)	Erken başvuru n (243)	Geç başvuru N (274)	Test t	P
Yaş ± SD	68,17 ±12,00	68,23±12,13	68,10±11,90	0,122	.903
Eğitim yılı ± SD	4,99±3,84	4,65±3,87	5,28±3,80	-1,862	.063
				χ^2	
Cinsiyet n(%)					
Kadın	247 (47,8)	125 (50,6)	122 (49,4)	2,468	.116
Erkek	270 (52,2)	118 (43,7)	152 (56,3)		
Sosyal Güvence n(%)					
Var	508 (98,3)	239 (47,0)	269 (53,0)	**	1,000
Yok	9 (1,7)	4 (44,4)	5 (55,6)		
Medeni Durum n(%)					
Evli	360 (69,6)	160 (44,4)	200 (55,6)	3,113	.078
Bekar	157 (30,4)	83 (52,9)	74 (47,1)		

*: Yates düzeltmesi yapılmıştır (gözlenen değerler < 25).

**: Fisher's exact test yapılmıştır (beklenen değerler<5).

Yaşa göre; Çalışmamızda toplam 517 bireyin 243'ünün hastaneye erken vardıkları (hastaneye ilk 3 saatlik süre içerisinde başvuran), 274'ünün hastaneye geç vardıkları saptanmıştır. Bireylerin tümünün yaş ortalaması 68,17, hastaneye erken başvuranların yaş ortalaması 68,23, geç başvuranların ise 68,10 olarak saptanmıştır. Yaş ortalamalarına göre hastaneye erken ve geç başvuru durumları iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testine göre karşılaştırıldıklarında; her iki grubunda yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$, Tablo 8) .

Eğitim süresine göre; eğitim süresi ortalamalarına göre hastaneye erken ve geç başvuru durumları iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile karşılaştırıldığında; her iki grubunda eğitim süresi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Tablo 8)

Cinsiyete göre; Bireylerin cinsiyete göre hastaneye erken ve geç başvuru durumları Ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında; kadın ve erkeklerin hastaneye erken ve geç başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Tablo 8).

Sosyal güvencesine göre; Bireylerin sosyal güvencesine göre hastaneye erken ve geç başvuru durumları Ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında; sosyal güvencesi olan ve olmayan bireylerin hastaneye erken ve geç başvuru durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Tablo 8).

Medeni duruma göre; Bireylerin medeni durumlarına göre hastaneye başvuru durumları Ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında, evli ve bekar olanların hastaneye erken ve geç başvuru durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$, Tablo 8).

Klinik Özellikler (klinik belirtiler ve risk faktörleri)

Tablo 9: Hastaneye başvurma süresini etkileyen klinik özellikler

Klinik Özellikler (risk faktörü - klinik belirtiler)	Toplam n (517)	Erken başvuru n (243)	Geç başvuru N (274)	Test t	P
İnme risk faktörü \pm SD	2,67 \pm 1,48	2,64 \pm 1,41	2,70 \pm 1,54	-0,444	.657
Klinik belirtiler				χ^2	
Duyusal belirtiler n(%)					
Var	122(23,6)	41(33,6)	81(66,4)	11,502	0,001
Yok	395(76,4)	202(51,1)	193(48,9)		
Konuşma alanı belirtisi n(%)					
Var	266(51,5)	142(53,4)	124(46,6)	8,957	0,003
Yok	251(48,5)	101(40,2)	150(59,8)		
Motor belirti n(%)					
Var	340(65,8)	167(49,1)	173(50,9)	1,785	0,182
Yok	177(34,2)	76(42,9)	101(57,1)		
Görme alanı belirtisi n(%)					
Var	38(7,4)	13(34,2)	25(65,8)	2,168*	0,141
Yok	479(92,6)	230(48,0)	249(52,0)		
Davranışsal/bilişsel belirti n(%)					
Var	7(1,4)	2(28,6)	5(71,4)	**	0,456
Yok	510(98,6)	241(47,3)	269(52,7)		
Nöbet geçirme n(%)					
Var	20 (3,9)	14 (70,0)	6 (30,0)	3,509*	.061
Yok	497(96,1)	229(46,1)	268(53,9)		
Bilinç durumu belirtisi n(%)					
Var	44(8,5)	29(65,9)	15(34,1)	6,097*	0,014
Yok	473(91,5)	214(45,2)	259(54,8)		
Diğer belirtiler n(%)					
Var	130(25,1)	63(48,5)	67(51,5)	0,149	0,700
Yok	387(74,9)	180(46,5)	207(53,5)		

*: Yates düzeltmesi yapılmıştır (gözlenen değerler < 25).

** : Fisher's exact test yapılmıştır (beklenen değerler < 5).

İnme risk faktörü ortalamasına göre; Bireylerin inme risk faktörü ortalamalarına göre hastaneye erken ve geç başvuru durumları iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile karşılaştırıldığında; her iki grubun inme risk faktörü sayı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Tablo 9).

Duyusal belirtilere göre; bireylerin hastaneye erken ve geç başvuru durumları Ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında; duyuşsal belirtisi olan ve olmayan bireylerin hastaneye erken ve geç başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$, Tablo 9). Bu doğrultuda duyuşsal belirtisi olan bireylerin bu belirtileri önemsemedikleri ve hastaneye geç başvurdukları saptanmıştır.

Konuşma alanı belirtisine göre; bireylerin hastaneye erken ve geç başvuru durumları Ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında; konuşma alanı belirtisi olan ve olmayan bireylerin hastaneye erken ve geç başvuru durumları arasında istatistiksel olarak çok anlamlı düzeyde bir fark bulunmuştur ($p<0,01$, Tablo 9). Bu doğrultuda konuşma alanı belirtisi olan bireylerin hastaneye erken başvurdukları saptanmıştır.

Motor belirtilere göre; bireylerin hastaneye erken ve geç başvuru durumları Ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında; motor belirtisi olan ve olmayan bireylerin hastaneye erken ve geç başvuru durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Tablo 9).

Görme alanı belirtisine göre; bireylerin hastaneye erken ve geç başvuru durumları Ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında; görme alanı belirtisi olan ve olmayan bireylerin hastaneye erken ve geç başvuru durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Tablo 9).

Davranışsal belirtilere göre; bireylerin hastaneye erken ve geç başvuru durumları Ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında; davranışsal belirtisi olan ve olmayan bireylerin hastaneye erken ve geç başvuru durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Tablo 9).

Nöbet geçirme belirtisine göre; bireylerin hastaneye erken ve geç başvuru durumları Ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında; nöbeti olan ve olmayan bireylerin hastaneye erken ve geç başvuru durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Tablo 9).

Bilinç durumu belirtisine göre; bireylerin hastaneye erken ve geç başvuru durumları Ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında; bilinç durumu belirtisi olan ve olmayan bireylerin hastaneye erken ve geç başvuru durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmuştur ($p<0,05$, Tablo 9). Bilinç kaybı olan bireylerin hastaneye erken başvurdukları saptanmıştır.

Diğer belirtilere göre; bireylerin hastaneye erken ve geç başvuru durumları Ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında; diğer belirtileri olan ve olmayan bireylerin hastaneye erken ve geç başvuru durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Tablo 9).

Hastane Öncesi Dönem Özellikleri

Tablo 10: Hastaneye başvurma süresini etkileyen hastane öncesi dönem özellikleri

Hastane öncesi dönem Özellikleri	Toplam N (517)	Erken başvuru n (243)	Geç başvuru n (274)	Test t	P
İnmeyi tanımaya yönelik bilgi düzeyi ± SD	5,43±4,07	5,30±4,02	5,54±4,12	-0,665	.506
				χ^2	
Belirtilerin Başlama Zamanı n(%)					
00.01-06.00	43 (8,3)	16 (37,2)	27 (62,8)	21,051	.000
06.01-12.00	171 (33,1)	74 (43,3)	97 (56,7)		
12.01-18.00	161 (31,1)	65 (40,4)	96 (59,6)		
18.01-24.00	107 (20,7)	62 (57,9)	45 (42,1)		
Belirtilerle uyanmak	35 (6,8)	26 (74,3)	9 (25,7)		
Yanında biri olma durumu n(%)					
Var	466 (90,1)	227 (48,7)	239 (51,3)	4,874*	.027
Yalnız	51 (9,9)	16 (31,4)	35 (68,6)		
İkamet edilen yer n(%)					
Büyükşehir sınırları içerisinde	428 (82,8)	212 (49,5)	216 (50,5)	13,147	.004
İlçe	70 (13,5)	23 (32,9)	47 (67,1)		
Belde- köy	13 (2,5)	8 (61,5)	5 (38,5)		
Komşu ilden sevkli	6 (1,2)	-	6 (100,0)		
Başka bir sağlık kurumuna gitme n(%)					
Evet	139 (26,9)	35 (25,2)	104 (74,8)	36,344	.000
Hayır	378 (73,1)	208 (55,0)	170 (45,0)		
Nakil şekli n(%)					
Ambulans	202 (39,1)	132 (65,3)	70 (34,7)	44,789	.000
Ambulans dışı	315 (60,9)	111 (35,2)	204 (64,8)		

*: Yates düzeltmesi yapılmıştır (gözlenen değerler < 25).

** : Fisher's exact test yapılmıştır (beklenen değerler < 5).

İnmeyi tanımaya yönelik bilgi düzeyine göre; inmeyi tanımaya yönelik bilgi düzeyleri ortalamalarına göre hastaneye erken ve geç başvuru durumları iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ile karşılaştırıldığında; her iki grubun inmeyi tanımaya yönelik bilgi düzeyleri ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$, Tablo 10).

İnmeyi tanımaya yönelik bilgiye sahip olan bireylere bu bilgiyi nereden öğrendikleri sorulmuştur. Bireylerin 198'i (%38,3) çevresinde inme geçiren birileri olduğu için, 43'ü (%8,3) daha önce inme geçirdikleri için, 42'si (%8,1) medya aracılığıyla, 30'u (%5,8) arkadaş ortamında öğrendiğini, 20'si (%3,9) bu konu hakkında eğitim aldıklarını, 14'ü (%2,7) doktor-hemşire aracılığıyla öğrendiklerini ifade etmişlerdir.

Belirtilerin başlama zamanına göre; Bireylerin belirtilerinin başlama zamanına göre hastaneye erken ve geç başvuru durumları Ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında; belirtilerin başlama zamanlarına göre hastaneye erken ve geç başvuru durumları arasında istatistiksel olarak çok anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$, Tablo 10). Belirtilerin başlama zamanına göre hastaneye başvuru durumları arasındaki farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde, sırayla belirtilerle uyanma ve 18.01-24.00 saatleri arasında belirtileri başlayan gruplar analiz dışında bırakıldığında anlamlı bir fark olmadığı, farkın bu iki gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir. Belirtilerin başlama zamanı 00.01-06.00, 06.01-12.00, 12.01-18.00 saatleri arasında hastaneye başvuran bireylerin hastaneye başvurma sürelerinin daha uzun olduğu saptanmıştır ($p<0,05$, Tablo 10).

Belirtileri yaşadığında yanında birinin olma durumuna göre; Bireylerin belirtileri yaşadıklarında yanlarında birinin olma durumuna göre hastaneye erken ve geç başvurma durumları Ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında; yanında biri olan bireylerin hastaneye daha kısa sürede başvurdukları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$, Tablo 10)

İkamet edilen yere göre; Bireylerin olayı yaşadıklarında ikamet ettikleri yere göre hastaneye erken ve geç başvuru durumları Ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında; ikamet ettikleri yere göre hastaneye erken ve geç başvuru durumları arasında istatistiksel olarak çok anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$, Tablo 10). İkamet edilen yere göre hastaneye erken ve geç başvuru durumları arasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde, başka ilden sevk edilenler, belde, köy ve büyükşehir sınırları içinde yaşayanlardan anlamlı olarak daha geç başvurmuştur, ilçede yaşayanlar da büyükşehir sınırları içerisinde ve köyde yaşayanlardan anlamlı olarak daha geç başvurmuştur. İlçede yaşayanlar ile başka ilden sevk edilenler arasında fark bulunmamıştır, büyükşehir sınırları içinde yaşayanlar ile köy ve beldede yaşayanlar arasında da fark bulunmamıştır. Sonuç olarak; başka ilden sevk edilenler ve ilçede yaşayanlar, hastaneye belde, köy ve büyükşehir sınırları içinde yaşayanlardan anlamlı olarak daha geç başvuruyor ($p<0,05$, Tablo 10).

Başka bir sağlık kurumuna gitme durumuna göre; bireylerin araştırmanın yapıldığı hastanelerden birine gelmeden önce başka bir sağlık kurumuna başvurma durumlarına göre hastaneye erken ve geç başvurma durumları Ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında; başka bir sağlık kurumuna giden bireylerin hastaneye daha uzun sürede başvurduğu ve bu farkın istatistiksel olarak çok anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,01$, Tablo 10).

Hastaneye gelirken kullanılan araca göre; Bireylerin hastaneye gelirken kullanılan araca göre hastaneye erken ve geç başvuru durumları Ki-kare analizi ile incelendiğinde; ambulans kullanan bireylerin hastaneye başvuru sürelerinin daha kısa olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak çok anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,01$, Tablo 10).

Tablo 11: Belirtiler fark edildiğinde yapılan girişimler

Yapılan girişimler	n (517)	%
Durumunu önemsememek, belirtilerin geçmesini beklemek	145	28,1
Ambulansın Aranması	116	22,4
Başka bir sağlık kurumuna gitmek	89	17,2
Doğrudan hastaneye gelmek	60	11,6
Aileden birini aramak, beklemek	34	6,6
Soğuk su dökmek	27	5,2

Bireylerin ya da tanıkların belirtileri fark ettiklerinde yaptıkları ilk girişimler incelendiğinde; 145'i (%28,1) durumu önemsemediklerini ve belirtilerin geçmesini beklediklerini, 116'sı (%22,4) acil durum olduğunu düşündüklerini ve hemen 112'yi aradıklarını, 89'u (%17,2) aile hekimi, özel poliklinik, özel hastane gibi inme inme tanısı ve tedavisi konusunda uzmanlaşmış olmayan başka sağlık kurumlarına başvurduklarını, 60'ı (%11,6) doğrudan hastaneye geldiklerini, 34'ü (%6,6) aileden birine telefon ile haber verdiklerini, 27'i (%5,2) soğuk su döktüklerini ifade etmişlerdir (Tablo 11).

Tablo 12: Yaşadıkları belirtilerin ilişkilendirildiği durumlar

Belirtilerin ilişkilendirildiği durumlar	N (517)	%
İskemik inme (felç)	206	39,8
Hipertansiyon	83	16,1
Hiçbirşey	54	10,4
Önceki sağlık problemleri	47	9,1
MI (kalp krizi)	30	5,8
Diyabet	25	4,8

Bireylerin yaşadıkları belirtileri ne ile ilişkilendirdikleri sorulduğunda; 206'sı (%39,8) felç geçirdiklerini düşündüklerini, 83'ü (16,1) tansiyonun yüksek olmasından dolayı bu belirtileri yaşadıklarını, 54'ü (%10,4) hiçbirşey düşünmediklerini, 47'i (%9,1) önceki sağlık problemleriyle ilişkilendirdiklerini, 30'u (%5,8) kalp krizi geçirdiklerini düşündüklerini, 25'i (%4,8) diyabet hastası olduğu için şekerin artması ya da azalmasına bağladıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 12).

Tablo 13: Hastaneye gelmeye karar vermeye neden olan faktörler

Hastaneye gelmeye karar verme	N (517)	%
Durumunun ciddi olduğunu düşünme	192	37,1
Başka sağlık kurumunun önerisi/ sevki	82	15,9
Belirtilerin geçmemesi	81	15,7
Durumunun kötüye gitmesi	71	13,7
Aileden birinin önerisi	58	11,2

Bireylerin hastaneye gelmeleri gerektirdiğini düşündüren nedenler sorulduğunda; 192’i (%37,1) yaşadıkları belirtilerin ciddi olabileceğini düşündükleri için hastaneye geldiklerini, 82’i (%15,9) belirtileri fark ettikten sonra başka bir sağlık kurumundaki hekimin önerisiyle hastaneye geldiklerini, 81’i (%15,7) belirtiler geçmeyince hastaneye geldiklerini, 71’i (%13,7) genel durumun kötüye gitmesi üzerine hastaneye geldiklerini, 58’i (%11,2) aileden birinin önerisiyle olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 13).

Tablo 14: İnmeli Bireylerin Hastaneye Gelme Durumuna Sekiz Değişkenin Etkisi: Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (n: 517)

Değişkenler*	B	Wald	P	Exp(B)	% 95 Güven Aralığı EXP(B)	
Duyusal belirti	-,360	1,991	,158	,698	,424	1,150
Konuşma alanı belirtisi	-,291	1,892	,169	,748	,494	1,131
Bilinç durumu belirtisi	-,563	2,144	,143	,570	,268	1,210
Ambulans kullanma	-1,097	28,002	,000	,334	,222	,501
Başka sağlık kurumuna gitme	-1,125	18,080	,000	,325	,193	,545
Yanında biri olma durumu	-1,107	9,529	,002	,330	,164	,667
Belirtilerin başlama zamanı	-,723	10,584	,001	,485	,314	,750
İkamet edilen yer	-,269	,654	,419	,764	,399	1,466
(Sabit)	3,303	41,218	,000	27,191		

*Hastaneye geç gelme davranışını gösteren grupların kodu “1” olarak girilmiştir.

Bağımlı Değişken: Hastaneye gelme zamanı (geç gelme kodu:1, erken gelme:0), lojistik regresyon için sd:1 χ^2 :106.639 sd: 8 p: .000

İnmeli bireylerin hastaneye gelme/başvurma zamanını etkilediği belirlenen sekiz değişkenin etkisi lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Bağımlı değişken olarak hastaneye gelme durumu (erken ya da geç), yordayan (etkileyen) değişken olarak duyuşal belirti, konuşma alanı belirtisi, bilinç durumu belirtisi, hastaneye gelirken ambulans-diğer araç kullanma, başka sağlık kurumuna gitme, yanında biri olma durumu, belirtilerin başlama zamanı, ikamet edilen yer enter metodu ile modele alınarak analiz yapılmıştır.

İnmeli bireylere ilişkin sekiz değişkenin hastaneye gelme zamanına (geç gelmelerine) etkisi incelendiğinde, regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin Wald testi sonuçlarına göre modele alınan değişkenler içinde **önemlilik sırasıyla**; ambulans kullanma (p: .000) ve başka sağlık kuruluşuna gitme (p:.000) durumuna göre ileri düzeyde, belirtilerin başlama zamanı (p: .001) ve yanında birisinin olma (p: .002) durumuna göre çok anlamlı düzeyde etkisi olduğu bulunmuştur. Diğer dört değişkenin hastaneye gelme zamanına etkisi ise anlamlı bulunmamıştır (p>.05, Tablo 14).

İnme gelişme durumunda ambulans kullananların hastaneye erken gelme olasılığı ambulans kullanmayanlara göre 0,334 kat, başka sağlık kurumuna gidenlerin hastaneye geç gelme olasılığı gitmeyenlere göre 0,325 kat, yanında birisi olmayanların (yalnız olanların) hastaneye geç gitme olasılığı olanlara göre 0,330 kat, belirtilerin başlama zamanı saat 00.00 ile 18.00 saatleri arasında olanların hastaneye geç gitme olasılığı belirtilerin 18.01-24 arasında ve belirtilerle uyananlara göre 0,485 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Duyusal belirti, konuşma alanı belirtisi, bilinç durumu belirtisi ve ikamet edilen yer özelliklerinin hastaneye gelme zamanına etkisi olmadığı bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

İnmeli bireylerin hastaneye başvurma sürelerini etkileyen etmenleri incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada; hastaneye başvuran kişilerin %47'si tedavi için kritik zaman olan üç saat içinde hastaneye başvurmuş, %53'ü ise üç saatten sonra başvurmuştur, bu kişilerin hastaneye başvurma süresinin ortancasının 3.5 saat (210 dakika) olduğu bulunmuştur. Benzer çalışmalarda hastaneye başvurma süresinin ortancası 2.6 saat ile 7.5 saat arasında değişmektedir (Dexter ve ark., 2000; Kothari ve ark., 1999; Menon ve ark., 1998; Rosalind ve ark., 2002; Rosamand ve ark., 1998). Dexter ve ark. (2000)'ının yaptığı çalışmada hastaneye başvurma süresinin ortancası 2.6 saat, Rosamand ve ark. (1998)'ının yaptığı çalışmada ise 2.8 saattir. Menon ve ark. (1998)'ı yaptıkları çalışmada 241 hastanın hastaneye gelme süresinin ortancasını 4.5 saat, Kothari ve ark. (1999)'ı 119 hastanın ortancasını 5.7 saat olarak bulmuşlardır. Rosalind ve ark. (2002)' inin yaptığı çalışmada da bu sürenin ortancası 7,5 saat olarak saptanmıştır. Bu çalışmada örnekleme dahil edilen bireylerin hastaneye başvurma süresinin ortancası 3,5 saat olmakla beraber rt-PA tedavisinin uygulanması için geçtir. Yapılan çalışmalarda hastaların hastaneye gelme süreleri uzundur ve bu süre istenilen tedavinin uygulanabilmesi için geçtir. Bu sürenin uzun olması hastaların başka bir kurumdan sevk edilmelerine, sevk edilirken oradaki incelemelerinin gönderilmemesine, uzak bir hastaneden sevk edilmelerine, nakil olurken ambulans kullanmamalarına, hastaneye uzak yerde oturmalarına, inme başlangıcında kişilerin bir tanığının olmamasına, kişilerin yaşadıkları durumu önemsememelerine bağlanmıştır (Dexter ve ark., 2000; Evenson ve ark., 2001; Kothari ve ark., 1999; Menon ve ark., 1998; Rosamand ve ark., 1998; Rosalind ve ark., 2002).

Hastane öncesi dönem iki aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar; tıbbi yardım aramaya karar verme süresi ve tıbbi yardım aramaya karar verdikten sonra hastaneye ulaşma süresidir (Keskin ve ark., 2005; Kothari ve ark., 1995; Kwan ve ark., 2004; Zerwic ve ark., 2007). Hastane öncesi dönemde en uzun sürenin, kişinin tıbbi yardım aramaya karar vermesine kadar geçen süre olduğu bildirilmiştir (Chang ve ark., 2004; Evenson ve ark., 2001; Keskin ve ark., 2005; Kothari ve ark., 1995). Bu çalışmanın sonuçlarına göre bireylerin 274'ünün acil servise başvuru sürelerinin kritik zaman dilimi olan 3 saatlik periodun üzerinde olduğu, bu kişilerin tıbbi yardım aramaya karar verme sürelerinin ortancasının 420.00 dk olduğu bulunmakla beraber inmeli bireylerde hastane öncesi dönemde gecikmeye neden olan en önemli sürecin tıbbi yardım aramaya karar verme süresinin olduğu açıkça görülmektedir.

Tıbbi yardım aramaya karar verme sürecinde gecikmeye neden olan etkenler; inme belirtilerinin bilinmemesi, belirtilerin ciddiyetinin farkına varılmaması, hastalığın görmezden gelinmesi ve belirtilerin kendiliğinden geçeceği düşüncesidir (Barber ve ark., 2001; Hjelmblick ve ark., 2010; Johnson ve Bakas, 2010; Kitko ve Hupcey, 2008; Keskin ve ark., 2005; Korkmaz ve ark., 2010; Memiş ve ark., 2008; Moloczij ve ark., 2008; Ringleb ve ark., 2008; Zerwic ve ark., 2007). Kothari ve ark. (1999)' nın yapmış olduğu çalışmada 141 bireyin; %40' ı aile ve arkadaşlarının önerisiyle hastaneye başvurmuş, %23' ü belirtilerinin ciddiyetinin farkına varmamış, %16' sı belirtileri devam edince ve %11'i felç geçirdiklerini düşündükleri için hastaneye başvurmuştur. Bu çalışmada bireylerin 192 (%37.1)' si durumunun ciddi olduğunu düşündüğü için, 82 (%15.9)'si başka bir sağlık kurununun önerisi olduğu için, 81 (15.7)'i belirtileri devam ettiği için, 71 (13.7)'i durumu kötüye gittiği için, 58 (11.2)'i aileden birinin önerisi olduğu için hastaneye gelmeye karar verdiklerini ifade etmişlerdir. Görüldüğü gibi tıbbi yardım aramaya karar verme durumu literatür ile benzerlik göstermektedir.

Yaşın hastaneye gelme süresine etkisinin olmadığı saptanmıştır. Birçok çalışmada da yaşın hastaneye gelme süresini etkilemediği bildirilmiştir (Dereks ve ark., 2002; Inatomi ve ark., 2008; Kothari ve ark., 1999; Linn ve ark., 1999; Morris ve ark., 2000; Wester ve ark., 1999). Ancak yaşın hastaneye daha erken ya da daha geç gelmeye neden olduğunu gösteren çalışma sonuçları da bulunmaktadır (Chang ve ark., 2004; Harper ve ark., 1992; Lacy ve ark., 2001). Chang ve ark.(2004)'nın yaptığı çalışmada ileri yaşın gecikmeye neden olduğu ve 65 yaş üstü inmeli bireylerde belirtilerin genç inmeli bireylere göre belirgin düzeyde geç fark edildiği saptanmıştır, diğer taraftan Lacy ve ark. (2001)' ı yaptıkları çalışmada 65 yaş üzerindeki bireylerin hastaneye gelme süresini daha kısa olarak saptamışlardır. Harper ve ark. (1992)'ı da yaş arttıkça hastaneye gelme süresinin uzadığını bulmuşlardır.

Cinsiyet hastaneye gelme zamanını etkilememektedir. Benzer çalışmalarda da cinsiyetin hastaneye gelme zamanını etkilemediği bildirilmiştir (Chang ve ark., 2004; Dexter ve ark., 2000; Inatomi ve ark.,2008; Kothari ve ark., 1997; Wester ve ark., 1998). Maureen ve ark. (1998)' ise yaptıkları çalışmada kadın cinsiyetinin hastaneye daha erken başvuru yaptıklarını fakat bu oranın sınırdaki olduğunu bildirmişlerdir.

Bu çalışmada belirtilerin hastaneye gelme süresini etkilemediği bulunmuştur. Ancak yapılan benzer çalışmalarda motor defektleri (Handschu ve ark., 2003; Kıyan ve ark., 2009; Zerwic ve ark., 2007), bilinç kaybı (Azzimondi ve ark., 1997; Inatomi ve ark., 2008; Kimura ve ark., 2004), konuşma bozukluğu (Korkmaz ve ark., 2010; Reginald ve ark., 2006; Wester ve ark., 1999) gibi durumlarda bireylerin hastaneye erken geldikleri bulunmuştur. Bazı çalışmalarda yaşanan belirtiler şiddetli (bilinç kaybı, konuşma bozuklukları) ve hafif belirtiler (güçsüzlük, görme problemi, uyuşukluk, baş ağrısı) olarak nitelendirilmiş ve şiddetli belirtisi olan bireylerin hastaneye erken başvurduğu saptanmıştır (Azzimondi ve ark., 1997; Goldstein ve ark., 2001; Harper ve ark., 1992; Kitko ve Hupcey, 2008; Wester ve ark., 1999; Williams ve ark., 1997).

Ambulans kullanan, belirtileri yaşarken yanında biri olan, belirtileri akşam başlayan ve belirtilerle uyanan kişilerin hastaneye erken başvurduğu, başka sağlık kurumuna giden bireylerin hastaneye geç başvurduğu bulunmuştur. Literatürde; semptomların başlangıcında kişinin yalnız olması (Hakbilir ve ark., 2006; Harper ve ark., 1992; Jorgensen ve ark., 1996; Kitko ve Hupcey, 2008; Kothari ve ark., 1999; Moloczij ve ark., 2008; Maureen ve ark., 1998; Wester ve ark., 1999), belirtilerin farkında olunmaması (Keskin ve ark., 2005), ilk olarak aile hekimine başvurulması (Barber ve ark., 2001; Rosalind ve ark., 2002; Wester ve ark., 1999), kişinin belirtilerle uyanması (Dexter ve ark., 2000; Wester ve ark., 1999) gibi faktörler hastaneye başvurma zamanını etkileyen etmenler olarak belirtilmiştir.

Akut inmeli bireylerde hastane öncesi dönemde gecikme nedenlerinden biri kişilerin nakil şekli ve süresidir (Chang ve ark., 2004; Kothari ve ark., 1999; Linn ve ark., 1999). Tayvan'da inmeli bireylerin ortalama nakil sürelerinin 30 dakika civarında olduğu belirlenmiştir (Chang ve ark., 2004). Keskin ve ark.(2005)'nin yaptığı çalışmada bireylerin 179'unun (%77) ambulans ile acil servise getirildiğini ve nakil sürelerinin ortalamasının 22,3 dakika olduğunu tespit edilmiştir. Bu çalışmada nakil süresi yalnız başına ele alınmamıştır. Kişilerin tıbbi yardım aramaya karar verdikten sonra hastaneye başvurmalarına kadar geçen süre toplam olarak değerlendirilmiştir. Bu sürenin ortancası 60 dk. olarak saptanmıştır. Bu süre bireylerin hastaneye gelmeye karar verdikten sonra hazırlanmalarını, kendilerini hastaneye götürecek aracı beklemelerini, eğer hasta yalnız ise yakınlarının gelmesini beklemelerini, nakil süresini, eğer başka bir sağlık kurumuna gitmiş ise orada geçen süreyi içermektedir.

Daha önce yapılan çalışmalarda da bu çalışmada olduğu gibi ambulans kullanımının hastaneye gelme süresini etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğu belirtilmiştir (Dexer ve ark., 2002; Dexter ve ark., 2000; Evenson ve ark., 2001; Herold ve ark., 2004; Keskin ve ark., 2005; Kothari ve ark., 1999; Kothari ve ark., 1997; Maze ve Bakas, 2004; Memiş ve ark., 2008; Morris ve ark., 2000; Pancioli ve ark., 1998; Schroeder ve ark., 2000; Wester ve ark., 1999; Williams ve ark., 1997; Zerwic ve ark., 2007). Chang ve ark. (2004) ile Linn ve ark. (1999) ise ambulans kullanımının hastaneye erken başvurmayla ilişkili olmadığını bildirmişlerdir. Bu araştırmacılar araştırmanın gerçekleştirildiği bölgenin küçük bir şehir olması ve kendi araçları ile de hastaneye kısa sürede ulaşabildikleri için bir fark bulamadıklarını bildirmişlerdir. Schroeder ve ark. (2000)'ı yaptıkları çalışmalarında yaşlı olma ve aciliyet duygusu ile ambulans kullanımı arasında ilişki bulmuştur. Keskin ve ark. (2005)'ı yaptıkları çalışmada %23 bireyin ilk yardım organizasyonlarından yardım almadığını ve naklini kendi olanaklarıyla sağladıkları tespit etmişlerdir. Bu çalışmada da inmeli bireylerin 315 (%60,9)' inin ilk yardım organizasyonlarından yardım almadığı ve bireyin naklini kendi olanaklarıyla sağladığı bulunmuştur. Wein ve ark. (2000)'ının yaptığı çalışmada az sayıda bireyin 911'i aradığını, %60'ının aileleri tarafından, %18'inin bakıcıları tarafından, %13'ünün de arkadaşları tarafından hastaneye getirildiklerini saptamıştır. Yüzoniki gibi ilk yardım ve nakil sistemlerinin daha etkin ve organize kullanılması halinde inmeli bireylerin nakil süresinde daha da azalma sağlayacağı düşünülmektedir. Kişilerin neden ambulans kullanmayı tercih etmedikleri ya da kullandıkları ulaşım aracını tercih etme gerekçelerinin ne olduğu yapılacak çalışmalarla incelenmesi gerektiği görülmektedir.

İnme geçiren bireyin yanında bir tanığın olması hastaneye erken gelmeyi sağlayan faktörlerden biri olarak bulunmuştur. Benzer çalışmalarda da bu sonuca ulaşılmıştır (Inatomi ve ark., 2008; Kitko ve Hupcey, 2008; Kothari ve ark., 1999; Mandelzweig ve ark., 2006; Maureen ve ark., 1998; Maze ve Bakas, 2004; Moloczij ve ark., 2008; Rosalind ve ark., 2002; Schroeder ve ark., 2000; Wester ve ark., 1999), yalnız yaşayan kişilerin hastaneye geç başvurdukları bildirilmiştir (Hakbilir ve ark., 2006; Harper ve ark., 1992; Jorgersen ve ark., 1996). Tanıkların özellikle riskli olan kişilerin hastaneye ulaşmasında ve onların belirtilerini tanıyarak tedavilerinin uygulanmasında etkilerinin büyük olduğu görülmektedir.

Hastaneye gelmeden önce başka bir sağlık kurumuna gitmenin hastaneye gecikmeye neden olan en önemli faktörlerden biri olduğu bulunmuştur. Benzer çalışmalarda bu sonucu desteklemektedir (Barber ve ark., 2001; Chang ve ark., 2004; Fogelholm ve ark., 1996; Inatomi ve ark., 2008; Rosalind ve ark., 2001; Wester ve ark., 1999). Fogelholm ve ark. (1996)'ı yaptıkları çalışmada başka kurumdan gelen bireylerin geç kalma nedenlerinin, nakil edilirken saptanan verilerinin eksik gönderilmesi olduğunu saptamışlardır ve bu eksikliği gidermenin yolunun bireylerin verilerinin, raporlarının scan edilmesi ile azalacağını saptamışlardır. Sonuç olarak yolda kaybedilen zaman, başka bir hastaneden sevk edilen bireylerin verilerinin eksik gönderilmesi, kişilerin belirtilerinin başka bir kurumda yanlış değerlendirilmesi, başka kurumların tanı ve tedaviye uygun olmayışı gibi durumlar hastaneye gecikmeye neden olmuştur.

Belirtilerin başlama zamanı gece (00.01-06.00) ve gündüz (06.01-12.00, 12.01-18.00) saatlerinde olan bireylerin hastaneye başvurma sürelerinin daha uzun olduğu saptanmıştır. Akşam saatlerinde (18.00-24.00) ve belirtilerle uyanan kişilerin ise hastaneye daha erken başvurdukları bulunmuştur. Benzer çalışmalarda belirtilerin akşam başlangıçlı olması hastaneye gecikmeyle ilişkili bulunmuştur (Inatomi ve ark., 2008; Fogelholm ve ark., 1996). Maureen ve ark. (1998)'ının yaptığı çalışmada gece başlangıçlı olma hastaneye geç başvurma ile ilişkili bulunmuştur. Johnson ve Bakas (2010)'ın yaptığı inceleme bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir ve gündüz saatlerinde inme geçiren bireylerin aile hekimlerine gitmesi ile zaman kaybettiklerini belirtmişlerdir. Bu çalışmada da gündüz belirtiler yaşayan bireylerin hastaneye gelmeden önce aile hekimlerine, inme tedavisi olmayan merkezlere gittikleri için zaman kaybettikleri, akşam saatlerinde belirtiler başlayınca birçok merkez ve aile hekimliği olmadığı için kişilerin direk hastanelerin acil servislerini seçtikleri ve belirtilerle uyanan kişilerin durumla birden karşılaştıkları için aciliyet duygusu ile doğrudan hastanelerin acil servislerini tercih ettikleri düşünülmektedir.

Belirtilerin şiddeti ve ciddiye alınması inme tedavisinin uygulanması konusunda karar vermeyi etkilemiştir. Bu çalışmada belirtilerin ciddiye alınmaması ve belirtilerin geçmesinin beklenmesi hastaneye geç başvurma nedenlerinden biridir. Benzer çalışmalarda da belirtilerin ciddiye alınmaması hastaneye geç gelmeye neden olmaktadır (Bohannon ve ark., 2003; Chang ve ark., 2004; Kothari ve ark., 1999; Moloczij ve ark., 2008; Pancioli ve ark., 1998; Rosalind ve ark., 2002; Schroeder ve ark., 2000; Wester ve ark., 1999; Williams ve ark., 1997; Zerwic ve ark., 2007). Kothari ve ark. (1999)'nın yapmış olduğu çalışmada 141 bireyin %23'ü

belirtilerinin ciddiyetinin farkına varmamış, Rosalind ve ark. (2002)'nin yaptıkları çalışmada 259 bireyin %62'si, Schroeder ve ark., (2000)'nin yaptığı çalışmada 559 bireyin %37'si, Wester ve ark. (1999)'nin yaptığı çalışmada bireylerin %24'ü belirtilerini ciddiye almadığı bulunmuştur. Williams ve ark.(1997)'i da yaptıkları çalışmada bireylerin belirtilerini yorumlamada ve ciddiyetini algılamalarında eksiklikler olduğunu saptamışlardır. Memiş ve ark. (2008)'nin yaptığı çalışmada, bireylerin %35.5' i belirtilerin geçmesini bekledikleri için hastaneye geç başvurdıkları bulunmuştur. Bizim çalışmamızda bireylerin 145'inin (%28,1) durumu önemsemediklerini ve belirtilerin geçmesini bekledikleri saptanmıştır. Hafif belirtilerin ciddiye alınmaması, belirtilerin geçmesinin beklenmesi hastaneye geç başvurmaya neden olmuştur (Kitko ve Hupcey, 2008; Korkmaz ve ark., 2010; Maureen ve ark., 1998; Memiş ve ark., 2008; Rosalind ve ark., 2002). Sonuç olarak kişilerin yaşadıkları belirtilerin hafif olması yani günlük yaşam aktivitelerini sürdürmelerine engel olmaması, bu belirtileri başka sağlık problemlerine bağlamaları, belirtilerini önemsememeleri, hastaneye gelmek istememeleri, belirtilerini inkar etmeleri ve bu belirtileri fark etmemeleri gibi durumlar kişilerin yaşadıkları belirtileri ciddiye almadıklarını ve hastaneye bu nedenlerden dolayı geç başvurdıkları düşünülmektedir.

Bu çalışmada bireylerin 54 (%10.4)'ü yaşadıkları belirtilerin ne olduğunu anlamadıklarını, herhangi bir durum ile ilişkilendirmediklerini ifade etmişlerdir. Ancak çalışmaya dahil edilen bireylerin % 39.8'inin inme geçirdiklerini düşünmelerine rağmen tedavi aramaya geçmedikleri saptanmıştır. Bu bulgular, kişilerin deneyimlediği belirtilerin inme ile ilişkili olabileceğini düşünmesinin hastaneye ulaşma zamanını etkilemediğini, bireylerin inme belirtilerini tanımlarına rağmen hızla hastaneye ulaşılması gereken acil bir durum olduğunu düşünüp tedavi aramaya geçmediklerini, inme ile karşılaştıklarında ne yapmaları gerektiği konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını göstermektedir. Yapılan diğer çalışmalarda da sadece inme belirtilerini bilmenin, inmeyi tanımanın hastaneye gelme süresini kısaltmak için yeterli olmadığı saptanmıştır (Barber ve ark., 2001, Johnson ve Bakas, 2010; Linn ve ark., 1999; Moloczij ve ark., 2008, Schroeder ve ark., 2000; Williams ve ark., 1997; Zerwic ve ark., 2007). Barber ve ark. (2001)'nin yaptığı çalışmada bireylerin %29'unun inme belirtilerini tanımlarına rağmen tedavi aramaya geçmedikleri saptanmıştır. Williams ve ark. (1997)'inin yaptığı çalışmada 67 bireyin %38'i kendilerindeki belirtilerin inme olduğunu ayırt etmişlerdir. Goldstein ve Gradison (1999)'unun yaptıkları çalışmada 13 birimde (birinci basamak sağlık kuruluşları) 55 yaş üzeri 202 kişiden inme ile ilgili bilgileri değerlendiren anket formlarını doldurmaları istenmiş; çalışma sonucunda araştırmaya dahil edilen bireylerin %80'i inmenin

önlenebileceğini, %95'i tedavi edilebileceğini bildirmiştir. Bir yakınınız inme geçirseydi ne yapardınız? sorusu sorulmuş ve genel olarak bireylerin %71'i 911'i ararım ve hastaneye getiririm diye ifade ettikleri bildirilmiştir. Bu çalışmada inme ile karşılaştığınızda yaptığınız ilk girişim nedir? sorusu soruldu ve 206 (39,8) bireyin ne yapması gerektiği konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları tespit edilmiştir. Bireylerin inmeyi tanımalarına yönelik bilgileri 10 puanlık 7 soruyla değerlendirilmiştir ve 517 bireyin inmeyi tanımaya yönelik bilgi puanları ortalaması 5,43 olarak saptanmıştır. Hastaneye erken ve geç gelen kişilerin bilgi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. İnmeyi tanımaya yönelik bilgiye sahip olan bireylere bu bilgiyi nereden öğrendikleri sorulduğunda; bireylerin 198'inin (%38,3) çevresinde inme geçiren birileri olduğu için bildiği, 43'ünün (%8,3) daha önce inme geçirdikleri için bildikleri, 42'sinin (%8,1) medya aracılığıyla öğrendikleri, 30'unun (%5,8) arkadaş ortamında öğrendikleri, 20'sinin (%3,9) bu konu hakkında eğitim aldıkları, 14'ünün (%2,7) doktor-hemşire aracılığıyla öğrendikleri tespit edildi. Bu sonuçlar toplumun profesyoneller tarafından eğitilmelerinde eksiklikler olduğunu bize açıkça göstermektedir. Toplum eğitimi bu sorunu çözebilir; yapılacak eğitimlerde inmenin önemi vurgulanmalı, hafife alınmaması gerektiği ve gecikme durumlarında tedavi edilemez boyuta gelinebileceği fark ettirilmeli, inmeyi tanımalarının dışında böyle bir durumla karşılaştıklarında ne yapmaları gerektiği konusunda da bilgi verilmelidir. Morgenstern ve ark. (2002)'ı yaptıkları çalışmada toplum eğitiminin rt-PA kullanımının artışında da etkili olduğunu saptamışlardır. Sadece bilgi tek başına sağlıklı bakım davranışı oluşturmada yeterli değildir (Rosamond ve ark., 1998). İnme belirtilerini bilme ve inmenin şiddetinin algılanması hastaneye varış süresini etkilemektedir (Johnson ve Bakas, 2010).

İkamet edilen yerin hastaneye gelme süresini etkilemediği bulunmuştur. Benzer çalışmalarda sağlık kurumuna uzak yerde oturulması hastaneye geç gelmeye neden olmuştur (Barber ve ark., 2001; Zerwic ve ark., 2007). Memiş ve ark. (2008)' ı yaptıkları çalışmada Aydın ilindeki bireylerin hastaneye erken başvurduklarını ve bunun nedeninin bu ilin küçük bir yer olduğu ve trafik sorununun olmadığını açıklamıştır. Kişilerin kendilerine en yakın inme tedavisi yapan kurumları bilmeleri ve onlara hizmet veren ambulansında en yakın kuruluş hakkında bilgi sahibi olmasının hastaneye varışı etkileyeceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ

Görüşülen bireylerin %53'ü hastaneye yaşam kurtarıcı tedavi seçeneği rt-PA'nın uygulanabilmesi için sınır olan üç saatten önce ulaşamamışlardır. Bireylerin hastaneye başvurma süresi ortancası 3.5 saat olarak bulunmuştur. Bu süre daha önce yapılmış çalışmalarla karşılaştırıldığında çok yüksek olmamakla beraber yapılacak girişimlerle azaltılması gereken bir süredir. Bu çalışmanın sonuçları, bu süreyi kısaltmada ve hastaneye erken başvuru oranını artırmada en yakın inme merkezine en hızlı ulaşımı sağlayabilmek için acil yardım sistemlerinin organizasyonun ve inme belirtilerini hızla tanıyıp tıbbi yardım arayabilme konusunda toplumu bilinçlenmenin önemini ortaya koymaktadır. Ülkelerde ve daha küçük yönetim birimleri olan şehirlerde, acil yardım sistemlerinin organizasyonu, inmeyi tanıyarak hızlı bir şekilde bireyi inme tedavisi uygulayan merkeze ulaşımını sağlayabilecek şekilde yapılmış olmalıdır.

Hastaneye gelmeden önce farklı sağlık kurumları ya da aile hekimleri ile görüşme hastane öncesi süreçte en önemli zaman kaybı nedeni olarak bulunmuştur. Geç gelmede en önemli faktör olan inme tanısının ya da tedavinin gerçekleştirilemediği başka bir sağlık kurumuna gitme durumu sağlık sisteminde yapılacak değişikliklerle ortadan kaldırılabilecek bir faktördür. Bu çalışmanın sonuçları erken başvuruları artırmak için inme belirtileri ve inme tedavisi yapan merkezlerin bilinmesinin önemini göstermiştir. Öncelikle; acil yardım organizasyonlarına, kişiye en yakın inme merkezini bilme ve acil ulaşımın sağlanması konusunda sorumluluklar düşmektedir. Kişileri ilk gören sağlık kuruluşunda çalışan sağlık ekibinin üyelerinin ve aile hekimlerinin inme belirtilerini erken tanıması konusunda gerekli eğitim ve organizasyon açısından hazıroluşluğu önemlidir. Diğer taraftan kendi imkanları ile hastaneye ulaşmaya çalışan bireylerin de en yakın merkezler konusunda bilgi sahibi olmaları gerekmektedir.

İnme belirtileri başladığında yanında bir tanık olan kişilerin hastaneye daha erken ulaşırken olmayanların daha geç ulaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç ile sadece risk gruplarının değil tüm toplumun inme belirtileri ve inmenin acil müdahale gerektiren bir durum olduğu konusunda eğitiminin önemi ortaya çıkmıştır.

Eğitimın 3nemi açıkça vurgulanırken kişilerin sadece %2,7'sinin sahip oldukları bilgiyi sağlık çalışanlarından aldığını s3ylemiş olması da bu çalışmada elde edilen bir diğer çarpıcı sonuçtur. Eğitimde 3nemli rol3 olan hemşirelerin mevcut koşullarda bu rollerini yerine getiremiyor olması bu alanda boşluğu ortaya koymaktadır.

Hemşireler bu konuda yapacakları eğitimlerle inmenin sakatlık ve 3l3mlere yol açmadan tedavi edilebilmesini sağlayabileceklerdir. Hem hastane 3ncesi hem de hastane s3recinde yaşam kuratarıcı role sahip olan hemşirelerin inmede sorumluluklarının bilincinde olarak birinci ve ikinci basamakta g3revlerini yerine getirmeleri beklenmektedir.

7. ÖNERİLER

Toplum inme belirtilerini hızla tanıyıp tıbbi yardım arayabilme konusunda bilinçlendirilmelidir.

Toplum eğitiminde sadece risk gruplarının değil tüm toplumun inme belirtileri ve inmenin acil müdahale gerektiren bir durum olduğu konusunda eğitimi sağlanmalıdır ve farkındalıkları artırılmalıdır.

Eğitim hemşirelerin en önemli rollerinden biridir ve hemşireler toplumu eğitme konusunda liderlik yapmalıdır.

Şehir içersinde acil yardım sistemleri inmeyi tanıyarak hızlı bir şekilde bireyi inme tedavisi uygulayan merkeze ulaşımını sağlayabilecek şekilde organize edilmelidir.

Ambulans kullanımını değiştirebilir davranış olduğundan ambulans kullanımının artırılması yönünde çalışmalar yapılmalı, ambulans kullanımının önemi konusunda toplum bilinçlendirilmelidir.

Kişileri ilk gören sağlık kuruluşunda çalışan sağlık ekibinin üyelerinin ve aile hekimlerinin inme belirtilerininin erken tanınması konusunda gerekli eğitim ve organizasyon açısından hazıroluşluğu değerlendirilmelidir.

8. KAYNAKLAR:

Adams H, Bendixen BH, Kapelle j, Biler J, Love BB, Gordn DL, Marsh EE and the TOAST Investigators. Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definition for use in multicenter clinical trial. Stroke 1993; 24: 35-41

Akgül A. Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Aanaliz Teknikleri “SPSS Uygulamaları”. Üçüncü Baskı. Emek ofset Ltd. Şti. Ankara; 2005

Aksakoğlu G. Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri. D.E.Ü. Rektörlük Matbaası. İzmir; 2001

American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics 2004 Update. Dallas, Texas: American Heart Association; 2004

American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics 2010 Update. Dallas, Texas: American Heart Association; 2010

Anderson MA, Helms LB, Hanson KS ve ark. Unplanned Hospital Readmissions: A Home Care Perspective. Nursing Research 1999; 48(6):299-307.

Azzimondi G, Bassein L, Fiorani L, Nonino F, Montaguti U, Celin D, Re G, D’Alessandro R. Variables associated with hospital arrival time after stroke: Effect of delay on the clinical efficiency of early treatment. Stroke 1997; 28: 537-542

Balkan S. Serebrovasküler Hastalıklar. Güneş Kitabevi Yayınları. 2002; 5: 51-53

Barber PA, Zhang J, Demchuk AM, Hill MD, Buchan AM. Why are stroke patients excluded from TPA therapy?: An analysis of patients eligibility. Neurology 2001;56: 1015-1020

Barsan WG, Brott TG, Broderick JP, ve ark. Urgent therapy for acute stroke. Effects of a stroke trial on untreated patients. Stroke 1994; 25 (11): 2132-2137

Bilge C, Kocer A, Tutkan H, Bory UT. Investigation of stroke occurrence time in ischemic and hemorrhagic stroke subtypes. Journal of Neurological Sciences (Turkish) 2005; 22 (2): 169-175

Bohannon RW, Silverman IE, Ahlquist M. Time to emergency department arrival and its determinants in patients with acute ischemic stroke. *Conn Med* 2003; 67: 145-8

Chang KC, Tseng MC, Tan TY, ve ark. Prehospital delay after acute stroke in Kaohsiung, Taiwan. *Stroke* 2004; 35: 700-704

Covington CF, King JA, Fennell I, Jones C, Hutchinson C, Evans A. Developing a community- based stroke prevention intervention course in minority communities: The DC Angels Project. *Journal of Neuroscience Nursing* 2010; 42(3): 139-142

Çoban O. Beyin Damar Hastalıklarında tanımlar, sınıflama, epidemiyoloji ve risk faktörleri. İn: Öge A.E, editör. *Nöroloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri 2004.p.193-197

Derex L, Adeleine P, Nighoghossian N, ve ark. Factor influencing early admission in a French stroke unit. *Stroke* 2002; 33: 153-159

Dexter LM, Wayne R, Kenneth M, Carol S, Scott H. Prehospital and emergency department delays after acute stroke. *Stroke* 2000; 31: 2585-2590

Emre U, Durukan A, Tatlısumak T. İskemik inmede acil tanı ve tedavi yaklaşımları. *Turkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2007; 3 (37): 6-12

Evcı ED, Memiş S, Ergin F, Beser E. A population-based study on awareness of stroke in Turkey. *European Journal of Neurology* 2007; 14: 517-522

Evenson KR, Rosamond WD, Morris DL. Prehospital and in-hospital delays in acute stroke care. *Neuroepidemiology* 2001;20:65-76

Ferro JM, Melo TP, Oliveira V, Crespo M, Canhão P, Pinto AN. An analysis of the admission delay of acute stroke. *Cerebrovasc Dis* 1994; 4: 72-75

Fesci H, Kutlutürkan S, Özer Z. Serebrovasküler Hastalık ve Hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006; 9(2)

Fogelholm R, Murros K, Rissanen A, Ilmavirta M. Factors delaying hospital admission after acute stroke. *Stroke* 1996; 27: 398-400

Folstein MF, Folstein S, Mc Hugh PR. “Mini Mental State” A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12: 189-198

Goldstein LB, Edwards MG, Wood DP. Delay between stroke onset and emergency department evaluation. Neuroepidemiology 2001; 20: 196-200

Goldstein LB, Gradison M. Stroke-related knowledge among patients with Access to medical care in the Stroke Belt. J Stroke Cerebrovasc Dis 1999; 8: 349-352

Gürgen C, Ertan T, Eker E ve ark. Standardize mini mental testin Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2002; 13(4): 273-279

Gürol ME. İnme ünitesinde izlenen hastalarda prognozün nöroloji servisinde izlenen inmeli hastalarla karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi. İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2002

Hacke W, Donnan G, Fieschi C, Kaste M, ve ark. Associations of outcome with early stroke treatment: Pooled analysis of ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA stroke trials. Lancet 2004; 363 (9411) : 768-774

Hakbilir O, Çete Y, Göksu E, Akyol C, Kılıçarslan İ. İnme popülasyonunun demografik özellikleri ve geç acil servis başvurularının yeni tedavi yaklaşımları üzerine etkisi. Turk J Emerg Med 2006; 6(3): 132-138

Handschu R, Poppe R, Rau J, Neundorfer B, Erbguth F. Emergency calls in acute stroke. Stroke 2003; 34: 1005-9

Harper GD, Haigh RA, Potter JF, Castleden CM. Factors delaying hospital admission after stroke in Leicestershire. Stroke 1992; 23: 835-838

Herold KS, Cichon ME, BS, DO, FACOEP, FACEP. Prehospital stroke. Semin Cerebrovasc Dis Stroke 2004; 4: 144-148

Hickey JV, Minton MS. Neuroscience Nursing Practice In a new Millennium. Nursing Clinics Of North America 1999; 34(3): 541-547

Hjelmblick F, Holmström I, Kjeldmand D. Stroke patients' delay of emergency treatment. *Scand J Caring Sci* 2010; 24: 307-311

Inatomi Y, Yonehara T, Hashimoto Y, Hirano T, Uchino M. Pre-hospital delay in the use of intravenous rt-PA for acute ischemic stroke in Japan. *Journal of Neurological Sciences* 2008; 270: 127-132

Johnson M, Bakas TA. Review of barriers to trombolitic therapy: Implications for nursing care in the emergency department. *Journal of Neuroscience Nursing* 2010; 42(2): 88-94

John Perl II, MD and Stephan D Samples, MD. Trombolitic Therapy for Acute Ischemic Stroke. *Techniques in Vascular and Interventional Radiology* 2001; Vol 4(2)

Jorgensen HS, Nakayama H, Reith J, Raaschou HO, Olsen TS. Factors delaying hospital admission in acute stroke: the Copenhagen Stroke Study. *Neurology* 1996; 47: 383-387

Karadakovan A. Sinir Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İzmir, 1.Baskı. Saray Medikal Yayıncılık, 1993: 67-75

Kaya ÇA, Kaya D. İnmenin önlenmesi ve tedavisinde aile hekimlerinin rolü. *Turkish Family Physician* 2010; 1(3): 20-32

Keskin Ö, Kalemoglu M, Ulusoy E, Uzun H, Yıldırım İ. Akut inmeli olgularda hastane öncesi gecikme nedenlerinin irdelenmesi. *Nobel Medicus Online Dergi* <http://www.nobelmedicus.com/contents/200511/14-17.htm>. Erişim: Ağustos 2011

Kıyan S, Öz Saraç M, Ersel M, Aksay E, Yürüktümen A, Musalar E, Çevrim Ö. Acil servise başvuran akut inmeli 124 hastanın geriye yönelik bir yıllık incelemesi. *Akademik Acil Tıp Dergisi* 2009; 8(3): 15-20

Kimura K, Kazui S, Minematsu K, Yamaguchi T, for the Japan Multicenter Stroke Investigators' Collaboration (J-MUSIC). Analysis of 16922 patients with acute ischemic stroke and transient ischemic attack in Japan. *Cerebrovasc Dis* 2004; 18: 47-56

Kitko L, Hupcey JE. Factor that influence health-seeking behaviors of patients experiencing acute stroke. *Journal of Neuroscience Nursing* 2008; 40(6): 333-340

Korkmaz T, Ersoy G, Kutluk K, Erbil B ve ark. İnme semptom veya bulguları ile acil servise başvuran hastaların başvuru zamanlarını etkileyen hastane öncesi faktörlerin değerlendirilmesi. Turk J Emerg Med 2010; 10 (3): 106-111

Kothari R, Barsan W, Brott T, ve ark. Frequency and accuracy of prehospital diagnosis of acute stroke. Stroke 1995; 26(6): 937-941

Kothari R, Jauch E, Broderick J, Brott T, Sauerbeck L, Khoury J, Liu T. Acute stroke: Delays to presentation and emergency department evaluation. Ann Emerg Med January 1999; 33: 3-8

Kothari R, Sauerbeck L, Jauch E, Broderick J, Brott T, Khoury J, Liu T. Patients' awareness of stroke signs, symptoms, and risk factors. Stroke 1997; 28: 1871-1875

Kumral E. İnme Epidemiyolojisi. In Balkan S. Serebrovasküler Hastalıklar. 2.Baskı, Antalya. 2005; 39-45

Kutluk K. Trombolitik tedavi. İskemik inme. İstanbul. Nobel tıp kitapçevleri. 2004; 173-189

Kwan J, Hand P, Sandercock P. A systematic review of barriers to delivery of thrombolysis for acute stroke. Age Ageing 2004; 33: 116-121

Lacy C, Suh D, Bueno M, Kostis J, for the STROKE Collaborative Study Group. Delay in presentation and evaluation for acute stroke: Stroke Time Registry for Outcomes Knowledge and Epidemiology (STROKE). Stroke 2001; 32: 63-69

Larson J, Franzen DA, Billing E ve ark. Spouse's life situation after partner's stroke event: psychometric testing of a questionnaire. Lournal of Advanced Nursing 2005; 50 (2): 300-306

Linn CS, Tsai J, Woo P, Chang H. Prehospital delay and emergency department management of ischemic stroke patients in Taiwan, ROC. Prehosp Emerg Care 1999; 3: 194-200

Mandelzweig L, Goldbourt U, Boyko V, Tanne D. Perceptual, social and behavioral factors associated with delays in seeking medical care in patients with symptoms of acute stroke. *Stroke* 2006; 37: 1248-53

Maureen AS, Katherine MD, Eyal S, Paul GM, Donna KA, Russell VL. Delayed hospital arrival for acute stroke: The Minnesota Stroke Survey. *Ann Intern Med* 1998; 129: 190-196

Maze L, Bakas T. Factors associated with hospital arrival time for stroke patients. *Journal of Neuroscience Nursing* 2004;36(3): 136-155.

Memiş S, Tugrul E, Evci ED, Ergin F. Multiple causes for arrival at hospital in acute stroke patients in Aydın, Turkey. *BMC Neurology* 2008: 8-15

Menon SC, Pandey DK, Morganstern LB. Critical factors in determining access to acute stroke care. *Neurology* 1998; 51: 427-432

Michael KM, Shaughnessy M. Stroke prevention and management in older adults. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2006; 26: 21-26

Miller ET, Spilker J. Readiness to change and brief educational interventions: Successful strategies to Reduce Stroke Risk. *Journal of Neuroscience Nursing* 2003; 35(4): 215- 222

Molloy DW, Standish TI. A guide to the standardized mini mental state examination. *Int Psychogeriatr* 1997; 9(1 Supply): 87-94

Moloczij N, McPherson KM, Smith JF, Kayes NM. Help-seeking at the time of stroke: stroke survivors' perspectives on their decisions. *Health and Social Care in the Community* 2008; 16(5):501-510

Morgenstern LB, Staub L, Chan W, Wein TH, Bartholomew LK, King M ve ark. Improving delivery of acute stroke therapy: The TLL Temple Stroke Foundation Stroke Project. *Stroke* 2002; 33: 160-166

Morris DL, Rosamond W, Madden K, Schultz C, Hamilton S. Prehospital and emergency department delays after acute stroke: the Genentech Stroke Presentation Survey. *Stroke* 2000; 31: 2585-2590

Mosley I, Nicol M, Donnan G, Patrick I, Kerr F, Dewey H. The impact of ambulance practice on acute stroke care. *Stroke* 2007; 38: 2765-2770

Özdemir G, Özbalık D. İntraserebral hemoraji. *Serebrovasküler Hastalıklar*. Antalya. Öncü Basımevi. 2005: 167-173

Özdemir G, Özkan S, Uzuner N, Özdemir Ö, Gücüyener D. Türkiyede beyin damar hastalıkları için majör risk faktörleri Türk çok merkezli stroke çalışması. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi* 2000; 2(2): 31-35

Özdemir G. Serebrovasküler Hastalıklardan Strok'a Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi* 2004; 2(1): 1-15

Öztürk Ş. Serebrovasküler hastalık epidemiyolojisi ve risk faktörleri- Dünya ve Türkiye perspektifi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2009; 13 (1): 51-58

Öztürk V, Yaka E, Uğurel B, Poyraz T, Men S, Kutluk K. Intravenous thrombolysis in acute ischemic stroke. *Journal of Neurological Sciences (Turkish)* 2008; 25(2) : 75-83

Öztürk ZE. İlk inme sonrası saptanan risk faktörlerinin morbitide ve mortalite üzerine etkisi. Uzmanlık Tezi. İstanbul. 2004

Pancioli AM, Broderick J, Kothari R, ve ark. Public perception of stroke warning signs and knowledge of potential risk factors. *JAMA* 1998; 279(16): 1288-1292

Ralph L. Serebrovasküler hastalığın patogenezi, epidemiyolojisi ve sınıflaması. In: Lewis PR. *Merritt's Neurology*. Ankara: Öncü Basımevi. 2006; 11: 275-290

Reginald L, Reginella DO, Todd C, Allison T, April S, Stephen MD. Predictors of stroke during 9-1-1 calls: Opportunities for Improving EMS Response. *Prehospital Emergency Care* 2006; 10: 369-373

Ringleb PA, Bousser MG, Ford G. Guidelines for management of ischemic stroke and transient ischemic attack. *Cerebrovasc Dis* 2008; 25(5): 457-507

Rosalind FY, Cristina ZSJ, Brenda, MM, Michael YO, Robert G. Sources and reasons for delays in the care of acute stroke patients. *Journal of the Neurological Sciences* 2002; 199: 49-54

Rosamond W, Gorton R, Hinn A, Hohenhaus S, Morris D. Rapid response to stroke symptoms: the Delay in Accessing Stroke Healthcare (DASH) Study. *Acad Emerg Med* 1998; 5: 45-51

Schroeder EB, Rosamand WD, Morris DL, ve ark. Determinants of use of emergency medical services in a population with stroke symptoms: the Second Delay in Accessing Stroke Healthcare (DASH II) Study. *Stroke* 2000; 31(11): 2591-2596

Sağlık Bakanlığı, RSHMB, Hıfzıssıhha, Mektebi Müdürlüğü. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması, Hastalık Yüğü Final Raporu.2004. Ankara

Sudlow CL, Warlow CP. Comparing stroke incidence world wide: what makes studies comparable?. *Stroke* 1996; 27 (3): 550-558

Summers D, Leonard A, Wentworth D, Saver JL, Simpson JA, Hock N, Miller E, Mitchell PH. Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary care of the acute ischemic stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. *Stroke* 2009; 40 (8): 2911-44

The National Institute of Neurological Disorders and stroke rt-PA Stroke Study Group. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *N Engl J Med* 1995; 333: 1581-7

The European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack. *Cerebrovasc Dis* 2008; 25: 457-507

Tülek Z, Memiş S. İnme bakımında 2015 yılı hedefleri: Avrupa inme stratejileri (Helsingborg Konsensus Konferansı). *Journal of Turkish Cerebrovasküler Diseases* 2007; 13 (3): 67-73

Türkboyları ŞS. Akut iskemik inmede trombolitik tedavi: Hacettepe Üniversitesi'nde 2000-2008 yılları arasında tedavi edilen 52 hastanın retrospektif analizi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi.Nöroloji Uzmanlık Tezi. Ankara; 2008

Utku U, Çelik Y. İnme etiyoloji, sınıflandırma ve risk faktörleri. In: Balkan S. Serebrovasküler Hastalıklar. 2. Baskı. Antalya: Öncü Basımevi. 2005: 61-67

Wardlaw J, Berge E, Zoppo G, Yamaguchi T. Thrombolysis for acute ischemic stroke. Stroke 2004; 35: 2914-5

Wester P, Radberg J, Lundgren B, ve ark. Factors associated with delayed admission to hospital and in-hospital delays in acute stroke and TIA: a prospective, multicenter study. Seek-Medical-Attention-in-Time Study Group. Stroke 1999;30(1): 40-48

Wein T, Staub L, hickenbottom SL, Chan W, Demchuk A ve ark. Activation of emergency medical services for acute stroke in a nonurban population: The T.L.L. Temple Foundation Stroke Project. Stroke 2000; 31: 925-28

Williams LS, Bruno A, Rouch D, Marriott DJ. Stroke Patients' Knowledge of stroke: Influence on Time to Presentation. Stroke 1997; 28: 912-915

World Health Organization, The Top Ten Causes of Death. 2004. Erişim:Ağustos 2011
http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310_2008.pdf

Yardım N, Bora B, Mollahaliloğlu S. Türkiye Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Çalışması: Hastalık Yükü Hesaplamaları. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 2007; No: 55, p.9-24. Erişim: Ağustos 2011
<http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/55/5501.pdf>

Zerwic J, Hwang SY, Tucco L. Interpretation of symptoms and delay in seeking treatment by patients who have had a stroke: Exploratory study. Heart Lung 2007; 36: 25-34

Zivin JA, Grotta JC. Animal stroke models. They are relevant to human disease. Stroke 1990; 21: 981-98

EK 1 : İnmeli bireylerin özellikleri anket formu

I. a) Demografik özellikleri

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek

3. Sosyal güvenceniz Güvence yok Güvence var

4. Eğitim Düzeyiniz Okur- yazar değil Okur- yazar, İlk-ortaokul Lise -üniversite

5. Medeni durumunuz: Evli Bekar

I. b) Klinik özellikleri

6. Daha önce inme geçirdiniz mi? evet hayır

7. Tansiyon yüksekliğiniz var mı? var yok

8. Kolesterol yüksekliğiniz var mı? var yok

9. Şeker hastalığınız var mı? var yok

10. Ailenizde inme geçiren biri var mı? var yok

11. Sigara kullanımınız var mı? var yok

12. Kalp hastalığınız var mı? var yok

13. Fazla miktarda alkol alımınız var mı? var yok

14. Fazla kilonuz var mı? var yok

15. Başka bir hastalığınız var mı? var yok

16. Belirtilerinizin başlamasından acil servise başvuru anına kadar geçen süre ne kadardır?

ilk 3h 3 ve 6h arası 6 ve 12h arası 12 ve 24h arası 24 ve 48h arası 48 ve üzeri

17. Yaşadığınız ilk belirti nedir?

Duyusal: baş ağrısı baş dönmesi uyuşukluk, vücudun bir tarafında farklı duyma

Konuşma: konuşma bozukluğu konuşamama peltek konuşma

Motor: güçsüzlük dengesizlik/düşme bir tarafta felç yutma güçlüğü

Görme: bulanık görme görme kaybı çift görme

Davranışsal: unutkanlık bir tarafı ihmal etme aktivitelerde güçlük (giyinme, diş fırça...)

Nöbet geçirme: var yok

Bilinç Durumu: bilinç kaybı bilinç bulanıklığı ajitasyon

Diğerleri: yüzde sarkma bulantı kusma bayılma solunum değişikliği

II. Hastane öncesi dönem özellikleri

Birinci bölüm: Belirtilerin tanınması ve tıbbi yardım aramaya karar verme süreci

18. Belirtiler ne zaman başladı? 00.01-6.00 06.01-12.00

12.01-18.00 18.01-24.00 belirtilerle uyandım

19. Belirtileri yaşadığınız da yanınızda birileri var mıydı? evet hayır

20. Belirtileri fark ettiğinizde ne yaptınız/ yaptığınız ilk girişim nedir?

.....

21. Hastaneye gelmeye nasıl karar verdiniz?

.....

22. Belirtileri fark ettikten kaç dakika/ saat sonra hastaneye gelmeye karar verdiniz?

.....

23. Durumunuzun ciddi olabileceğini düşündünüz mü? evet hayır

24. Belirtilerin geçmesini beklediniz mi? evet hayır

25. Belirtileri yaşarken ne ile ilişkili olabileceğini düşündünüz?

.....

İkinci bölüm: Hastaneye transport süreci

26. İkamet ettiğiniz yer? Büyükşehir sınırları içerisinde İlçe

Belde-köy Komşu ilden sevkli

27. Hastaneye gelmeden önce başka bir hastaneye/sağlık kurumuna/aile hekimine başvurduunuz mu? evet hayır

28. Hastaneye gelirken hangi araç ile geldiniz?

Ambulans Ambulans dışı (özel araç, taksi, yürüyerek, otobüs)

29. Hastaneye gelmeye karar verdikten kaç dakika / saat sonra hastaneye ulaştınız?

.....

Üçüncü bölüm: hastaların inmeye yönelik bilgileri

30. Bu olayı yaşamadan önce inmenin ne olduğunu biliyor muydunuz? evet hayır

31. İnmenin acil bir durum olduğunu biliyor musunuz? evet hayır

32. İnme belirtileri ile ilgili bilginiz var mı? evet hayır

33. Evet ise, bilgiyi nereden aldınız?

Medya Arkadaş Eğitim Doktor/ Hemşire

Daha önce inme geçirmiş Çevresinde inme geçiren biri olmuş

34. Öğrendiğiniz belirtiler hangileriydi sayar mısınız?

.....

35. İnmenin risk faktörleri ile ilgili bilginiz var mı? evet hayır

36. Evet ise bildiğiniz risk faktörlerini sayar mısınız?

EK 2: DÜZENLENMİŞ STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST: (5 yıl ve üzeri eğitimlilerde)

Ad Soyad:

Yaş:

Eğitim:yıl

Aktif el: 0. Sağ el 1. Sol el Toplam Puan:

YÖNELİM (Toplam puan 10)

1. Hangi yıl içindeyiz?

.....

2. Hangi mevsimdeyiz?

.....

3. Hangi aydayız?

4. Bu gün ayın kaçı?

.....

5. Hangi gündeyiz?

.....

6. Hangi ülkede yaşıyoruz?

.....

7. Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?

.....

8. Şu an bulunduğunuz semt neresidir?

.....

9. Şu an bulunduğunuz bina neresidir?

.....

10. Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız?

.....

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

11. Size birazdan söyleyeceğim üç kelimeyi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın.

(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan

.....

Bu üç kelimeyi unutmayın, kısa bir süre sonra tekrar hatırlamanızı isteyeceğim.

DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

12. 100'den geriye doğru 3 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.

Her doğru işlem 1 puan (100, 97, 94, 91, 88, 85)

.....

12. "Dünya" kelimesinde bulunan harfleri son harften başlayıp geriye doğru söyleyin.

Her doğru harf 1 puan (A-Y-N-Ü-D)

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

13. Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimelerden hatırladıklarınızı söyleyin.

(Masa, Bayrak, Elbise)

.....

LİSAN (Toplam puan 9)

14. Bu gördüğünüz nesnelere isimleri nedir? (saat, kalem) (20 sn tut) (2 puan)

.....

15. Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin.

"Eğer, fakat, hayır kelimelerini istemiyorum" (10 sn tut) (1 puan)

.....

16. Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın.

"Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, ortadan ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen",

(30 sn tut) (toplam 3 puan-her bir doğru işlem 1 puan)

.....

17. Şimdi size bir yazı vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan)

"GÖZLERİNİZİ KAPATIN"

.....

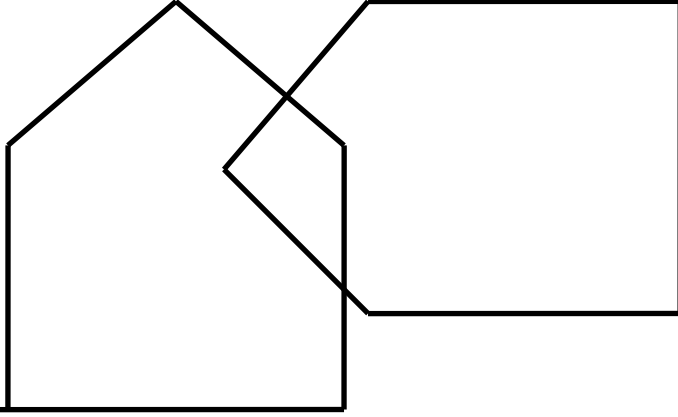
18. Şimdi vereceğim kağıda eviniz, çocuklarınız veya torunlarınız ile ilgili anlamlı bir cümle

yazın (1 puan)

.....

19. Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (60 sn tut) (1 puan)

.....



EK 3: DÜZENLENMİŞ STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST (eğitimsizlerde)

Ad Soyad: _____ Yaş: _____ Eğitim: 0. OYD 1. OY 2. yıl
Aktif el: 0. Sağ el 1. Sol el Toplam Puan:

YÖNELİM (Toplam puan 10)

1. Şu an sabah mı, öğle mi, öğleden sonra mı, akşam mı, gece mi?

.....

2. Bu gün haftanın hangi günündeyiz?

.....

3. Şu an, ayın başlarında mı, ortalarında mı, sonlarında mıyız?

.....

4. Hangi aydayız?

.....

5. Hangi mevsimdeyiz?

.....

6. Yaşadığımız ülkenin başbakanının ismi nedir?

.....

7. Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?

.....

8. Şu an bulunduğunuz semt neresidir?

.....

9. Şu an bulunduğunuz bina neresidir? /Kimin evi?

.....

10. Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız?

.....

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

11. Size birazdan söyleyeceğim üç kelimeyi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın

(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn süre tanınır) Her doğru isim 1 puan

.....

Bu üç kelimeyi unutmayın, kısa bir süre sonra tekrar hatırlamanızı isteyeceğim.

DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

12. Haftanın günlerini Pazar gününden başlayıp geriye doğru söyleyin. Her doğru gün 1 puan

.....

(Pazar, Cumartesi, Cuma, Perşembe, Çarşamba, Salı)

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

13. Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimelerden hatırladıklarınızı söyleyin.

(Masa, Bayrak, Elbise)

.....

LİSAN (Toplam puan 9)

14. Bu gördüğünüz nesnelere isimleri nedir? (saat, kalem) (20 sn tut) (2 puan)

.....

15. Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin.

"Eğer, fakat, hayır kelimelerini istemiyorum" (10 sn tut) (1 puan)

.....

16. Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, ortadan ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen", (30 sn tut) (toplam 3 puan-her bir doğru işlem 1 puan)

.....

17. Şimdi yüzüme bakıp yaptığımı aynen siz de yapın. (gözlerinizi kapatın)

(1 puan)

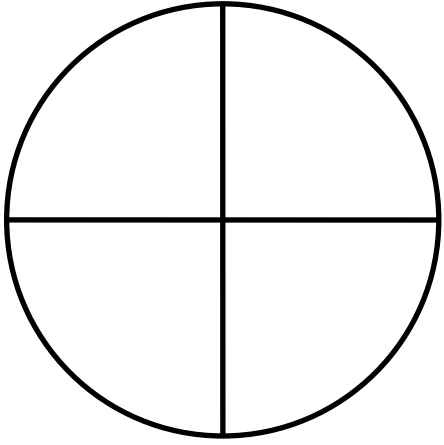
.....

18. Adımı öğrenmek için bana hangi soruyu sorarsınız? (1 puan)

.....

19. Size göstereceğim şeklin aynısını çizin. (1 puan)

.....



EK 4. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışmanın adı ‘‘İnmeli Bireylerin Hastaneye Başvurma Sürelerini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi’’dir’’. İnce geçiren bireylerin hastaneye geç kalma nedenlerini tespit etmek amacıyla planlanmıştır.

Bu çalışma Yüksek lisans tezi olarak yapılacaktır.

Size ilk belirtilerin başlangıcından hastaneye başvuruncaya kadar geçen sürece ilişkin 38 soru sorulacaktır. Görüşme yaklaşık 15 dakika sürecektir. Bu çalışmadan elde edilecek veriler gizli tutularak yalnızca araştırmacı tarafından istatistik amacıyla kullanılacaktır.

Katkılarınız için teşekkürler.

Ben, ‘‘İnmeli Bireylerin Hastaneye Başvurma Sürelerini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi’’ çalışmasının kapsamı ve amacı, gönüllü olarak üzerime düşen sorumluluklar konusunda bilgilendirildim ve çalışmanın amacını, üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve sorduğum sorulara ayrıntılı ve açıklayıcı yanıtlar aldım. Bana çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunluluğum olmadan bırakabileceğim, çalışmayı bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağım konusunda bilgilendirildim.

Bu koşullarda bu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının

Adı Soyadı:.....

İmza:.....

Adres:.....

Telefon:.....

Tarih(gün/ay/yıl):.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının

Adı- Soyadı:.....

İmza:.....

Tarih(gün/ay/yıl):.....

Saygılarımla, Ceylan Tunç

Dokuz Eylül Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

EK 5: SMMDT UYGULAMA KLAVUZU (eğitlimlerde-en az 5 yıl eğitim)

Başlangıç:

Tanışma: Test uygulanana kişinin ad ve soyadının sorulur ve kaydedilir.

Test hakkında kısa bilgi verilmesi: “Hafızanız ile ilgili bir test uygulayacağım, bazı sorular sorup, cevaplamanızı isteyeceğim” tımcesi ile başlanır.

İzin alınır.

İşitme, görme sorunu ve uygulamaya engel başka durumun kontrolü yapılır. Yardımcı cihaz kullanıyorsa test sırasında kullanması sağlanır.

Soru anlaşılmıyor ya da yanıt alınmıyorsa, en çok 3 kez tekrar edilir. Yine de yanıt alınmadı ise, sözel ya da fiziksel ipucu verilmeden bir sonraki soruya geçilir.

Uygulama:

SMMDT “size bazı sorular soracağım. Kendinize göre en iyi yanıtı vermeye çalışın” cümlesi ile başlar.

Soruların soruluşu uygulayıcıya göre değişmez, önceden belirlenmiş şekliyle aynen sorulur.

Her sorunun klinik uygulamaya dayalı kolay anlaşılır bir yönergesi vardır, buna göre yanıtın puanı sorunun yanına kaydedilir.

YÖNELİM

Zaman ve yer yönelimi olmak üzere iki bölümden oluşur Toplam 10 sorunun 5’i zaman 5’i yer yönelimine aittir.

Zaman yönelimi: Küçük zaman bölümden büyük bölüme doğru sorular sorulur.

Her sorunun doğru yanıtı 1 puandır, toplam 5 puandır.

Yer yönelimi: Büyük coğrafik bölümden küçük bölüme doğru sorular sorulur. Her sorunun doğru yanıtı 1 puandır, toplam 5 puandır.

“Hangi yıldayız?”

Doğru yılı bilmelidir. 1 puan verilir. Her yeni yılın ilk haftası içinde test uygulanıyorsa, bir önceki yıl yanıtı da doğru kabul edilir.

“Hangi mevsimdeyiz?”

Mevsim değişimlerine 1 hafta var ise önceki ya da sonraki mevsim doğru kabul edilir, 1 puan verilir.

“Hangi aydayız?”

Ayın son günü ya da ayın ilk günü ise bir önceki ya da sonraki ayı söylenmesi de doğru kabul edilir, 1 puan verilir.

“Bu gün ayın kaçı?”

Doğru günü bilmelidir. 1 puan verilir.

“Hangi gündeyiz?”

Haftanın günü doğru bilmelidir. 1 puan verilir.

“Hangi ülkede yaşıyoruz?”

Yanıt doğru ise 1 puan verilir.

“Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?”

İlin ismini söylemesi durumunda 1 puan verilir. Yanıt verilmediği durumda sorunun tekrarlanmasında “şehir” kelimesi yerine “il, vilayet” kelimeleri ile tekrar edilerek soru sorulur. Eğer test kırsalda uygulanıyor ise sorunun tekrar cümlesi “yaşadığınız yerin bağlı olduğu il/vilayet neresidir?” şeklinde tekrarlanır.

“Şu an bulunduğunuz semt neresidir?”

İlçe, semt, bucak, belde ismini söylemesi doğru kabul edilir 1 puan verilir. Yanıt verilmediği durumda sorunun tekrarlanmasında “semt” kelimesi yerine “ilçe, belediye” kelimeleri ile tekrar edilerek soru sorulur. Eğer test kırsalda uygulanıyor ise sorunun tekrar cümlesi “yaşadığınız yerin bağlı olduğu ilçe/kaza neresidir?” şeklinde tekrarlanır.

“Şu an bulunduğunuz bina neresidir?”

Bir ev ortamında test yapılıyorsa ve yanıt ‘ev’ ise “kimin evidir?” şeklinde soru sorulur. Hastane, sağlık ocağı ve benzeri bir kurumda yapılıyor ise “hangi hastane ya da hangi sağlık ocağı” sorusu ile ismini söylemesi istenir. Doğru yanıt vermesi 1 puandır.

“Şu an bu binada kaçınca kattasınız/binanın hangi odasındasınız?”

Testin yapıldığı yere göre doğru olan soru sorulur, tek katlı binalarda binanın hangi odasında olduğu sorulur. Verilen yanıtta katın yüksekliği doğru olan kat yüksekliği ile 1 kat fark gösteriyorsa, kişinin zemin katı kaçınca kat olarak adlandırdığı sorulur ve bu adlandırmaya göre bulunan katın doğruluğu puanlandırılır. Test hastanede yapılıyorsa ve farklı girişler nedeniyle kat karışıklığı var ise kat yerine ‘hastanenin hangi bölümündeyiz?’ sorusuna verilen doğru yanıtta kabul edilir. Yanıt doğru ise 1 puan verilir.

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

11. “Size birazdan söyleyeceğim üç kelimeyi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın” denir ve 3 kelime söylenir. (Masa, Bayrak, Elbise) Kayıtlamanın tamamlanması için üç kelime 5 kez tekrarlanır. 20 sn süre tanınır. Her doğru isim 1 puan

DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

12. 100'den geriye doğru 3 çıkartarak gidilmesi ve dur deyinceye kadar devam edilmesi istenir. Beş kez çıkarma yaptıktan sonra işlem bitirilir. Yanlış söylenen sayı olunca yanlış söylenen sayı için puan verilmez, yanlış söylediği sayıdan üç çıkararak geriye gitmesinde doğru her basamak için puan verilir.

Her doğru işlem 1 puandır. (100, 97, 94, 91, 88,85)

“Dünya” kelimesinde bulunan harfleri son harften başlayıp geriye doğru saymanızı isteyeceğim. Önce test uygulanan kişiye harfler düz şekilde hecelettirilir (“d,ü,n,y,a”). Sonra işlemi yapması istenir. Yanlış harf söylenince puan verilmez. Yanlış harften sonraki gelen harften devam etmesi durumunda işlemin devamına puan verilir.

Her doğru harf 1 puan (a-y-n-ü-d)

Hesaplama her iki şekilde yapılır, hangisinden daha yüksek puan alırsa, o puan kaydedilir.

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

13. Yukarıda tekrar ettirilen kelimeleri (Masa, Bayrak, Elbise) hatırlaması ve söylemesi istenir. Her doğru kelime için 1 puan verilir.

LİSAN (Toplam puan 9)

Adlandırma

Saat ve kalem gösterilerek adı sorulur. En çok 20 sn beklenir. Doğru her yanıt için 1 puan verilir. Toplam 2 puandır.

Cümle tekrarlama

“Biraz sonra size söyleyeceğim cümleyi dikkatlice dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar ediniz -Eğer, fakat, hayır kelimelerini istemiyorum” denir. En çok 20 sn beklenir. Tam söylenen cümle için 1 puan verilir.

Öncelikle yemeği hangi eli ile yediği gibi basit bir soru ile dominant elin hangisi olduğu öğrenilir. Daha sonra 3 aşamalı her iki eli kullanacağı iş tarif edilir. “Şimdi size bir kağıt vereceğim. İlk olarak kağıdı sağ/sol (nondominant) elinize alınız, sonra kağıdı ikiye katlayınız

ve yere bırakınız.” 3 puandır. Üç işlem tarif edilmiştir, en çok 30 sn beklenir, doğru her işleme 1 puan verilir.

Yazılı emir uygulaması

Boş bir kağıtta yazalı bulunan “Gözlerinizi kapatın” yazısı gösterilir ve yazılı olan emrin yapılması istenir.

Doğru hareket için 1 puan verilir.

Cümle yapılandırma

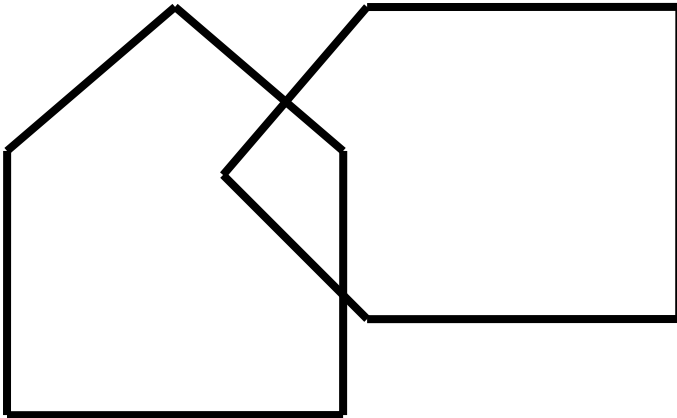
Boş bir kağıt verilerek test uygulanan kişinin kendi yaşantısı ile ilgili-evi, çocuğu vb.-mantıklı bir cümle yazması istenir.

Özne, nesne ve yüklemi olan anlamlı cümle doğru kabul edilir, 1 puan verilir.

Şekil kopyası

Aşağıdaki şekil gösterilerek bakarak verilen boş kağıda çizmesi istenir. 1 dakika beklenir.

Köşe ve kenarları tam iç içe geçmiş iki beşgeni çizmesi durumunda 1 puan verilir.



EK 6: SMMDT UYGULAMA KLAVUZU (eğitimsizlerde)

Başlangıç:

Tanışma: Test uygulanana kişinin ad ve soyadının sorulması, kaydedilmesi.

Test hakkında kısa bilgi verilmesi: “Hafızanız ile ilgili bir test uygulayacağım, bazı sorular sorup, cevaplamanızı isteyeceğim” tımcesi ile başlanır.

İzin alınması:

İşitme, görme sorunu ve uygulamaya engel başka durumun kontrolü yapılır. Yardımcı cihaz kullanıyorsa test sırasında kullanması sağlanır.

Soru anlaşılmıyor ya da yanıt alınmıyorsa, en çok 3 kez tekrar edilir. Yine de yanıt alınmadı ise, sözel ya da fiziksel ipucu verilmeden bir sonraki soruya geçilir.

Uygulama:

SMMDT “size bazı sorular soracağım. Kendinize göre en iyi cevabı vermeye çalışın” tımcesi ile başlar.

Soruların soruluşu uygulayıcıya göre değişmez, önceden belirlenmiş şekliyle aynen sorulur.

Her sorunun klinik uygulamaya dayalı kolay anlaşılır bir yönergesi vardır, buna göre yanıtın puanı sorunun yanına kaydedilir.

YÖNELİM

Zaman yönelimi: Küçük zaman bölümünden büyük bölüme doğru sorular sorulur. Her sorunun doğru yanıtı 1 puandır, toplam 5 puandır.

Yer yönelimi: Büyük coğrafik bölümden küçük bölüme doğru sorular sorulur. (Her sorunun doğru yanıtı 1 puandır, toplam 5 puandır)

“şu an sabah mı, öğle mi, öğleden sonra mı, akşam mı, gece mi?”

Testin uygulandığı zamana yakın zaman doğru kabul edilir, 1 puan verilir. Belirtilen zaman dilimleri dışında bulunulan zamana uygun tanımlama kabul edilir. Örneğin; sabah saat 11:00’de yapılan testte kişi sabah ya da öğlen yanıtları yerine “öğlen vaktine yaklaşıyoruz” diye yanıtladığında doğru kabul edilir.

“Bu gün haftanın hangi günündeyiz?”

Haftanın hangi günü olduğunu bilmelidir. 1 puan verilir.

“şu an ayın başlarında mı, ortalarında mı, sonlarında mıyız?”

1–10= Ayın başı

11–20= Ayın ortası

21–30= Ayın sonu

Üç dilimin geçişlerinde bir gün öncesi ya da sonrası olan zaman dilimi doğru kabul edilir. Örneğin; ayın 10.günü, ayın başı olması gerekirken, ayın ortası yanıtı da doğru kabul edilir, 1 puan verilir.

“Hangi aydayız?”

Bulunulan ayın adını ya da kaçınıcı ay olduğunu bilmesi doğru kabul edilir.

Ayın son günü ya da ayın ilk günü ise bir önceki ya da sonraki ayı söylenmesi de doğru kabul edilir, 1 puan verilir.

“Hangi mevsimdeyiz?”

Mevsim değişimlerine 1 hafta var ise önceki ya da sonraki mevsim doğru kabul edilir, 1 puan verilir. Ayrıca sonbahar ya da ilkbaharda test uygulanıyorsa “bahar” yanıtı doğru kabul edilmez “Hangi bahar” sorusu ile doğru zaman söylenmesi istenir. “Kışa girdiğimiz bahar, kıştan sonraki bahar ya da yaza girdiğimiz bahar” yanıtları doğru zaman diliminde ise kabul edilir.

“Yaşadığımız ülkenin başbakanının ismi nedir?”

Testin yapıldığı dönemde başbakan olan kişinin adını ya da soyadını bilmesi doğru kabul edilir.

“Şu an bulunduğumuz şehir neresidir?”

Şehrin ismini söylemesi durumunda 1 puan verilir. Yanıt verilmediği durumda sorunun tekrarlanmasında “şehir” kelimesi yerine “il, vilayet” kelimeleri ile tekrar edilerek soru sorulur. Eğer test kırsalda uygulanıyor ise sorunun tekrar cümlesi “yaşadığımız yerin bağlı olduğu il/vilayet neresidir?” şeklinde tekrarlanır.

“Şu an bulunduğunuz semt neresidir?”

Semt ismini veya ilçe, bucak, belde ismini söylemesi doğru kabul edilir, 1 puan verilir.

Yanıt verilmediği durumda sorunun tekrarlanmasında “semt” kelimesi yerine “ilçe, belediye” kelimeleri ile tekrar edilerek soru sorulur.

Test kırsal alanda yapılıyorsa “Şu an bulunduğunuz köy neresidir?” şeklinde soru sorulur.

“Bulduğumuz bina neresidir?”

Bir ev ortamında test yapılıyorsa ve yanıt ‘ev’ ise “kimin evidir?” şeklinde soru sorulur. Hastane, sağlık ocağı ve benzeri bir kurumda yapılıyor ise “hangi hastane ya da hangi sağlık ocağı” sorusu ile ismini söylemesi istenir. Doğru yanıt vermesi 1 puandır.

“Şu an bu binada kaçınca kattasınız?”

Testin yapıldığı yere göre doğru olan soru sorulur, tek katlı binalarda binanın hangi odasında olduğu sorulur. Verilen yanıtta katın yüksekliği doğru olan kat yüksekliği ile 1 kat fark gösteriyorsa, kişinin zemin katı kaçınca kat olarak adlandırdığı sorulur ve bu adlandırmaya göre bulunulan katın doğruluğu puanlandırılır. Test hastanede yapılıyorsa ve farklı girişler nedeniyle kat karışıklığı var ise kat yerine ‘hastanenin hangi bölümündeyiz?’ sorusuna verilen doğru yanıtta kabul edilir. Yanıt doğru ise 1 puan verilir.

KAYIT HAFIZASI (Toplam puan 3)

11. “Size birazdan söyleyeceğim üç kelimeyi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın” denir ve 3 kelime söylenir. (Masa, Bayrak, Elbise). Kayıtlamanın tamamlanması için üç kelime 5 kez tekrarlanır. 20 sn süre tanınır. Her doğru isim için 1 puan verilir.

DİKKAT ve HESAP YAPMA (Toplam puan 5)

12. Haftanın günlerini Pazar gününden başlayıp geriye doğru söylemesi istenir. Önce bir örnek geriye sayma yapılır “Pazardan önce Cumartesi gelir, cumartesiden önce hangi gün gelir?” Her doğru gün için 1 puan verilir. Beş gün geriye sayınca işlem bitirilir. Yanlış söylenen gün olunca yanlış söylenen gün için puan verilmez, yanlış söylediği günden önceki günün hangi gün olduğu şeklinde devam edilir.

(Pazar, Cumartesi, Cuma, Perşembe, Çarşamba, Salı)

HATIRLAMA (Toplam puan 3)

13. Yukarıda tekrar ettirilen kelimeleri (Masa, Bayrak, Elbise) hatırlaması ve söylemesi istenir. Her doğru kelime için 1 puan verilir.

LİSAN (Toplam puan 9)

Adlandırma

Saat ve kalem gösterilerek adı sorulur. En çok 20 sn beklenir. Doğru her yanıt için 1 puan verilir. Toplam 2 puandır.

Cümle tekrarlama

“Biraz sonra size söyleyeceğim cümleyi dikkatlice dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar ediniz -Eğer, fakat, hayır kelimelerini istemiyorum” denir. En çok 20 sn beklenir. Tam söylenen cümle için 1 puan verilir.

Öncelikle yemeği hangi eli ile yediği sorularak dominant elin hangisi olduğu öğrenilir. Daha sonra 3 aşamalı her iki eli kullanarak yapacağı tarif edilir. “Şimdi size bir kağıt vereceğim. İlk olarak kağıdı sağ/sol (nondominant olan el) elinize alınız, sonra kağıdı ortadan ikiye katlayınız ve kağıdı yere bırakınız.” 3 puandır. Bu işlem için daha önceden katlanmamış, üzerinde yazı olmayan düz bir kağıt verilir. Üç işlem tarif edilmiştir, en çok 30 sn beklenir, doğru her işleme 1 puan verilir.

Sözlü emir uygulaması

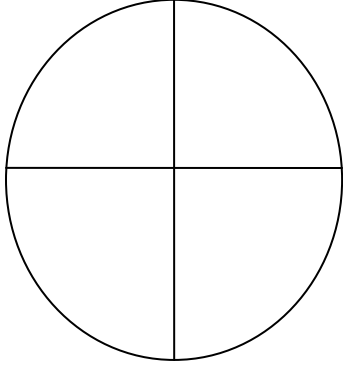
Söylenen işi yapması belirtilir. “Gözlerinizi kapatın” denir ve sözlü emrin yapılması istenir. Doğru hareket için 1 puan verilir.

Cümle yapılandırma

“Adımı öğrenmek için bana hangi soruyu sorarsınız?” denir. Uygun soru tümcesi doğru kabul edilir.

Şekil kopyası (1 puan)

Aşağıdaki şekil gösterilir ve şekle bakarak verilen boş kağıda çizmesi istenir. 1 dakika beklenir.



Daire içinde artı işareti çizmesi doğru kabul edilir.

EK 7: Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Uygulama İzin Yazısı



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ

SAYI: B.30.2.DEÜ.0.H1.70.83 -10
KONU:

BALÇOVA-İZMİR
08/01/2011

10.01.2011*000292

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Ceylan Tunç "İnmeli Bireylerin Hastaneye Başvurma Sürelerini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi" isimli tez çalışmasını belirtilen tarihlerde hastanemizde yapması uygundur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.


Prof.Dr. Evrip HAZAN
Başhekim

Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi 35340 İnciraltı/İZMİR
Tel:+90(232)412 23 15 Faks.+90(232) 259 97 23
E posta:elcin.safyurek@deu.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat:
Hem.Hiz.Müd. Gülay EŞREFGİL

Elektronik ağ:www.deu.edu.tr


08.01.2011

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Kayıt Tarihi: 10-01-2011
Kayıt No: 0132
Sayfa 1/1

EK 8: Ege Üniversitesi Hastanesi Uygulama İzin Yazısı

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi

SAYI : B.30.2EGE. 0.AJ.73.01/H-31
KONU:Ceylan TUNÇ tez çalışması

02.01/2011

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

İLGİ: 9 sayılı ve 03.01.2011 tarihli yazımız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Ceylan TUNÇ'un "İnmeli Bireylerin Hastaneye Başvurma Sürelerini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını Şubat – Mart - Nisan 2011 tarihleri arasında Nöroloji Anabilim Dalında yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr.Necil KÜTÜKÇÜLER
Başhekim



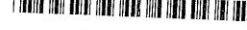
EK 9: İl Sağlık Müdürlüğü Uygulama İzin yazısı

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : B.10.4.ISM.4.35.00.47/ 118
ŞUBE : Kamu Yat.Ted.Kur.Şub.
KONU : Uygulama İzni

T.C.
İzmir Valiliği
İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
(Giden Evrak)
12.01.2011 15:05:42 / 3261
KAMU YATAKLI

Kayıt yapan : AYSE ONCEL



DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi: 03/11/2011 tarih ve 8 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız Müdürlüğümüzce değerlendirilmiş olup, söz konusu uygulamanın adı geçen hastanelerimizde yapılması tarafımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uz. Dr. Ahmet Murat IŞIL
Müdür a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

**EK 10: Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmaları
Değerlendirme Komisyonu Etik Kurul İzin Belgesi**

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI**

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	39-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ <input checked="" type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İnnmeli Bireylerin Hastaneye Başvurma Sürelerini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Yrd.Doç.Dr.Özlem GÜÇÜKGÜÇLÜ Yük.Lis.Öğr.Ceylan TUNÇ
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input checked="" type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2011/03-06	Tarih:31.01.2011
	Yrd.Doç.Dr.Özlem GÜÇÜKGÜÇLÜ'nün sorumlusu Yük.Lis.Öğr.Ceylan TUNÇ'un proje yürütücüsü olduğu "İnmeli Bireylerin Hastaneye Başvurma Sürelerini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurullar Yönetmeliği , İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
----------------------	---

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Ph.D.Besti ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı)	Ph.D.Yüksek Hemşire	DEU Hemşirelik Yüksekokulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Osman AÇIKGÖZ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Ph.D..Z.Candan ALGUN	Ph.D.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekkokulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Ph.D.Zuhal BAHAR	Ph.D. Yüksek Hemşire, Halk Sağlığında doktora	DEU Hemşirelik Yüksekokulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ömer Selahattin TOPALAK	İç Hastalıkları (Gastroenteroloji)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Derya ERÇAL	Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Servet AKAR	İç Hastalıkları (Romatoloji)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.İşıl TEKMEK	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.PhD.Meltem Kutlu GÜRSEL	Hukuk	D.E.Ü Hukuk Fakültesi İdare Hukuku Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

ÖZGEÇMİŞ

İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

CEYLAN TUNÇ

Doğum yılı:	1982
Yazışma Adresi:	575 sok. no:23 daire: 5 Eşrefpaşa İzmir 35270
e-posta:	ceylan.tunc@mynet.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/ Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet yılı
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Hemşirelik Yüksekokulu	Hemşirelik	Lisans	2006

AKADEMİK/MESLEKTE DENEYİM

Kurum Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm/ Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi	Türkiye	İzmir	Nöroloji Kliniği	Hemşire	2006