



**İNME Lİ HASTALARDA TAMAMLAYICI VE  
ALTERNATİF TEDAVİ YÖNTEMLERİNİN  
KULLANIMI**

**Melek YALÇIN ARSLAN  
1168207151**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN: Dr. Öğr. Üyesi Zeynep TOSUN  
Tez No: 2020/82  
2020-TEKİRDAĞ**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**  
**TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İNME Lİ HASTALARDA TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ**  
**YÖNTEMLERİNİN KULLANIMI**

**Melek YALÇIN ARSLAN**  
**1168207151**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Dr. Öğr. Üyesi Zeynep TOSUN**

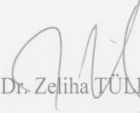
**Tez No: 2020/82**  
**2020-TEKİRDAĞ**

## KABUL ve ONAY

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı  
çerçevesinde Dr. Öğr. Üyesi Zeynep TOSUN danışmanlığında yürütülmüş bu çalışma,  
aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi

13.12.2020

  
Doç. Dr. Zeliha TÜLEK  
İstanbul Üniversitesi  
Jüri Başkanı

Dr. Öğr. Üyesi Zeynep TOSUN

Namık Kemal Üniversitesi

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Nurhan ÖZPANCAR

Namık Kemal Üniversitesi

Üye

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Melek YALÇIN ARSLAN'ın 'İnmeli Hastalarda Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı' başlıklı tezi 13.12.2020.... günü saat 12.00'da Namık Kemal Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

  
Prof. Dr. Nilda TURGUT  
Enstitü Müdürü

## İTHAF

Tüm inme geçiren hastalara ve ailelerine ithaf ediyorum.



## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyiminden faydalandığım, ahlaki yönden örnek aldığım, birlikte çalışmaktan onur duyduğum, tez çalışmam kapsamında bana hiçbir desteğini esirgemeyen değerli danışman hocam sayın Dr. Öğr. Üyesi Zeynep TOSUN'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca beni destekleyen, bilgisini ilgiyle ve güler yüzüyle sunan değerli hocam sayın Dr. Öğr. Üyesi Nurhan ÖZPANCAR 'a,

Eğitim sürecime tüm içtenlik ve samimiyetleriyle her türlü katkıyı sunan değerli hocalarım sayın Öğr. Gör. Dr. Ela YILMAZ COŞKUN'a ve sayın Öğr. Gör. Zeynep YILDIRIM BALKAN'a,

Çalışmam sırasında yardımlarını esirgemeyen Eskişehir Teknik Üniversitesi'nde görevli sayın Arş. Gör. Gültekin ATALIK'a,

Veri toplama sürecinde bana her türlü kolaylığı sunan kurumda görevli saygıdeğer hekim, fizyoterapist, hemşire ve diğer çalışanlara,

Bu süreçte beni destekleyen, anlayış ve sabırlarını eksik etmeyen iş arkadaşlarıma,

Çalışmamı yapabilmem için katkı sağlayan tüm inme geçirmiş hasta ve yakınlarına,

Bütün emeklerinden dolayı annem, babam, kardeşlerime ve bu yolda yürümeme yardımcı olan eşime, varlığıyla bana güç veren canım oğluma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla,

Melek YALÇIN ARSLAN

## ÖZET

**Yalçın Arslan, M., İnmeli Hastalarda Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ, 2020.** Bu çalışma inmeli hastaların tamamlayıcı alternatif tedavi (TAT) kullanım durumunu ve etkileyen faktörleri belirlemek, sağlık personelinin dikkatini bu konuya çekerek hastayı bütüncül olarak değerlendirebilmek amacıyla tanımlayıcı türde planlanmıştır. Araştırma için 01.07.2018-21.12.2018 tarihleri arasında Tekirdağ ilindeki bir hastanenin nöroloji ile fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniklerinde inme tanısı almış 227 hasta ve yakınıyla görüşülmüştür. Veriler ‘Hasta Bilgi Formu’, ‘Barthel İndeksi’ ve ‘Hastalık Algısı Ölçeği’ ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde en az-en çok değerleri, sayı-yüzde, ortalama, Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı, bağımsız örneklem t testi, Ki-kare testi, Levene testi kullanılmıştır. Çalışmadaki inmeli hastaların yaş ortalaması  $67,7 \pm 13,2$  olup, hastaların %44,1’i kadındır. Hastaların TAT kullanım oranı; yöntemler arasına dua dahil edildiğinde %85,5, dahil edilmediğinde %51,5 olarak saptanmıştır. Hastaların %74,2’si TAT kullanımına dair sağlık personelinin bilgilendirmemekte, bu hastaların %68,8’i tedaviyi etkilemediğini düşünerek bilgilendirmeyi ‘gereksiz’ görmektedir. Hastaların %58,3’ü TAT kullanımına dair öneriyi arkadaş/aileden almışlardır. İki hasta TAT kullanımından zarar gördüğünü ifade etmiştir. Kadınların, gelir düzeyini ‘kötü’ algılayanların, inme rehabilitasyonuna devam edenlerin, rekürren inme geçirenlerin, bulantı yakınması olanların, Barthel İndeksine göre orta düzeyde bağımlı olanların daha fazla TAT kullandıkları belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). TAT kullanımına göre hastalık hakkındaki görüşlere ait; kişisel kontrol, tedavi kontrolü, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller alt başlıklarında fark saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). İnmenin olası nedenlerini bağışıklık ile ilişkilendirme TAT kullanan hastalarda daha fazla bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Sonuç olarak TAT kullanımı inme geçiren hastalar arasında oldukça yaygın olup, rehabilitasyonu sürdürmeyi olumsuz etkilememektedir. Tedavinin aksamaması, TAT kullanımı ile etkileşmemesi için hastaların TAT kullanımı yönünden sorgulanması ve kanıta dayalı yönlendirmelerin yapılması ile karşılaşılabileceği olası risklerin azaltılması önemlidir. **Anahtar**

**Kelimeler:** İnme, Tamamlayıcı Alternatif Tedavi, Barthel İndeksi, Hastalık Algısı Ölçeği



## ABSTRACT

**Yalçın Arslan, M. The Use of Complementary And Alternative Therapy Methods in Patients with Stroke, Tekirdag Namik Kemal University Institute of Health Sciences Department of Internal Medicine Nursing Master's Thesis, Tekirdağ, 2020.** This study was planned in a distinguishable type in order to determine the status of complementary alternative treatment use and the factors affecting the patients with stroke, and to evaluate the patient holistically by drawing the attention of the health personnel to this subject. For the study, between 01.07.2018-21.12.2018, 227 patients and their relatives who were diagnosed with stroke were interviewed in the neurology and physical therapy and rehabilitation outpatient clinics of a hospital in Tekirdağ province. The data were collected with 'Patient Information Form', 'Barthel Index' and 'Disease Perception Scale'. In the evaluation of the data, minimum-maximum values, number-percent, mean, Cronbach Alpha reliability coefficient, independent sample t-test, Chi-square test, and Levene's test were used. The mean age of the patients with stroke in the study is  $67.7 \pm 13.2$  years and 44.1% of the patients were female. The rate of Use of CAM in patients; 85.5% when prayer was included and 51.5% when not included. 74.2% of patients do not inform the health personnel about the use of CAM, and 68.8% of these patients consider information to be 'unnecessary' in the belief that it does not affect the treatment. 58.3% of patients received the recommendation on the use of CAM through friends/family. Two patients were harmed by the use of CAM. It has been determined that women, those who perceive income levels as 'poor', those who continue the rehabilitation process for stroke, those who have recurrent strokes, those who have nausea, and those who are moderately dependent according to the Barthel index use more CAM ( $p < 0,05$ ). It's based on opinions about the disease; there was a difference between personal control, treatment control, duration (cyclical) and emotional representations subheadings and the use of CAM ( $p < 0,05$ ). The possible causes of stroke were found to be more in patients using CAM to associate with immunity ( $p < 0,05$ ). Consequently, the use of CAM is quite common among patients with stroke and does not adversely affect the continuation of the rehabilitation



process. In order to prevent treatment from being disrupted, to prevent interaction with the use of CAM, it is important to question the patients in terms of CAM usage and to reduce the possible risks that they may face with evidence-based guidance.

**Keywords:** Stroke, Complementary Alternative Therapy, Barthel Index, Disease Perception Scale



**İÇİNDEKİLER**

	Sayfa
KABUL ve ONAY	iv
İTHAF	xi
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	ix
İÇİNDEKİLER	xi
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	xiv
ŞEKİLLER DİZİNİ	xv
TABLOLAR DİZİNİ	xvi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. İnme Tanımı	3
2.2. İnme Epidemiyolojisi	3
2.3. İnme Tipleri ve Etyolojisi	3
2.3.1. İskemik İnme	4
2.3.2. Hemorajik İnme	6
2.4. İnme Risk Faktörleri	6
2.4.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	6
2.4.2. Değiştirilebilir Risk Faktörleri	7
2.4.2.1. Kesinleşmiş Risk Faktörleri	7
2.4.2.2. Kesinleşmemiş Risk Faktörleri	11
2.5. İnme Belirti ve Bulguları	14
2.6. Prognoz	15
2.7. İnme Tanı	16
2.8. İnme Tedavisi	16
2.8.1. Tıbbi Yaklaşım	16
2.8.2. İnmede Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yaklaşımı	19
2.8.2.1. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanılma Nedenleri	22
2.8.2.2. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanılmasında	

Hemşirenin Rolü	23
2.8.3. İnmede Hastalık Algısının Tedaviye Etkisi	25
2.9. İnme Komplikasyonları	26
2.10. İnme Rehabilitasyonu	28
3. GEREÇ ve YÖNTEM	31
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	31
3.2. Araştırmanın Soruları	31
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	31
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	31
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	31
3.6. Veri Toplama Araçları	32
3.6.1. Hasta Bilgi Formu (EK 1)	32
3.6.2. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi-Bİ (EK 2)	32
3.6.3. Hastalık Algısı Ölçeği-HAÖ (EK 3)	32
3.7. Veri Toplama Yöntem ve Süreci	34
3.8. Verilerin Analizi	34
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	35
3.10. Araştırmanın Güçlükleri	35
3.11. Araştırmanın Etik Yönü	35
4. BULGULAR	36
4.1. İnmeli Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	36
4.2. Hastalık Özellikleri	38
4.3. İnmeli Hastaların Fonksiyonel Durumuna Ait Özellikleri	41
4.4. İnme Hastalarının Hastalık Algıları	44
4.5. İnme Hastalarının TAT Kullanımı	46
4.6. İnmeli Hastaların TAT Kullanımına İlişkin Görüşleri	50
4.7. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre TAT Kullanımı	52
4.8. Hastalık Özelliklerine Göre TAT Kullanımı	54
4.9. Hastaların Fonksiyonel Durumuna Göre TAT Kullanımı	57
4.10. Hastalık Algısına Göre TAT Kullanımı	58
4.11. Hastalık Hakkındaki Görüşlere Göre TAT Kullanımı	61

4.12.	Hastalığın Olası Nedenlerine Göre TAT Kullanımı	62
5.	TARTIŞMA	63
5.1.	İnmeli Hastalarda TAT Kullanma Oranları	63
5.2.	İnmeli Hastaların TAT Kullanımına İlişkin Özellikleri	64
5.3.	İnmeli Hastaların TAT Kullanımına İlişkin Görüşleri	67
5.4.	Hasta Özelliklerine Göre TAT Kullanımı	69
5.5.	Hastalık Özelliklerine Göre TAT Kullanımı	71
5.6.	Hastaların Fonksiyonel Durumuna Göre TAT Kullanımı	75
5.7.	Hastalık Algısına Göre TAT Kullanımı	75
6.	SONUÇ ve ÖNERİLER	78
	KAYNAKLAR	82
	EKLER	89
	EK 1- Hasta Bilgi Formu	
	Ek 2- Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi-Bİ	
	Ek 3- Hastalık Algısı Ölçeği-HAÖ	
	Ek 4- Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	
	Ek 5- Etik Kurul İzni	
	Ek 6- Kurum İzni	
	Ek 7- Beyan	
	Ek 8- Özgeçmiş	

## SİMGELER ve KISALTMALAR

AF	Atriyal Fibrilasyon
AHA	American Heart Association
ASA	American Stroke Association
ASA	Asetilsalisilikasit
Bİ	Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi
CDC	ABD Hastalık Kontrol Merkezi
CPAP	Continious Positive Airway Pressure
DASH	Dietary Approaches to Stop Hypertension
EKG	Elektrokardiyografi
GİA	Geçici İskemik Atak
HAÖ	Hastalık Algısı Ölçeği
HDL	High Density Lipoprotein
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
INR	International Normalized Ratio
MI	Myokard Infarktüsü
NIHSS	National Institute of Health Stroke Scale
NHIS	The National Health Interview Survey
PEG	Perkütan Endoskopik Gastrostomi
rtPA	Rekombinant Doku Plazminojen Aktivatörü
TAT	Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi
TL	Türk Lirası
TOAST	Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	World Health Organization

**ŞEKİLLER**

Şekil 4.5.1. İnmeli hastaların TAT kullanım oranları

46



**TABLolar**

Tablo 4.1	İnmeli hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı	37
Tablo 4.2	Hastalık özelliklerinin dağılımı	39
Tablo 4.3	İnme hastalarının fonksiyonel durumlarının dağılımı	42
Tablo 4.4	Hastaların hastalık algıları dağılımı	45
Tablo 4.5	İnmeli hastaların TAT kullanımına ilişkin özellikleri	48
Tablo 4.6	TAT kullanan inmeli hastaların TAT kullanımına ilişkin görüşleri	51
Tablo 4.7	Hasta özelliklerine göre TAT kullanımı	53
Tablo 4.8	Hastalık özelliklerine göre TAT kullanımı	55
Tablo 4.9	Fonksiyonel duruma göre TAT kullanımı	57
Tablo 4.10	Hastaların HAÖ'nin hastalık tipi alt boyutuna göre TAT kullanımı	59
Tablo 4.11	Hastaların HAÖ'nin hastalık hakkındaki görüşler alt boyutuna göre TAT kullanımı	61
Tablo 4.12	Hastaların HAÖ'nin hastalık nedenleri alt boyutuna göre TAT kullanımı	62

## 1. GİRİŞ

### 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnme sık görülen, görülme sıklığı giderek artan, önemli bir bölümü önlenabilir nedenlere bağlı olan ciddi bir sağlık sorunudur. ABD’de 18 yaş üzeri bireylerde inme prevalansı %2,7 olup, her yıl 795 bin kişi inme geçirmekte ve bunların yaklaşık %23,2'sini tekrarlayan inme vakaları oluşturmaktadır (AHA Heart Disease and Stroke Statistics-2018 Update). Türkiye’de inme ile ilgili epidemiyolojik çalışmalar oldukça az sayıda olup, ulusal çalışma bulunmamaktadır. Bölgesel yürütülen sınırlı sayıdaki çalışmada inme prevalansı %0,9 ile 4,1 arasında değişmektedir (Köseoğlu Toksoy ve diğ. 2018, Şensöz ve diğ. 2018, Türk Börü ve diğ. 2018, Öncel ve diğ. 2014).

Yüksek görülme sıklığının yanısıra, hastalığa bağlı ölüm ve sakatlık oranlarının da fazla olması inmenin önemini daha da arttırmaktadır (AHA Heart Disease and Stroke Statistics-2018 Update, Feigin ve diğ. 2015). İnme tüm dünyada ikinci sırada gelen ölüm nedeni, üçüncü sırada disabilite nedeni olarak kabul edilmektedir (Feigin ve diğ. 2015).

Türkiye’de Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yayınlanan ölüm nedenleri istatistiklerinde, ölüm nedenlerinin ilk sırasında %38,4 ile dolaşım sistemi hastalıklarının geldiği ve serebrovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin bu oranın %22,4’ünden sorumlu olduğu bildirilmiştir (TÜİK 2018).

İnme sonrası hayatta kalanlar için de fonksiyonel kapasitenin oldukça sınırlı olabildiği zor bir süreç başlamaktadır. Disabilite uzun süre devam etmekte, inme sonrasında sıkça karşılaşılan hemiparezi, hemipleji, dizartri, disfaji, idrar ve bağırsak inkontinansı gibi çeşitli sorunlar yaşam kalitesini uzun vadeli etkileyebilmektedir (Ali ve diğ. 2015). Hastalar, inme sonrasında özürlülük oranının fazla olması ve tıbbi tedaviden iyi sonuç alınmadığı düşüncesiyle çeşitli arayışlara yönelebilmektedir. Bu arayışlardan biri de TAT (tamamlayıcı ve alternatif tedavi) kullanımınıdır.

İnme geçiren hastaların tıbbi tedaviden istenilen düzeyde sonuç alınamaması durumunda iyileşme ve sağlıklı yaşamlarına dönme umuduyla TAT kullanımına yöneldikleri belirtilmiştir (Hsieh ve diğ. 2018). İnme geçiren hastaların artrit,



solunum rahatsızlıkları, diyabet, obezite, kalp hastalıkları ve kanser tanılı hastalara göre daha fazla bitkisel desteklere başvurduğu yapılan bir çalışmada vurgulanmıştır (Rashrash ve diğ. 2017).

Hastalar TAT yöntemlerine genellikle semptomları azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmak için başvurmaktadır. Kullanılan TAT yöntemlerinin amacına ulaşabilmesi, hastanın zarar görmemesi ve suistimale uğramaması için sağlık çalışanlarının konu ile ilgili bilgi sahibi olması ve hastalara uygun danışmanlık yapması gerekmektedir (Ovayolu ve Ovayolu 2013). TAT kullanan hastaların tıbbi tedavileri bazen sekteye uğrayabilmekte, tedavi süreci aksayabilmektedir. Sağlık personelinin yargılayıcı olmadan hastayı TAT kullanımına yönelik sorgulaması ve gerekli ise TAT uygulamalarının yapıldığı sağlık kurumlarına yönlendirilmesi gerekmektedir (Ali ve diğ. 2015).

Kültürel yapının TAT kullanımında önemli bir belirleyici olması sebebiyle bölgesel çalışmalara da ihtiyaç duyulmaktadır (Kütmeç Yılmaz ve diğ. 2017).

Bu kaynakların ışığında; çalışmamızda, bölgemizdeki inmeli hastaların TAT kullanım durumlarının ve TAT kullanımlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, olası yan etkilerin ortaya çıkmadan önlenmesi, sağlık çalışanlarının dikkatinin bu konuya çekilerek farkındalığın artırılması amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. İnme Tanımı

Beyin damarlarında meydana gelen bir kanama ya da beyin damarını tıkayan bir embolinin varlığı, beyine giden kan akımının kesilmesine yol açar. Oksijenlenemeyen ve beslenemeyen beyin dokusunda hasar oluşur. İnme adı verilen tablo ortaya çıkar. Beynin hangi bölümü etkilendiyse, etkilenen bölümün kontrolüne ait fonksiyonlarda azalma ya da kayıplar görülebilir. Beyindeki ciddi bir etkilenme ani ölümle dahi sonuçlanabilir (WHO Cardiovascular Diseases). Beyin krizi olarak da adlandırılan inme, dünya genelinde her yıl 15 milyon insanı etkilemektedir. Beş milyon kişinin ölümüne neden olurken, beş milyon kişide de kalıcı sekel bırakmaktadır. Bu yönüyle ailelere ve topluma oldukça fazla yük getirmektedir (WHO Global Burden Of Stroke).

### 2.2. İnme Epidemiyolojisi

İNME insidansı, prevalansı ve mortalite oranları bölgesel olarak değişiklik gösterebilmektedir. Yapılan kapsamlı bir çalışma inme prevalansının gelişmekte olan ülkelerde yüksek, ABD gibi gelişmiş ülkelerde düşük olduğunu ortaya koymaktadır (Feigin ve diğ. 2015). Dünya nüfusunun yaklaşık %60'ını oluşturan Asya'da inmeye bağlı ölüm oranı Japonya'da (43,4/100000 kişi) en düşükken, Moğolistan'da (222,6/100000 kişi) en yüksektir (Venketasubramanian ve diğ. 2017). Ülkemizde yapılan bir çalışmada inme açısından Karadeniz ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinin en yüksek, Marmara bölgesinin en düşük risk oranına sahip olduğu ifade edilmektedir (Kabakcı ve diğ. 2006).

İNME tedavisinin uzun süreli olması ve yüksek maliyet gerektirmesi göz önüne alındığında inme oluşumuna zemin hazırlayan faktörlerin üzerinde durulması önem arz etmektedir (WHO Deats from Stroke).

### 2.3. İnme Tipleri ve Etyolojisi

Beyine giden kan akımını engelleyen iki ana neden vardır. Kan akımı beyin damarlarında meydana gelen tıkanıklık nedeniyle oluşmuşsa iskemik inme adını alır. Eğer kan akımı damarın yırtılarak kanaması nedeniyle bozulmuşsa hemorajik inme adını alır (ASA Types of Stroke). Özellikle düşmeye bağlı oluşan travmalarda

epidural ve subdural hematomlar oluşabilir. Bunlar beynin dışına olan kanamalar olarak tanımlandıkları ve travma kaynaklı oldukları için inme olarak kabul edilmezler (İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2016).

Ölüm nedenleri arasında ikinci, engellilik ve iş gücü kaybı nedenleri arasında ilk sırada yer alan serebrovasküler hastalıkların etiyojisinin bilinmesi risk faktörlerinin yönetimi açısından son derece önemlidir (Demirci Şahin ve diğ. 2015).

### **2.3.1. İskemik İnme**

İskemik inme tüm inmelerin yaklaşık %87'sinden sorumludur. Beynin kanlanmasını sağlayan damarlarda tıkanıklık gelişmesi sonucu görülür. Bu tıkanıklığın nedeni genelde damar duvarına yapışan yağ birikintileridir. İki şekilde tıkanıklığa sebep olur. Beyin damarlarında oluşan trombus nedeniyle meydana gelen tıkanmaya serebral tromboz adı verilir. Bir de serebral emboli denilen aslında başka bir bölgede (genelde kalp ve akciğer) oluşan trombusun dolaşım sistemi ile beyine taşınarak buradaki damarları tıkanması sonucunda görülür. Serebral embolide ana neden kalbin düzensiz bir atım şekli olan atrial fibrilasyondur (ASA Types of Stroke).

Günümüzün gelişmiş teknolojilerine rağmen inme etyoloji ve mekanizmalarının anlaşılmasına yönelik eksiklikler hala mevcuttur. Geçerlilikleri ve güvenilirlikleri ile ilgili soru işaretleri barındıran özellikle son yirmi yıl içinde ortaya çıkmış birçok iskemik sınıflama sistemi bulunmaktadır. Ancak önemli olan dünya çapında geçerli olan ve ortak bir dille hareket etmeyi sağlayan türlerin varlığıdır (Radu ve diğ. 2017).

İskemik inme yaygın olarak kullanılan TOAST sınıflaması ile etiyojistik açıdan 5 kategoride toplanmıştır:

1-Büyük arter stenozu: Beyin veya boyun damarlarında %50'nin üzerinde görülen stenoz ya da oklüzyon kaynaklıdır. Beyin sapı ya da beyincik disfonksiyonuna veya afazi, motor bozukluklar gibi beynin kortikal işlev kaybına ait belirtiler verir. Kardiyak nedenler dışlanmalıdır.

2-Kardiyak emboli: Kalpte meydana gelen bir emboliye bağlı olarak geliştiği dūřünölür. Tromboz ya da embolinin büyük arter stenozuna bağlı olabileceği dışlanmalıdır.

3-Küçük arter tıkanıklığı: Laküner infarkt olarak da tanımlanır ve tıkanıklık %50'nin altındadır. Kliniğe laküner sendromlardan biri eşlik ederken serebral kortikal disfonksiyon belirtileri görülmez. Hipertansiyon ya da diyabetes mellitus hastalıklarından herhangi birinin varlığı tanıyı destekler. Büyük arter stenozu ve kardiyak emboli dışlanmalıdır.

4-Bilinen bir başka sebepten kaynaklı akut inme: Hematolojik bozukluklar, hiperkoagülabilitate ya da aterosklerotik olmayan vaskülopati gibi nadir görülen inme nedenlerini içerir. Tanı için diğer tüm nedenler dışlanmalıdır.

5-Sebebi bilinmeyen inme: İnmenin nedeni tam olarak belirlenememiştir ve diğer tanı başlıklarının altında yer almadığı durumları içerir (Adams ve diğ. 1993).

Geçici İskemik Atak (GİA): Mini vuruş olarak isimlenmesine rağmen aslında inme için büyük bir uyarıcı niteliği taşır. Beynin kan akımı geçici olarak engellendiği için kalıcı hasar bırakmaz. Bu yönüyle ihmale açıktır. Hasar oranı beyinde etkilenen damarın lokalizasyonuna ve dokunun kanlanması engellendiği süreye bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Beyindeki emboli veya tıkanma nedeniyle görülür. Genellikle 5 dakika içinde vücudun verdiği tepki ile emboli çözölür ve tıkanıklık durumu ortadan kalkar. İleri yaş, sigara içmek, diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar GİA riskini arttırmaktadır (ASA Types of Stroke).

Geçirilen tüm inmelerin yaklaşık %15'inde öncesinde geçirilmiş GİA öyküsü bulunmaktadır. İskemik inme geçirenlerin %7 ila %40'ı öncesinde GİA yaşadığını ifade etmektedir. GİA geçirenlerin yaklaşık %30'u bir yıl içerisinde inme geçirmektedir. GİA tanısı alanların %25'i bir yıl içinde yaşamını kaybetmektedir. Amerika'da her yıl yaklaşık 240 bin kişi GİA tanısı almaktadır (ASA Types of Stroke).

### 2.3.2. Hemorajik İnme

Hemorajik inme tüm inmelerin yaklaşık %13'ünden sorumludur. Genellikle arteriyovenöz malformasyonlar ve anevrizmalar beyin damarlarının zayıflamasına neden olur. Zayıflayan beyin damarı zamanla parçalanarak kanamaya neden olabilir. Kanamayla birlikte beyin dokusuna kan sızarak buradaki dokulara baskı yapar. Lokalizasyonuna göre intraserebral kanama veya subaraknoid kanama olarak iki şekilde karşımıza çıkar (ASA Types of Stroke). Spontan intraserebral kanamanın en önemli nedeni kontrol altına alınamamış hipertansiyondur (Gombet ve diğ. 2013).

### 2.4. İnme Risk Faktörleri

Amerikan Kalp Birliği/Amerikan İnme Derneği (American Heart Association/American Stroke Association- AHA/ASA)'ne ait inmeyi önleme kılavuzunda risk faktörlerinin bilinmesi ve onlara uygun önlemlerin alınması önerilmiştir. Risk faktörleri değiştirilemeyen ve değiştirilebilen faktörler olarak iki ana başlık altında toplanmıştır (AHA/ASA Guidelines for the Primary Prevention of Stroke 2014). Aynı derneklerin inme ile birlikte GİA'yı da kapsayan önleme kılavuzu mevcuttur (AHA/ASA Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack 2014). İnme risk faktörleri, Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği tarafından 2016 yılında yayınlanan İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzunda da çeşitli yönleri ile ele alınmıştır (İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2016). Bu kanıtlar ışığında risk faktörleri aşağıdaki şekilde gruplanmıştır.

#### 2.4.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

- Yaş

Yaşa bağlı olarak damar yapısında meydana gelen aterosklerotik oluşumlar ve hasarlar inme riskini arttırabilir. Yine yaşa bağlı olarak artan sedanter yaşam, hiperlipidemi, hipertansiyon, diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar inme için risk faktörü oluşturabilir (Demirci Şahin ve diğ. 2015). Yapılan bir çalışmada inmenin 45 yaş altında görülme oranı %5,2 ve 45 yaş üstünde görülme oranı %94,8 olarak saptanmıştır. İskemik inmeli hastalardan 45 yaş üstündekilerin mortalite oranının 45 yaş altındakilere göre daha yüksek olduğu ve rekürren inmenin her iki grup açısından da belirleyici olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Özer ve diğ. 2015).

- **Düşük doğum ağırlığı**

Düşük doğum ağırlığına sahip kişilerin 50 yaşa kadar; kalp rahatsızlıkları, MI (Myokard Infarktüsü) ve inme geçirme olasılığının normal doğum ağırlığı ile doğmuş bireylere göre daha fazla olduğu saptanmıştır (Johnson ve diğ. 2011).

- **Genetik Faktörler**

Hastaların %35'inde hala iskemik inmenin oluşum nedeni belirlenmemektedir. Tanılama işlemi sırasında ailede benzer rahatsızlık geçirenlerin olup olmadığını sorgulamak faydalı olabilir (sınıf IIa; kanıt düzeyi A); (AHA/ASA Guidelines for the Primary Prevention of Stroke 2014). Ender rastlanan genetik sendromlardan olan Robinow ve Marfan sendromlarının inme etiolojisinde rol oynayabileceği düşünülmektedir (Kılıç Çoban ve diğ. 2015).

- **Cinsiyet**

Literatürde yapılan birçok farklı çalışmada inme geçirmenin cinsiyetten etkilenmediği sonucuna ulaşılmış olsa da (Demirci Şahin ve diğ. 2015, Özer ve diğ. 2015), kadınlarda erkeklere kıyasla inme geçirme riskinin daha fazla olduğunu ifade eden çalışmaya da rastlanmıştır (Dash ve diğ. 2014).

## 2.4.2. Değiştirilebilir Risk Faktörleri

### 2.4.2.1. Kesinleşmiş Risk Faktörleri

- **Hipertansiyon**

Hipertansiyonun iskemik inmeye kıyasla intraserebral hemoraji ile daha fazla ilişkili olduğu belirtilmektedir (O'Donnell ve diğ. 2016). İnmenin genelde önlenebilir nedenlere bağlı olarak görüldüğü ve alınacak önlemler sayesinde görülme sıklığının azaltılabileceği düşünülmektedir (Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması Sonuçları ve Çözüm Önerileri 2017, WHO Global Burden Of Stroke).

Türkiye'de hipertansiyon hastalarının büyük çoğunluğu antihipertansif tedavi kullanıyor olmasına rağmen inme yönünden risk altındadır (Kabakcı ve diğ. 2006). Hastalara düzenli olarak; kan basıncı takibi (140/90 mmHg sınırını geçmemeli), gerekirse obezite gibi risk faktörlerini gözden geçirilmesi ve ilaç kullanımı tavsiye

edilir (İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2016, AHA/ASA Guidelines for the Primary Prevention of Stroke 2014).

- **Diyabetes Mellitus**

Diyabet hemorajik inmeden çok iskemik inme ile ilişkilendirilir (O'Donnell ve diğ. 2016). Özellikle iskemik inmede diyabetin süresi önem taşır. Diyabeti olmayan kişilere kıyasla diyabetli kişilerde inme görülme riski her yıl %3 oranında artar. Özellikle 10 yılı aşkın süredir diyabet tanısına sahip bireyler yüksek risk altındadır (Banerje ve diğ. 2012). Hastalara kan şekeri ile birlikte tansiyonunu da kontrol altında tutması önerilir (sınıf I; kanıt düzeyi A); AHA/ASA Guidelines for the Primary Prevention of Stroke 2014).

- **Dislipidemi**

İskemik inmenin ana nedeni yağların damar duvarına yapışarak birikmesi ve damar çapını tıkanmasıdır (ASA Types of Stroke). Yapılan çalışmalar genel olarak total kolesterol seviyesinin artmasını iskemik inme ile ilişkilendirirken, düşük düzeyleri beyin kanaması için risk faktörü olarak gösterir (AHA/ASA Guidelines for the Primary Prevention of Stroke 2014). Hastaların kan lipid seviyelerinin kontrendike değilse özellikle statin içeren tedavi ile kontrol altında tutulması önerilir (İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2016, AHA/ASA Guidelines for the Primary Prevention of Stroke 2014, AHA/ASA Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack 2014).

- **Sigara Kullanımı**

Sigara kullanmanın inme riskini arttırdığı ortaya konulmuş olup, sigaranın bırakılması, mümkünse hiç başlanmaması tavsiye edilmektedir (İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2016, AHA/ASA Guidelines for the Primary Prevention of Stroke 2014). Toplum genelinde uygulanan sigara yasakları ve sigarayı bırakma çalışmaları ile inme ve miyokard enfarktüsü riskinin azaldığı tespit edilmiştir (Sınıf IIa; kanıt düzeyi B); (AHA/ASA Guidelines for the Primary Prevention of Stroke 2014).

İnmeye bağlı 65 yaş altında görülen ölümlerin beşte ikisi sigara ile ilişkilendirilir (WHO Deats from Stroke).

Günlük tüketilen sigara miktarındaki artışın kademeli olarak inme riskini de arttırdığı gözlenmiştir (O'Donnell ve diğ. 2016).

- **Fiziksel İnaktivite**

Kanıtlar fiziksel aktiviteyi arttırmanın inme riskini azalttığını ortaya koymaktadır (İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2016, AHA/ASA Guidelines for the Primary Prevention of Stroke 2014, AHA/ASA Guidelines for the Primary Prevention of Stroke 2014).

- **Diyet ve Beslenme Alışkanlıkları**

Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda inme riskinin birçok besinle ilişkisinin olduğu ifade edilmektedir. Tam tahıllı besinlerden, biyoaktif bileşenlerden ve posa yönünden zengin bir diyeti tercih edip, işlenmiş et ürünleri ve kırmızı et tüketimini sınırlamak birçok kronik hastalığın yanı sıra inme riskini de azaltabilir (Koyu ve diğ. 2016).

Sodyum tüketimini azaltmak ve potasyum tüketimini arttırmak kan basıncını düşürebilir (sınıf I; kanıt düzeyi A). Hipertansiyonu kontrol altına alabilmek için beslenme yaklaşımları (DASH) diyetine uygun olarak doymuş yağların alımının azaltılması ayrıca meyve, sebze ve az yağlı süt ürünlerinin tercih edilmesi önerilir (sınıf I; kanıt düzeyi B). Ceviz ve fındıkla zenginleştirilmiş akdeniz diyetini uygulamak inme görülme riskini azaltabilir (sınıf IIa; kanıt düzeyi B); (AHA/ASA Guidelines for the Primary Prevention of Stroke 2014).

- **Obezite ve vücut yağ dağılımı**

Kilo alımının özellikle iskemik inmeyi arttırdığı yönünde kanıtların bulunmasına rağmen bazı noktalar belirsizliğini korumaktadır (AHA/ASA Guidelines for the Primary Prevention of Stroke 2014). Risk altındaki hastalara hem kardiyak faydaları hem de inmeyi önlemek amacıyla kilo vermeleri önerilmektedir (İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2016, AHA/ASA Guidelines for the Primary Prevention of Stroke 2014, AHA/ASA Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With stroke and Transient Ischemic Attack 2014).



- **Atriyal Fibrilasyon (AF) ve Antikoagülanlar**

Öncelikle 65 yaş üzeri hastaların AF açısından taranması, EKG ile birlikte nabız değerlendirmesinin yapılması önemlidir (sınıf IIa; kanıt düzeyi B); (AHA/ASA Guidelines for the Primary Prevention of Stroke 2014). Hastaların INR düzeyinin 2.0-3.0 hedef değer aralığında tutulması önerilir (sınıf I; kanıt düzeyi A). Warfarin, apiksaban ve dabigatran tedavilerinden biri tercih edilebilir. Bu tercih sırasında hastanın tüm klinik özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır (AHA/ASA Guidelines for the Primary Prevention of Stroke 2014, AHA/ASA Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack 2014).

Shroff ve diğ. (2014)'nin çalışmasında her iki cinste warfarin kullanımının artmasına bağlı olarak iskemik inme oranlarında ciddi düşüş gözlenmiş, hemorajik inme açısından risk oluşmamıştır.

- **Asemptomatik Karotis Arter Darlığı**

Hastaların inmeye neden olan faktörler yönünden değerlendirilmesi gerekmektedir. Hastalara düzenli aspirin ve statin tedavisine ek olarak yaşam tarzında değişiklik yapması önerilir (sınıf I; kanıt düzeyi C). Darlık oranı %50'nin üzerinde tespit edilen hastalar terapötik tedavilerin yanıtı açısından değerlendirilmelidir (sınıf IIa; kanıt düzeyi C). Profilaktik karotis arter stentlemesi en az %60 olan darlıklarda tercih edilebilen bir yöntemdir (sınıf IIb; kanıt düzeyi B). Karotis arter darlığı %70'in üzerinde tespit edilmiş hastalarda olası riskler göz önünde bulundurularak endartektomi düşünülebilir (sınıf IIa; kanıt düzeyi A); (AHA/ASA Guidelines for the Primary Prevention of Stroke 2014).

- **Orak hücreli Anemi**

İnme açısından büyük bir risk altında olan özellikle 2-16 yaş arası çocuklara yıllık taramalar önerilir. Kan transfüzyonu endikasyonu olan kişilerde riski azaltıyor olsa da kan transfüzyonunun kontrendike olduğu durumlarda kemik iliği nakli faydalı olabilir (AHA/ASA Guidelines for the primary prevention of stroke 2014). İskemik inme veya GİA geçirmiş hastalara ve orak hücreli anemisi olan bireylere antiplatelet tedavisinin yanı sıra risk faktörlerinin kontrolü önerilir (sınıf IIa; kanıt düzeyi B); (AHA/ASA Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack 2014).

- **Diğer Kardiyak Koşullar**

Kardiyomiyopati, patent foramen ovale, kalp kapak hastalığı, aortik aterosklerozis, akut miyokard enfarktüsü, kardiyak tümörler inmede risk oluşturan diğer kardiyak kökenli nedenler arasında yer alır (AHA/ASA Guidelines for the Primary Prevention of Stroke 2014).

- **Post menopozal hormon tedavisi**

İnme geçirmiş hastalarla yapılan randomize çalışmaların sonuçları, post menopozal hormon tedavisinin kardiyovasküler hastalığın önlenmesinde faydalı olmamakla birlikte, kadın hastalarda inme riskini arttırdığı yönündedir (AHA/ASA Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack 2014). Bu tedavi çeşidi GİA veya iskemik inme tanısı almış kadınlara önerilmemektedir (İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2016, AHA/ASA Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack 2014).

#### 2.4.2.2. Kesinleşmemiş Risk Faktörleri

- **Migren**

Auralı migren, özellikle 55 yaş altı kadınlarda inme ile ilişkili olabilir. Öncelikle migren şikayeti olan kadınlara sigarayı bırakmaları önerilir. Oral kontraseptif kullanım durumları gözden geçirilmelidir. Migren sıklığını azaltmaya yönelik yapılacak tedaviler inme riskini de azaltabilir (AHA/ASA Guidelines for the Primary Prevention of Stroke 2014). Yapılan bir çalışmada iskemik inmeyi tetikleyen AF'nin, auralı migren ile ilişkisinin olduğu bildirilmiştir (Sen ve diğ. 2018).

- **Metabolik Sendrom**

Metabolik sendromun inme riski ile ilişkisinin olduğu belirlenmiştir. Metabolik sendromun kişide görülen bileşenlerinin yönetimi önerilir. Uygun kilo, egzersiz yapma ve uygun diyet gibi yaşam tarzı önlemleri alınabilir. Bunun yanı sıra kan şekerinin kontrolü, lipid ve kan basıncını düşürücü ilaçlarla birlikte antiplatelet tedaviye yönelik ilaç kullanımı gerekebilir (AHA/ASA Guidelines for the Primary Prevention of Stroke 2014).

- **Alkol Tüketimi**

Alkol kullanımının inme ile ilişkili olduğu saptanmıştır (O'Donnell ve diğ. 2016). Az miktarda alınan alkolün inme riskini azalttığı, ancak fazla miktarda tüketiminin inme riskini artırıcı yönde etki gösterdiği ortaya konmuştur. Aynı zamanda alkol bağımlılığının bazı ciddi sağlık sorunlarını da beraberinde getirdiği yapılan birçok araştırma ile kanıtlanmıştır (AHA/ASA Guidelines for the Primary Prevention of Stroke 2014). Alkol tüketecek olanların belirlenen dozları aşmamaları (sınıf IIb; kanıt düzeyi B); (AHA/ASA Guidelines for the Primary Prevention of Stroke 2014, AHA/ASA Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack 2014) ve fazla tüketenlerin de danışmanlıkla beraber azaltması/bırakması önerilir (sınıf I; kanıt düzeyi A); (AHA/ASA Guidelines for the Primary Prevention of Stroke 2014).

- **İlaç Bağımlılığı**

Bazı ilaçların kötüye kullanımı ve madde bağımlılığının hem iskemik hem de hemorajik inme ile ilişkisi mevcuttur. Hastaların bu zararlı alışkanlıklardan kurtulabilmesi için gerekli tedaviyi almaları, inme riskinin azaltılmasında önemlidir (AHA/ASA Guidelines for the Primary Prevention of Stroke 2014).

- **Uyku Apnesi**

Uyku apnesi inme ile ilişkilidir. Apnenin şiddetinin artması inme riskini de arttırabilir. Bu riski azaltmak için hastaların tıbbi öyküsü alınırken uyku apnesi yönünden de sorgulanmaları ve gerekli tedaviyi almaları gerekmektedir (AHA/ASA Guidelines for the Primary Prevention of Stroke 2014). Daha iyi sonuçlara sebep olduğu kanıtlarla ortaya konan CPAP (Contnous Positive Airway Pressure-Sürekli Pozitif Havayolu Basıncı) ile tedavi, GİA geçirmiş ve iskemik inme tanısı almış hastalar için önerilebilir (sınıf IIb; kanıt düzeyi B); (AHA/ASA Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack 2014).

- **Hiperhomosisteinemi**

Bir aminoasit olan homosisteinin kandaki seviyesinin artması inme riskini de arttırır. Homosistein düşürücü ve vitamin B kompleksi tedavisinin inme riskine olan etkisinin araştırıldığı çalışmalar arasında tutarsızlık gözükse de, hastalara folik asit

ile birlikte vitamin B kompleksi kullanımı önerilebilir (sınıf IIb; kanıt düzeyi B); (AHA/ASA Guidelines for the Primary Prevention of Stroke 2014).

- **Yükseltilmiş Apolipoprotein**

Apolipoprotein artmış düzeyi artmış inme riski ile ilişkilendirilir. İskemik inme riskini azaltmak için apolipoprotein düşürücü tedavi önerilir (AHA/ASA Guidelines for the primary prevention of stroke 2014).

- **Hiperkoagülabilité**

Genetik geçişle birlikte sonradan da oluşabilecek olan bu durumun arterial serebral enfarktüs ile ilişkisi tam olarak netlik kazanmamış olsa da venöz tromboz ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Konu ile ilgili deneysel çalışmaların azlığı hiperkoagülabilitenin tarama ve tedavisi yönünden kesin kanıtların oluşturulmasını engellemektedir. Düşük doz aspirin kullanımı primer inme riskini ortadan kaldırmak açısından yararlı değildir (sınıf III; kanıt düzeyi B); (AHA/ASA Guidelines for the Primary Prevention of Stroke 2014).

- **Enflamasyon ve Enfeksiyon**

İnme açısından sistemik lupus eritomatozus ve romatoid artrit gibi yaygın kronik hastalıkların varlığı büyük risk taşır. Risk altında olan bireylerin yıllık olarak grip aşısı yaptırmaları faydalı olabilir. Statin tedavisi inme riskini azaltmak için kullanılabilir fakat sadece bu riski azaltmak için antibiyotik tedavisinin kullanımı önerilmez (AHA/ASA Guidelines for the primary prevention of stroke 2014).

- **Antiagregan Tedavi**

Asetilsalisilikasit (ASA) yüksek riskli hastalarda kardiyovasküler profilaksi amacıyla kullanılabilir. Düşük risk taşıyan bireylerde ilk inmenin önlenmesi bakımından fayda sağlamaz. ASA ve silostazol dışındaki antiagregan ajanlar klinik çalışmalarda yer almadıkları için kullanımları önerilmez (İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2016).

İnme oluşumunun ve inmeye bağlı özür oranlarının azaltılabilmesi için risk faktörlerinin kontrol edilmesi büyük önem taşır (Demirci Şahin ve diğ. 2015). İnme riskini arttıran nedenler arasında yer alan oral kontraseptif ilaçların düşük doz içerikli

yeni versiyonunun kullanımı ile birlikte inme riskinin büyük ölçüde gerilemiş olduğu bildirilmektedir (WHO Global Burden Of Stroke).

Türk toplumu incelendiğinde inme risk faktörleri önem sırasına göre; sol ventrikül hipertrofisi, ilerlemiş yaş, yüksek kan basıncı, erkek olmak, koroner kalp rahatsızlığı, sigara kullanmak, diyabet, yüksek kreatinin, düşük HDL, yüksek seviyedeki açlık kan şekeri, coğrafi bölge ile obezite olarak sıralanmıştır (Kabakçı ve diğ. 2006).

Bazı sosyoekonomik gruplar, bazı ırklar ve etnik gruplar inme riski açısından daha büyük risk altındadır. İnme tedavisinin yüksek maliyetli olması nedeniyle önleyici stratejilere ağırlık verilmesi gerekmektedir (WHO Global Burden Of Stroke).

Yaşam tarzında yapılacak değişiklikler, gelişebilecek ikinci inmeyi önleyebilir. Özellikle hastalara bu konuların da dahil edildiği eğitimler verilmelidir (AHA/ASA Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke 2013).

## **2.5. İnme Belirti ve Bulguları**

İnme genellikle vücudun tek tarafını etkiler. Görülen belirtiler beyindeki etkilenen bölgenin yerine ve etkilenme şiddetine göre değişiklik gösterir. Etkilenen taraftaki yüz, kol veya bacakta aniden zayıflık veya uyuşukluk hissedilir. Konuşulanları anlamama, konuşamama, görmenin zayıflaması, baş dönmesi, dengeyi sağlayamama, koordinasyon bozukluğu, yürüyememe, nedeni belirlenemeyen şiddetli baş ağrısı, bayılma ya da bilincin etkilenmesi inme sırasında ortaya çıkabilecek belirtilerdendir (WHO Cardiovascular Diseases).

İnmeye ait belirtilerin hepsi aynı anda görülmeyebilir ve kişilere göre değişiklik gösterebilir. Belirtilerin varlığında acil yardım alınması gerekmektedir (Türk Nöroloji Derneği Beyin Yılı Aktiviteleri 2014).

AHA inmeye dair belirtilerin hızlıca şu şekilde kontrol edilmesini önermektedir (**FAST**):

Face (yüz); Yüzü kontrol et. Ağızda eğrilik var mı?

Arms (kollar); Her iki kolu yukarıya kaldırabiliyor mu?

Speech (konuşma); Konuşması normal mi ve sizi anlıyor mu?

Time (zaman); Hayati önem taşır.

Ek olarak; ani gelişen görme, yürüyüş, konuşma bozukluğu, şiddetli baş ağrısı ya da vücudun herhangi bir yerinde uyuşukluk gibi uyarı işaretlerinden herhangi biri fark edilirse zaman kaybedilmeden en yakın hastaneye gidilmeli ya da acil yardım istenmelidir (ASA Stroke Symptoms).

## **2.6. Prognoz**

İnme, insanları vurma şekli nedeniyle tarih boyunca 'Apoplexy' olarak adlandırılmıştır. İnmenin tipine bağlı olarak ölüm riski değişiklik gösterebilir. En iyi sonuç ortaya çıkan semptomların 24 saat içinde düzelmesi sebebiyle GİA durumunda alınır. Bir sonraki aşamada beyni sulayan arterlerde meydana gelen daralma sonucunda (karotid stenozu) ortaya çıkan tablo yer alır. En son aşama olan beyin kan damarlarının yırtılmasıyla oluşan kanama, en ciddi sonuçların görülmesine neden olur. Gelişmiş merkezlerde en yüksek teknoloji ile duruma müdahale edilse dahi inmeye bağlı ölüm ya da özür oranı %60 civarındadır (WHO Deats from Stroke).

İnme, belirtileri hafif olsa ya da kısa süre içinde gerilese bile nörolojinin acilleri arasında en ön sıralarda yer alır. Ancak motor fonksiyon bozukluklarından ziyade duyuşsal belirtiler verdiği zaman çoğunlukla ihmal edilebilir. Bu da tedavinin geç başlanmasına neden olabilir (Eren ve diğ. 2017).

Hastalık seyrini iyileştirmede son yıllarda ülkemizde hizmet veren inme ünitelerinin önemli katkısı olduğu bilinmektedir. İnme merkezlerinde alanında uzman sağlık profesyonelleri çalışmaktadır. Bu merkezlerde tedavi alan GİA, iskemik inme ve hemorajik inme geçiren hastaların olumlu klinik sonuçları birçok bilimsel çalışma ile ortaya konmuştur. Bu üniteler ekonomik ve kanıta dayalı yöntemlerle tedavi edilen hastaların inme mortalite ve özür oranlarını azaltarak

yaşam kalitesini arttırmaktadır. Bu sebeple ülke çapında sayılarının arttırılması gerekmektedir (Topcuoglu ve diğ. 2015).

İnmeli hastaların hastaneye kabulünde değerlendirilmiş olan hastalık şiddetini ölçen ‘National Institute of Health Stroke Scale’ (NIHSS) skorunun ve yaşın prognoz ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir. NIHSS skoru ve mortalite oranının, 45 yaş altı iskemik inme geçirmiş olan hastalarda 45 yaş üstü hastalardan daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır (Özer ve diğ. 2015).

AHA/ASA tarafından hazırlanan kılavuzda inme ve GİA geçiren bireyler için hastalığın tekrarını önlemeye yönelik alınması gereken tedbirler yer almaktadır. Bu noktada hastaların kendileri için risk oluşturabilecek faktörleri kontrol altına almaları önem taşır (AHA/ASA Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack 2014). Kapsamlı olarak ve kanıta dayalı bilgiler çerçevesinde hazırlanmış olan kılavuzların önerileri hem sağlık çalışanları hem de hastalar tarafından hastalığın yönetimi açısından dikkate alınmalıdır.

## **2.7. İnme Tanı**

Hastaların hastaneye gelişinden itibaren ilk 60 dakika içinde değerlendirmeler tamamlanmalıdır. Bu değerlendirmeler sırasında inme skalası (NIHSS) kullanılması ve hematolojik, biyokimyasal ve koagülasyon testlerinin yapılması önerilir. Belirtileri devam eden ve sona ermiş olan her iki gruptaki hastalara da bilgisayarlı tomografi ya da magnetik rezonans görüntüleme yöntemlerinden birinin yapılması gerekir. Akut iskemik inmede fibrinolitik tedaviye başlamaya geç kalınmayacak şekilde EKG değerlendirilmesinin ve troponin ölçümünün yapılması önerilir (İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2016). Anamnez sonrası vital bulgular alınmalıdır. Karotid vertebral doppler ultrasonografi ya da transkranyal doppler ultrasonografi ile vasküler yapılar incelenebilir (İnme Klinik Protokolü 2017).

## **2.8. İnme Tedavisi**

### **2.8.1. Tıbbi Yaklaşım**

İnme ile birlikte dokunun oksijen ve enerji desteği bozulduğu için sistemik hipotansiyon ve hipokseminin önlenmesi gerekir. Solunum, dolaşım ve havayolu

izlemi yapılmalıdır. İnme hemorajik kaynaklı ise tanı konulduktan sonraki 1 saat içinde kan basıncı kontrol altına alınmalıdır. Eğer inme iskemik kaynaklı ise altta yatan koagülopati durumu varsa düzeltilmelidir (intravenöz trombolitik tedavi); (İnme Klinik Protokolü 2017). Hem akut hem de kronik dönemi kapsayan inme tedavisindeki amaç, beynin reperfüzyonunun sağlanmasıdır. İnmeye bağlı görülen komplikasyonlar en aza indirilerek iyileşme oranlarının artırılması sağlanmalıdır (AHA/ASA Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke 2013).

Tedaviye sevk zinciri oluşturularak tekrarlayan inme vakalarının engellenmesi, mortalite ve morbidite oranlarını aşağılara çekmedeki başarısı bilimsel olarak kanıtlanmış olan inme merkezlerinde devam edilmelidir (İnme Klinik Protokolü 2017, Topcuoglu ve diğ. 2015).

Hava yolu açıklığı sağlanmalıdır. Hipoksik olmayan hastalarda önerilmemekle birlikte oksijen saturasyonunu %94'ün üzerinde tutabilmek için oksijen tedavisi yapılmalıdır. Hasta hipovolemi ve hipertermi açısından yakından takip edilmelidir. Vücut sıcaklığının 38 derecenin altında takibi önerilir (İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2016, AHA/ASA Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke 2013).

İnme sonrası hastaların kardiyak açıdan ritmini takip edebilmek ve aritmik durumlarına müdahale edebilmek için en az 24 saat kardiyak monitörizasyon önerilir (sınıf I; kanıt düzeyi B); (İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2016, AHA/ASA Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke 2013).

Kan basıncının kontrol altında tutulması hayati öneme sahiptir (İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2016, AHA/ASA Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke 2013).

Akut iskemik inme durumunda hipoglisemi genelde antidiyabetik ilaçlara bağlı olarak görülen nadir bir durumdur. Ancak nöbetler ve inme benzeri nörolojik semptomlara neden olabilir. Hipogliseminin düzeltildiği durumda belirtiler ortadan kaybolabilir (AHA/ASA Guidelines for the Early Management of Patients With



Acute Ischemic Stroke 2013). Ayrıca inmeli hastalarda uzun süreli hipoglisemi (<60mg/dl) beyinde kalıcı hasara sebep olabileceği için en kısa süre içinde ölçümünün yapılması ve normal aralıkta (140-180mg/dl) takibi gerekmektedir (İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2016, AHA/ASA Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke 2013).

İskemik inmede intravenöz trombolitik tedavi, sonotromboliz, antiagregan ve antikoagülan ilaçlardan hastaya uygun olanları tercih edilerek uygulanmalıdır (İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2016). İskemik inme tedavisinde sağlık bakanlığının onay verdiği rekombinant doku plazminojen aktivatörü (rtPA) intravenöz olarak uygulanmalıdır. Hastadaki belirtilerin başladığı veya kişinin normal olarak görüldüğü en son anı takiben 4-5 saat içinde uygulanması prognozu iyileştirir. Uygun hastalara hastaneye başvuruyu takiben en geç 1 saat içinde uygulanmalıdır (İnme Klinik Protokolü 2017). Uygun hastalara ilk 6 saat içerisinde rekanalizasyon/reperfüzyon tedavisi olan endovasküler tedavi uygulanabilir (İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2016, İnme Klinik Protokolü 2017).

Hemorajik inmede INR'yi normal sınırlarda (2.0-3.0) tutmaya yönelik K vitamini, taze donmuş plazma ve ciddi trombositopeni durumlarında trombosit süspansiyonu verilebilir. Venöz tromboemboliyi önlemeye yönelik elastik çorap ve pnömotik kompresyon uygulanabilir. Ayrıca kanama durduktan sonra 1-4 gün hareketsiz kalacak hastalara subkutan yolla düşük doz düşük molekül ağırlıklı heparin uygulanabilir. Nöbet kliniği varsa antiepileptik tedavi başlanmalıdır. Beyinde oluşabilecek ödeme yönelik yakın nörolojik takip önerilir (İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2016).

Yutkunma sorunu yaşayan hastaların mümkünse nazogastrik sonda yardımı ile, değilse perkütan gastrostomi yardımıyla beslenmelerine devam edilmelidir (İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2016). Hasta sırt üstü pozisyonda başı 15-30 derece aralığında takip edilmelidir (İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2016, AHA/ASA Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke 2013).

### 2.8.2. İnmede Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yaklaşımı

Sağlık sorunlarının artmasıyla birlikte hastalar çözüm arayışına girmektedir. Bu arayış modern tıptan başlayıp tamamlayıcı alternatif tedavilere (TAT) değin uzanabilir. Her yaştan hasta tarafından TAT yöntemlerinin kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır. Sürekli gelişen ve katlanan bilgi seviyesine rağmen modern tıp bazen hastalıkların tedavisinde yetersiz kalabilmektedir. İşte bu gibi durumlarda insanlar TAT uygulamalarına başvurabilmektedir (Ceyhan ve Tasa Yiğit 2016).

**Masaj:** Ağrıyı giderme amacıyla yapılan kişinin gevşeyerek kendini iyi hissetmesini sağlayan rahatlatıcı bir yöntemdir. Endorfin salınımını uyararak anksiyete düzeyini azalttığı tahmin edilmektedir. Noninvaziv ve ucuz olması yönüyle birçok ülkede hasta bakımında tercih edilmektedir (Gül ve Eti Aslan 2012). Ali ve diğ. (2015)'ne ait çalışmada rehabilitasyon sürecindeki inmeli hastaların %40,4'ünün masajı tercih ettiği ve fayda gördüğü belirlenmiştir.

**Dua:** İnsanlık tarihinin başından bu yana bir tedavi yöntemi olarak kullanılmıştır. Ruh sağlığı uzmanlarınca insanların duayı manevi bir destek yöntemi olarak kullandığı bilinmektedir. Samimiyetle ve inanarak yapılan duanın sağlığı olumlu yönde etkilediği giderek daha fazla kabul gören bir gerçektir. İyi olmaya yönelik edilen dua ile birlikte kişi ümitli bir ruh haline bürünmektedir. Ruh ve beden sağlığının da karşılıklı olarak birbirini etkilediği kabul edilmektedir (Söylev 2018). Malezya'da yapılan bir çalışmada inmeli hastaların TAT yöntemi olarak duayı kullandığı belirlenmiştir (Ali ve diğ. 2015).

**Akupunktur:** Vücuttaki özel noktaların lazer ışınları, iğne ya da manyetik topçuklar gibi birçok yöntemle uyarılması işlemidir. Yaşam kalitesinin artırılması, çeşitli ağrıların ve anksiyetenin giderilmesi gibi birçok amaç için kullanılmaktadır. İnmeyle bağlı oluşan kas güçlüğü ve kontraktür gelişmesi durumunda da tercih edilebilmektedir (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği 2014, sayı: 29158).

Chen ve diğ. (2019)'nin depresyon geçiren hastalar üzerinde yaptıkları kohort çalışmasında akupunkturun hem hemorajik hem de iskemik inme riskini azalttığı

saptanmıştır. Cai ve diğ. (2017)'ne ait sistematik derleme ve meta-analizde elektroakupunkturun inme sonrası oluşan spastisiteyi azalttığı ifade edilmektedir.

**Hipnoz:** Yaşam kalitesini arttırmak amacıyla uygulanan bir tekniktir. Hastanın terapötik hipnoza inanması ve ehil kişiler tarafından yapılması başarı şansını arttırabilir (Montgomery ve diğ. 2014). Diamond ve diğ. (2006)'nin çalışmasında inme sonrası 6 bireyin rehabilitasyonu aşamasında uyguladıkları hipnozun; hastaların üst uzuv açıklığını arttırdığı ve bu iyileşmenin hastaları motive ettiği ifade edilmektedir.

**Gevşeme ve solunum egzersizleri:** Bu egzersizlere yönelik alınan eğitimin bireylerin uyku kalitesini arttırdığı, depresyon, anksiyete ve stresle baş etmede faydalı olduğu ortaya konmaktadır (Oğuz ve diğ. 2019). İnme hastalarının da bu tür egzersizleri TAT yöntemi olarak kullandıkları ifade edilmektedir (Ali ve diğ. 2015).

**Yoga:** Hindistan'da başlayıp batı dünyasında da sıkça kullanılan zihin beden uygulaması olup, fiziksel ve psikolojik açıdan olumlu etkilerinin olduğu bilinmektedir (Lawrence ve diğ. 2017). İnmeli hastaların rehabilitasyon sürecinde yogayı tercih ettiğini ortaya koyan birden çok bilimsel çalışma bulunmaktadır (Lawrence ve diğ. 2017, Ali ve diğ. 2015).

**Aromaterapi:** Tedavi amacıyla esansiyel yağların kullanılmasıdır. İnhalasyon, banyo, buhar ya da masaj yoluyla uygulanabilen birçok esansiyel yağın analjezik etkisi mevcuttur (Gül ve Eti Aslan 2012). Literatürde aromaterapinin inmeli hastalar üzerindeki etkinliğini araştıran bir çalışmaya ulaşılamamıştır.

**Hidroterapi:** Kas eklem rahatsızlığı durumlarında ağrı kontrolünü sağlamak ve kas yükünü azaltmak amacıyla su ile yapılan tedavidir. Birçok hastalığın iyileşme sürecini hızlandırması, ödemin giderilmesi ve lenf sistemini etkinleştirilmesi bakımından önem taşır. Kişinin kendini iyi hissetmesine yardımcı olur. İnme geçirenlere de bu yöntem tavsiye edilmektedir (Hidroterapi Nedir? 2019).

**Müzik terapi:** Müzik dinlemenin beyindeki bazı bölümleri etkilediği bilinmektedir. Tedavinin etkinliği müziğin kişilerin öncelikle duygularını ve sonrasında kişisel ilişkilerini etkileme düzeyine bağlıdır. Yapılan son çalışmalarda

müzik dinlemenin hastaların duygulanım ve motivasyonunu pozitif olarak etkilediği görülmüştür. Tedaviye ek olarak uygulanan müzik terapinin tedaviye ait başarıyı arttırmamasından dolayı inmeli hastalar üzerinde de olumlu sonuçlar bırakabileceği düşünülmektedir. Rehabilitasyon alanında yapılan çalışmalar bu düşüncüyü desteklemektedir (Birkan 2014).

**Refleksoloji:** Vücudun kendi kendini iyileştirmesi esasına dayanır. El ve ayaktaki refleks noktalarına özel el teknikleri ile basınç uygulanır. Bu yolla ilgili organ ve salgı bezlerine uyarı gönderilmiş olur. Vücuttaki enerji akımının uyarılmasıyla fizyolojik fonksiyonlarda iyileşme ve denge sağlanabilir. Aynı zamanda immün sistemi desteklediği, stresi azalttığı, kan dolaşımını hızlandırdığı ve akut ya da kronik birçok rahatsızlığı iyileştirebildiği ortaya konmaktadır (Doğan 2014). İnmeli hastalarda TAT yöntemi olarak refleksolojinin kullanılmakta olduğunu bildiren çalışmaların yanı sıra (Yeh ve diğ. 2017, Kadir ve diğ. 2015), tercih edilmediğini belirten çalışmaya da rastlanmıştır (Ali ve diğ. 2015).

**Bitkisel ürünler, besin takviyeleri:** Doğal kaynaklı olması sebebiyle eskiden beri bitkiler koruyucu ve tedavi edici amaçla kullanılmıştır. Ancak toksikolojik ve farmakolojik yan etkilerini gösteren çalışmalar yeterli düzeyde değildir. Bazı bitkisel ürünlerin ilaçların emilimini, metabolizmasını ve atılımını etkilediği bilinmektedir. Ciddi yan etkileri olabilen bitkisel ürünler bilimsel tedavinin etkinliğini azaltabilir. Ancak saklama koşullarıyla birlikte bilimsel kanıtlara dayanan doğru dozun kullanımı sonrasında olumlu sonuçlar alınabilir (Doğan ve Avcı 2018).

Besinsel lif ve antioksidan gibi faydalarının bilinmesi insanları gıda takviyesi kullanmaya yönlendirmektedir. Tüketimi günden güne artış gösteren takviyelerin katkı maddesi, kontaminasyon, yanlış doz ve etiketleme, toksisite gibi yan etkileri mevcuttur. Hem dünyada hem de ülkemizde bu türlü ürünlerden kaynaklı zehirlenmeler yaşanmaktadır. Gıda takviyelerinin sağlığı olumlu yönde etkilemesi ancak ilaç gibi değerlendirilmelerine ve uygun şekilde tüketilmelerine bağlıdır (Atalay ve Erge 2018). Bitkisel ürünlerin inme hastaları tarafından tercih edildiği birçok çalışma ile ortaya konmuştur (Yeh ve diğ. 2017, Ali ve diğ. 2015, Kadir ve diğ. 2015, Shin ve diğ. 2008).

### 2.8.2.1. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanılma Nedenleri

Kronik hastalığı olan bireyler TAT yöntemlerine sıklıkla başvurmaktadır. Kronik hastalıklarda modern tıp ile tam olarak iyileşme sağlanamaması, birçok semptomun varlığı, modern tıbbi tedaviye güvenmeme, tedavi süresinin uzunluğu, sağlık profesyonelleri ile etkin iletişimin kurulamayışı gibi nedenlerle birlikte hastanın bir an önce iyileşerek sağlığına kavuşma isteği bireyleri TAT kullanmaya yöneltebilir (Çakmak ve Nural 2017). Özellikle sağlıklı olabilmek için gerekli vitamin ve minerallerin çeşitli nedenlerle gıdalardan sağlanamıyor olması gıda takviyelerine olan ilgiyi arttırmaktadır (Atalay ve Erge 2018). Bitkisel tedaviler aynı zamanda en çok empotans, gastrointestinal rahatsızlıklar, cilt problemleri ve kilo vermek amacıyla da tercih edilmektedir (Özçelik ve Toprak 2015).

Kronik hastalıkların varlığı birçok çalışmada TAT kullanım nedenleri arasında yer almaktadır (Berna ve diğ. 2019, Ayele ve diğ. 2017, Ceyhan ve Tasa Yiğit 2016, Falci ve diğ. 2016, Metcalfe ve diğ. 2010). Türkiye'nin de içinde yer aldığı birçok Avrupa ülkesinde yürütülen çalışmaları kapsayan sistematik derlemede kronik hastalık varlığı ve kadın olmanın TAT kullanımında belirleyici faktör olduğu vurgulanmıştır (Guillaud ve diğ. 2019). Ülkemizde de kronik hastalık varlığı ve bu bireylere birinci basamak sağlık hizmetleri tarafından ev ziyaretlerinin yetersiz yapılması, modern tıbbi bakıma güvenmeme gibi nedenlerle TAT tercih edildiği belirlenmiştir (Cevik ve Selcuk 2019).

Birçok kanser türü (Duman ve diğ. 2018, Öztürk ve diğ. 2016, Kav ve diğ. 2008), nörolojik hastalıklar ve inme (Chen ve diğ. 2019, Ge ve diğ. 2017, Ali ve diğ. 2015), böbrek yetmezliği (Ovayolu ve diğ. 2015) gibi kronik hastalıklarda semptomların kontrolü ve şifa bulmak için hastaların TAT yöntemlerini kullandıkları bilimsel çalışmalarla ortaya konmuştur.

ABD'de en sık inme olmak üzere; artrit, solunum rahatsızlıkları, diyabet, obezite, kalp rahatsızlıkları, kanser rahatsızlıkları olan bireylerin de bitkisel desteklere başvurduğu belirtilmektedir (Rashrash ve diğ. 2017). Yine Amerika'da yapılan başka bir çalışmada bireylerin en sık görülen kronik rahatsızlıklar arasında

yer alan hipertansiyon, artrit ve yüksek kolesterol nedeniyle TAT yöntemlerine başvurdukları ortaya konmuştur (Mongiovi ve diğ. 2016).

Tayvan'da retrospektif olarak yapılan bir kohort çalışmasında Parkinson hastalığı olan bireylerde Çin bitkisel tedavisinin inme geçirme riskini azalttığı görülmüştür (Lai ve diğ. 2018). Randomize klinik çalışmaların meta-analizini içeren sistemik derlemede iskemik inmenin tedavisinde kullanılan bir tür bitkisel ilacın inmenin nörolojik fonksiyonlarını iyileştirerek yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği ve hastalığın nüksetme oranını azalttığı tespit edilmiştir (Yang ve diğ. 2018).

Araştırmalar TAT uygulamalarının en çok kaygı ve korkuyu azaltmaya çalışmak, ağrıyı dindirmek, yara iyileşmesini çabuklaştırmak ve motivasyonu arttırmak gibi faydalarından yararlandığını ortaya koymaktadır. Bunların yanı sıra bağımlılığın tedavi edilmesi için de kullanılmaktadır (Ceyhan ve Tasa Yiğit 2016).

Etiyopya'da yapılan bir çalışmada mevcut tıbbi tedaviden memnun olmama ve işe yarayacağını düşünme TAT kullanım nedenleri arasında sıralanmaktadır (Ayele ve diğ. 2017). Tayvan'da iskemik inme geçiren hastalar ile yapılan bir çalışmada da benzer şekilde tıbbi tedaviden istenilen düzeyde sonuç alınamaması durumunda iyileşme ve sağlıklı yaşamlarına dönme umuduyla hastaların TAT kullanımına yöneldikleri belirtilmiştir (Hsieh ve diğ. 2018). Güney İsveç'te alternatif uygulamaya yönelme nedenleri arasında rahatlama, hastalıkların önlenmesi ve tedavisi yer almaktadır (Wemrell ve diğ. 2017). Japonya'da gastrointestinal, kas iskelet sistemi, solunum sistemi ve zihinsel-psikolojik hastalığı olanların TAT yöntemlerini daha fazla tercih ettikleri ifade edilmektedir (Shumer ve diğ. 2014).

#### **2.8.2.2. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanılmasında Hemşirenin Rolü**

Hastanın kullandığı TAT yönteminin amacına ulaşabilmesi için hemşirelerin konuya hakim olması gerekmektedir. Aynı zamanda bu durum hastaların suistimale uğramaması ve zarar görmemesi adına da son derece önemlidir. TAT başlığı altında yer alan hemşirelik uygulamaları geliştirilerek etkin stratejiler oluşturulmalı,

hastaların/sağlıklı bireylerin kanıta dayalı olan TAT yöntemlerini tercih etmesine rehberlik edilmelidir (Arslan ve Özdemir 2015).

Hastalar TAT açısından rutin olarak sorgulanmalıdır (Kütmeç Yılmaz ve diğ. 2017, Öztürk ve diğ. 2016, Kav ve diğ. 2008). Bu sorgulama konu ile ilgili eğitim almış sağlık çalışanı tarafından modern tedavilerin TAT yöntemleri ile koordineli olarak yürütülebilmesi amacıyla (Özçelik ve Toprak 2015) avantaj ve dezavantajlar, kullanılan yöntemin ne olduğu, kullanım sıklığı, dozu, kullanım nedenlerini içerecek şekilde yapılmalıdır (Sözeri ve Bayrak Kahraman 2016). TAT yöntemleri sorgulanırken ilaç-bitki, ilaç-ilaç etkileşimleri göz önünde bulundurulmalıdır (Çakmak ve Nural 2017). Dünyada ve ülkemizde son yıllarda gıda takviyelerinin ilaçlarla olan etkileşiminden kaynaklanan yan etkiler ve zehirlenme vakaları kayıtlara geçmektedir (Atalay ve Erge 2018).

Bireylerin sağlık durumları ile ilgili doğru kararlar verebilmesi için eleştirel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olmalarına ihtiyaç vardır. Sağlık profesyonellerinin bu konuda farkındalığı olmalı ve özellikle düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylere bilgilendirmeler yapılmalıdır. Bireylerin güvenilir olmayan kaynaklardan bilgi alma oranları oldukça yüksektir. Çeşitli medya kuruluşları üzerinden tanıtım yapan, kar amacı güden, yanlış yönlendirmelerde bulunan ve etkinliği tartışmalı olan yöntemler konusunda hastalar uyarılmalıdır. Yönlendirmeler kanıt düzeyinin yüksek olduğu araştırma sonuçları doğrultusunda yapılmalı ve hastalarla olan iletişim güçlendirilmelidir (Ilgaz ve Gözüm 2016).

Hemşireler doğru ve etkin olarak danışmanlık hizmeti verebilmeleri için hizmet içi eğitimler, kongreler, kurslar ve hemşirelik eğitimi gibi yaklaşımlarla desteklenmelidir (Sözeri ve Bayrak Kahraman 2016). Hastaların karşılaşılabileceği olası risklerin ancak uygun danışmanlık yoluyla azaltılabileceği düşünülmektedir (Sözeri ve Bayrak Kahraman 2016, Arslan ve Özdemir 2015, Kav ve diğ. 2008). Sağlık çalışanlarının dikkati, hemşirelik lisans eğitimi ve hizmet içi eğitimlerle TAT yöntemleri konusuna çekilmelidir (Öztürk ve diğ. 2016).

Sağlık eğitimi sürecinde TAT yöntemlerine yer verilmesi konu ile ilgili bilimsel veri kaynaklarının oluşması açısından önemlidir (Lafçı ve Kara Kaşıkçı

2014). Hemşirelik okullarında TAT başlığı adı altında derslerin verilmesine ve hemşirelerin konu ile ilgili bilimsel çalışmalar yapmalarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu yolla nesilden nesile geçen bu uygulamaların olumlu ve olumsuz etkileri ön plana çıkarılabilecektir. Ayrıca bilimsel temellere dayandırılacak olan yöntemler ise daha güvenilir olarak kullanılabilecektir (Ceyhan ve Tasa Yiğit 2016, Arslan ve Özdemir 2015).

Hastalara bütüncül yaklaşımla bakım veren ve onlarla sürekli iletişim içinde olan hemşirelerin TAT yöntemleri konusunda donanımlı olmaları, güvenli yönlendirmeler yapabilmeleri için gereklidir. Ayrıca kanıt ihtiyacı olan TAT yöntemleri alanında araştırmalar yapmak mesleğimizin bize verdiği araştırma ve danışmanlık rolü gereği önemlidir (Özdelikara ve Arslan 2017).

### **2.8.3. İnmede Hastalık Algısının Tedaviye Etkisi**

Bireylerin hastalıklarına ilişkin algı, yorum ve değerlendirmeleri ile birlikte gösterdiği davranışsal ve duygusal tepkiler, onların baş etme şeklini, yaşam kalitesini, psikososyal açıdan zorlanma durumlarını ortaya koymaktadır (Karadağ ve diğ. 2016).

İnme ölüm riski yüksek olan bir hastalıktır. Yaşamına devam edenlerde ise konuşma, görme bozuklukları ve vücutlarındaki hasar kafa karışıklığına neden olabilir (WHO Deaths from stroke). Ağlamaya meyilli olma, kendini çaresiz hissetme, öfkeli ve endişeli olma, içe kapanma ve üzülme, öz güven azalması, ümitsizlik hali gibi durumlarla karşılaşılabilir. Ölüme dair korkuların olması, bağımlı olma ihtimalinin verdiği endişe, beden imajında değişiklik, yaşam tarzının değişmesiyle iş ve aile yaşamına dair rol kaybı, kendini izole etme, depresyona yatkınlık kronik hastalığa sahip bireylerde yaygın olarak görülebilir (Özdemir ve Taşçı 2013).

Fiziksel rahatsızlığa sahip bireylerin hastalığına dair algısının bilinmesi tedavinin etkinliği açısından önem taşır (Kocaman ve diğ. 2007). Tedavi uyumunda ve diğer tedavi yöntemleri arayışında hastalık algısının rolü olabileceği düşünülmektedir.



## 2.9. İnme Komplikasyonları

İNME sonrasında hastalarda görülebilen ödem ve kafa içi basıncının artması akut bir nörolojik komplikasyondur. Beyinde yaygın iskemisi görülen hastalar daha fazla risk altındadır. Hastalar solunum sistemi, uykuda görülebilecek solunum bozuklukları, aspirasyon ve pnömoni riski alt başlıkları açısından değerlendirilmelidir. Derin ven trombozu ve pulmoner emboli görülmesini önlemeye yönelik yeterli hidrasyon ve erken mobilizasyon gibi önlemler alınmalıdır. Oral antikoagülan ya da ASA (aspirin) başlanması gerekebilir. Üriner sisteme yönelik enfeksiyonların önüne geçebilmek için kalıcı sondadan ziyade eksternal formda olanları tercih edilmeli ve mümkün olan en kısa zamanda sonda çıkarılmalıdır. Bası yaraları inme hastaları için bir başka sorundur. Erken mobilizasyon, havalı yataklar veya su yataklarının kullanımı, optimum beslenme ve hidrasyonun sağlanması, sık pozisyon değişikliği gerekmektedir. İnkontinans gelişen hastalarda cildin kuruluşunun sağlanması önemlidir fakat bu grubun dışında kalan hastalar için cildin özellikle sakrumun nemlendirilmesi önem taşır. Yutması bozulmuş hastalara 48 saat içinde nazogastrik sonda ile beslenme başlanması uygundur. Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) 2 hafta geçtikten sonra düşünülebilir. Bağırsak düzenleri değişikliğe uğrayabildiği için hastalar diyare ve konstipasyon yönünden izlenmelidir (İNME Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2016). Hemşireler, kontinans durumunun kronikleşmesi sonucunda ortaya çıkabilecek zincirleme sorunların değerlendirilmesine ve sürecin yönetimine önemli katkılar sağlayabilir (Tülek 2015).

Hastaların genel durumları beyin ödemi, kanama, inmenin ilerlemesi ya da tekrarlama nedenlerine bağlı olarak kötüleşebilir. Kötüleşen hastaya nörolog, beyin cerrahı ve eğitimli inme hemşiresinden oluşan ekibin erken müdahalesi hayati önem taşır. Ancak yapılan yoğun tıbbi tedaviye rağmen kafa içi basıncı artmış olan hastanın hayatta kalma oranı %30-50 arasındadır. İkincil olarak geçirilen enfarktüslerin varlığı hastanın klinik durumunu ve yaşam oranını ciddi şekilde etkiler. Sağlık profesyonellerinin kanamaya ait belirtileri erken fark etmesi ve müdahalesi ile kanama hafifleyebilir. Hasta ve yakınlarına hastalığın prognozuyla ilgili bilgi vermek bilinçlenmeleri açısından önemlidir. Tıbbi hastalıkların aynı zamanda tedavi edilmesi önerilir (sınıf I; kanıt düzeyi C). İdrar yolu enfeksiyonu ve pnömoni şüphesi olan hastalara uygun antibiyotik tedavisi başlanmalıdır. Risk

nedeniyle rutin mesane kateterizasyonu önerilmemektedir (AHA/ASA Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke 2013).

İnmenin akut döneminde hastalarda malnutrisyon görülebilir ve ilerleyen dönemlerde görülme sıklığı artabilir. İnme sonrası disfaji sık karşılaşılan bir problem olmasına karşın zamanla çoğu hastada düzelebilir. Yeterli beslenemeyen hastalarda hızla kas dokusunda kayıplar görülebilir. Gastrointestinal sistemin besinsiz bırakılması bağırsak epitelinde atrofi gelişmesine neden olabilir. Morbidite, mortalite ve maliyeti arttırabileceği için hastaların inme sonrası disfaji ve malnutrisyon takibinin yakından yapılması gerekmektedir. Akut dönem inme hastalarında günlük sıvı ve gıda alımları takip edilerek haftalık olarak beslenme durum değerlendirilmesi yapılmalıdır. Kronik dönem ve rehabilitasyon dönemindeki hastaların da malnutrisyon açısından değerlendirilmesi gerekmektedir. Malnutrisyonun önlenmesinin prognozu iyileştirebildiği bilimsel kanıtlarla ortaya konmuştur. Disfaji açısından hastaların ilk 24 saat içerisinde değerlendirilmesi gerektiği ancak bu yolla aspirasyon riskinin önüne geçilebileceği bildirilmiştir (Arsava ve diğ. 2018).

Aspirasyon pnömonisi ile birlikte diğer enfeksiyonların önlenmesinde oral hijyenin sağlanmasına yönelik dişlerin ve ağız bakımının yapılması önemlidir. Oral yolla yeteri kadar beslenemeyen hastaların enteral beslenmeye mümkün olan en kısa süre içerisinde, hastaya uygun beslenme ürünü ile 20ml/saat olarak başlanıp hedef doza 48-72 saati aşmayacak şekilde çıkılması gerekmektedir. Bazı durumlarda PEG açılması gerekebilir. Oral ve enteral beslenmenin kontrendike olduğu durumlarda yeterli nutrisyonu sağlamada parenteral beslenme alternatif olarak kullanılsa da mümkün olan en kısa süre içinde yerinin oral ya da enteral beslenmeye bırakılması önerilir (Arsava ve diğ. 2018).

Evde sağlık hizmeti alan ve tam bağımlı olmayan inme hastalarında düşme ve düşme riski, malnutrisyon ve malnutrisyon riski, aspirasyon, uykusuzluk, depresyon riski ve bası yaraları karşılaşılan komplikasyonlardandır. İnmeli hastalara evde sağlık hizmetleri tarafından verilecek olan sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümünü inmenin neden olduğu komplikasyonların ve inmenin tekrarına yönelik alınacak önlemlerin oluşturduğu gözlenmiştir (Apaydın Kaya ve Mercan 2018).

Komplikasyonların önlenerek iyileşmenin desteklenmesine yönelik olarak; erken mobilizasyon, beslenme desteği ve hidrasyon, mesane ve bağırsak fonksiyonlarının devamı sağlanmalıdır. Bilişsel, duyuşal ve algısal değişikliklere yönelik olarak hemşirenin hasta ve yakınının ihtiyaç duyduğu eğitimi sağlaması gerekmektedir. İhmal/dikkatsizlik, hafıza problemleri, yönetsel, görşel ve duyuşal fonksiyonlara ait kayıplar inmeli hastaların günlük yaşamda karşılaştıkları sorunlardandır. İnme sonrasında oluşabilecek görme problemlerinin genelde düzeltilmesi ya da azaltılması kolay olduğu için hastaların bu yönden rutin değerlendirilmesi önerilir. İnmeli hastaların rehabilitasyon ve iyileşme sürecini etkileyen ağrı ve yorgunluk gibi durumları göz ardı edilmemelidir. Özellikle sık karşılaşılan nöropatik ağrı ve omuz ağrısı yönünden hasta izlenmelidir. Rehabilitasyonu ve iyileşmeyi olumsuz yönde etkileyebilecek durumları tespit ederek gerekli eğitimlerin verilmesi noktasında hemşireler aktif olarak yer almalıdır (Topcuoğlu ve diğ. 2015).

## **2.10. İnme Rehabilitasyonu**

Rehabilitasyon süreci hastanın ruhsal durumu, katılımı, hizmetlerin sunumu ve iyileşme sağlanamaması durumları ile ilişkilidir. Bireyin rehabilitasyona katılımını motivasyonu ve farkındalığı önemli düzeyde etkiler. Beyin hasarı olan erişkinlerin rehabilitasyona katılım durumlarını arttırmak amacıyla yapılan çalışmaların sistematik incelemesinde koşullu ödöl tekniklerinin, rehabilitasyon sürecine uyumu ve bağlılık düzeyini dolayısıyla motivasyonu arttırdığı görölmüştür (Brett ve diğ. 2017).

Taburcu olduktan sonra hastaların %64'ünün fizyoterapi önerilmesine rağmen bu hizmeti alamadığı ve %52,3'ünün nöroloji uzmanı tarafından takibinin yapılmadığı ortaya konmuştur (Apaydın Kaya ve Mercan 2018). Oysaki kılavuzda inme bakımının rehabilitasyonu da kapsamı gerektiği ifade edilmektedir (sınıf I; kanıt düzeyi A); (AHA/ASA Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke 2013).

Rehabilitasyon programlarının yetersiz kalabileceği durumlarda kullanılmak üzere veri tabanları oluşturulabilir. Taburculuktan önce egzersiz durumları ve günlük yaşam aktiviteleri değerlendirilen hastalar, bu yolla ihtiyaçları kapsamındaki

rehabilitasyon programına yönlendirilebilir. Taburculuk öncesi, hastaların fonksiyonel durumlarını geliştirmek için fizik tedavi ünitelerinden hizmet alana kadar geçecek süre içinde evde yapabilecekleri egzersiz programı oluşturularak takibi yapılabilir (Koç 2012).

Bu alandaki eksiklikleri tamamlamak adına hastalarla sürekli iletişim halinde olan hemşirelere, mesleğin danışmanlık ve eğitim rolleri gereği sorumluluk düşmektedir. Bu sorumluluğun yasal sınırları 2011 yılına ait 27910 sayılı Hemşirelik Yönetmeliği ile belirlenmiştir. Yönetmeliğe göre rehabilitasyon hemşiresi;

Hasta ve yakınlarından hastalığa uyum, baş etme, iletişim düzeyi, sosyoekonomik durum, fonksiyonel durum, destek durumu ve güvenlik durumunu kapsayan ayrıntılı bilgi toplar. Hasta ve yakınıni bütüncül olarak değerlendirip hastanın günlük yaşamına dair bağımsızlığını kazanmasına yardımcı olarak yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlar. Hem hasta hem de yakınıni problem çözme davranışlarını gözden geçirerek stresle başa çıkmaları için onları destekler. Vücudundaki değişikliğe yönelik uyumunu gözler, destek verir ve ihtiyaç duydukları sağlık bakımını almaları için gerekli yönlendirmeler yapar.

Hasta ve yakınlarına mesane ve bağırsak rehabilitasyonu, nazogastrik ve foley sonda bakımı, vücut bakımı, varsa bağlı cihazların bakımı, ilaç kullanımı gibi ihtiyaç duyduğu konularda eğitim verir. Bası yaralarının önlenmesine yönelik sıvı kontrolü, beslenmenin önemi ve pozisyon verilmesi, deformateleri önleme ve eklem hareket açıklığını sağlamaya yönelik fiziksel aktivitelerin düzenli yapılmasının önemini anlatır. Kronik hastalığa ve sakatlığa uyum, iletişimin devamı, öz bakım ile birlikte işlevsel ve fonksiyonel becerilerin devamına yönelik hasta ve yakınıni destekleyerek sağlığın yönetimini ve sürdürülebilirliğini sağlar. Evde bakım merkezleri ve diğer destek alabileceği kaynaklara yönlendirir (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik 2011, sayı: 27910).

Eve taburculuğu planlanan hasta ve yakınlarına verilecek eğitimin içeriği ve kapsamının ihtiyaçları ile paralellik göstermesi son derece önemlidir. Hasta evde yapılabilecek küçük düzenlemelerle mümkün olduğunca az destek alarak günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeye çalışması konusunda cesaretlendirilmelidir.

Kontrollerini aksatmaması ve ilaçlarını düzenli kullanması anlatılmalı ve anladığından emin olunmalıdır. İlaçlarına kendi kararı ile ara vermemesi ya da beraberinde sağlık çalışanının bilgisi olmadan gün geçtikçe yaygınlaşan TAT yöntemlerini kullanımı üzerinde durulmalıdır.



### 3. GEREÇ ve YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma inmeli hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımını belirlemek, sağlık profesyonellerinin konuya dikkatini çekerek hastaların TAT yöntemlerini de kapsayacak şekilde bütüncül olarak değerlendirilmesine katkı sağlamak amacıyla tanımlayıcı türde planlanmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Soruları

İnmeli hastaların TAT kullanım oranları nasıldır?

İnmeli hastaların sosyodemografik özellikleri, hastalık özellikleri ve fonksiyonel durumu TAT kullanımını etkiler mi?

İnmeli hastaların hastalık algıları TAT kullanımını etkiler mi?

#### 3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma verilerinin 01.07.2018-31.12.2018 tarihleri arasında toplanması planlanmış olup yeterli gönüllü hasta sayısına ulaşamadığı için bu süre uzatılmıştır. Araştırma verilerinin toplanması amacıyla Tekirdağ ilindeki bir hastanenin nöroloji polikliniği ile fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniğince inme tanısı ile takip edilen hastalar ve yakınları ile görüşülmüştür.

#### 3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- İnme tanısı almış olması
- 18 yaş ve üzerinde olması
- Bilişsel ve sözel olarak iletişim engelinin olmaması
- Çalışmaya katılmayı kabul etmesi

#### 3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini veri toplama süresi olarak belirlenen 6 aylık sürede (01.07.2018-31.12.2018) çalışmanın yapıldığı hastanenin nöroloji polikliniği ile fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniklerinden ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) kodlamasına göre çeşitli inme alt tanılarından birini/birkaçını almış tüm hastalar (N=638) oluşturmuştur.

Örnekleme alınacak hasta sayısının belirlenmesi amacıyla basit rastgele örneklem genişliği belirleme formülü  $[ n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1)+t^2pq} ]$  kullanılmıştır. Bu formüle göre çalışmamızda  $\alpha=0,05$  düzeyinde %80 güç elde etmek için örnekleme alınacak hasta sayısının en düşük 178 olduğu saptanmıştır. Ancak kayıplar göz önüne alındığında bu sayının %20 fazlası olan 214 hastaya ulaşmanın uygun olacağı düşünülmüştür. Çalışmamız toplam 227 inme hastası ile tamamlanmıştır.

### 3.6. Veri Toplama Araçları

#### 3.6.1. Hasta Bilgi Formu (EK 1)

Literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmış olan ‘Hasta Bilgi Formu’; hastaların cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durumu vb. sosyodemografik özelliklerini ortaya koyan 12 adet soru, hastaların hastalıkları ile ilgili özelliklerini ortaya koyan 10 adet soru ve hastaların TAT kullanma durumları ile ilgili özelliklerini ortaya koyan 17 adet soru olmak üzere toplamda 39 sorudan oluşmaktadır.

#### 3.6.2. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi-Bİ (EK 2)

Mahoney ve Barthel (1965) tarafından geliştirilmiştir. Shah ve diğ. (1989) tarafından yenilenmiştir. Küçükdeveci ve diğ. (2000) tarafından da ülkemiz için geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. İndeks toplam 10 parametreden oluşmaktadır. Her parametre 5'er puanlık artışlarla 0-15 puan aralığında değerlendirilmektedir. Giyinip soyunma, yıkanma, beslenme, bağırsak bakımı, tuvalet kullanımı, mesane bakımı, tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersi transferler, kendine bakım, merdiven inip çıkma, düzgün yüzeyde yürüme/tekerlekli sandalyeyi kullanabilme (uygunsa) fonksiyonları sorgulanmaktadır. Toplam puan 0-100 arasındadır. 100 puan: tam bağımsız, 91-99 puan: hafif düzeyde bağımlı, 62-90 puan: orta düzeyde bağımlı, 21-61 puan: ileri düzeyde bağımlı, 0-20 puan: tam bağımlı olarak değerlendirilmektedir (Küçükdeveci ve diğ. 2000).

#### 3.6.3. Hastalık Algısı Ölçeği-HAÖ (EK 3)

Weinmann tarafından 1996 yılında geliştirilmiştir (Weinman ve diğ. 1996). Ölçek Moss-Morris ve diğ. tarafından 2002 yılında yenilenmiştir (Moss-Morris ve

diğ. 2002). Kocaman ve diğ. tarafından 2007 yılında ölçeğin Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (Kocaman ve diğ. 2007). Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) hastalık tipi boyutu, hastalık hakkındaki görüşler boyutu ve hastalık nedenleri boyutu olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır.

1-Hastalık Tipi Boyutu: Boğazda yanma, ağrı, soluk almada güçlük, bulantı, yorgunluk, kilo kaybı, gözlerde yanma, eklem sertliği, baş ağrıları, mide yakınmaları, hırıltılı soluma, sersemlik hissi, güç kaybı, uyku güçlükleri olmak üzere sık görülen 14 hastalık belirtisini içerir. Hastaya her belirti için sırayla ‘hastalığının başlangıcından itibaren bu belirtiyi yaşayıp yaşamadığı’ ve ‘bu belirtiyi hastalığıyla ilişkilendirip ilişkilendirmediği’ sorulmaktadır. Ölçeğin bu boyutu hastanın her belirtiyeye dair sorulan her iki soruya da evet/hayır şeklinde cevap verebileceği tarzda düzenlenmiştir. Ölçeğin bu boyutundan alınacak yüksek puan hastanın hastalığına eşlik eden belirti sayısının yüksek olduğuna dair kuvvetli inancı olduğunu gösterir (Kocaman ve diğ. 2007).

2-Hastalık Hakkındaki Görüşler Boyutu: Kişisel kontrol, süre (akut/kronik), süre (döngüsel), sonuçlar, hastalığı anlayabilme, duygusal temsiller ve tedavi kontrolü olmak üzere 7 alt boyuttan oluşmaktadır. Kişisel kontrol alt boyutu hastanın hastalığının seyri, süresi ve tedavisine dair iç kontrol algısını ortaya koyar. Bu alt boyuta dair puanın yüksek olması, hastanın hastalığını kontrol edebildiğine dair pozitif inançları olduğunu ifade eder. Süre alt boyutu akut/kronik ve döngüsel olarak gruplanır. Hastanın hastalığının süresine dair algılarını ortaya koyar. Süre (akut/kronik) alt boyutuna dair puanın yüksek olması durumun kronik olduğunu, süre (döngüsel) alt boyutuna dair puanın yüksek olması durumun sıklık-döngüsel bir doğası olduğunu ifade eder. Sonuçlar alt boyutu hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevselliği, hastalığının şiddetine olası etkileri ile ilgili inançlarını ortaya koyar. Bu alt boyuta dair puanın yüksek olması, hastalığın negatif sonuçları bulunduğunu ifade eder. Hastalığı anlayabilme alt boyutu, hastanın hastalığını ne kadar anlayabildiğini ortaya koyar. Bu boyuta dair puanın yüksek olması, durumun hasta tarafından anlaşılabilirliğini ifade eder. Duygusal temsiller alt boyutu, hastanın hastalığına dair endişelerini ortaya koyar. Bu boyuta dair puanın yüksek olması, negatif duyguların artmış olduğunu gösterir. Tedavi kontrolü alt boyutu, hastanın uygulanmış olan tedavisinin etkinliğine dair inançlarını ortaya koyar. Bu alt boyuta



dair puanın yüksek olması hastanın tedavisini kontrol edebildiğine dair pozitif inançları olduğunu ifade eder. Ölçeğin Türk toplumundaki geçerlik güvenilirlik çalışmasında bu alt boyuta ait Cronbach Alfa katsayılarının aralığı 0.69-0.77 olarak saptanmıştır (Kocaman ve diğ. 2007). Çalışmamızdaki ölçeğin bu boyutuna dair hesaplanan Cronbach Alfa değeri 0,759'dur.

3-Hastalık Nedenleri Boyutu: Psikolojik atıflar (aile problemleri, stres ya da endişe, aşırı çalışma, kişilik özelliklerim, duygusal durumum), risk faktörleri (diyet-yeme alışkanlıkları, kalıtsal, kendi davranışım, yaşlanma, geçmişimdeki kötü tıbbi bakım, alkol, sigara), kaza veya şans (şans ya da kötü talih, kaza ya da yaralanma) ve bağışıklık (vücut direncinin azalması, çevre kirliliği, bir mikrop ya da virüs,) olmak üzere 4 alt boyutu içermektedir. Ölçeğin Türk toplumundaki geçerlik güvenilirlik çalışmasında bu alt boyuta ait Cronbach Alfa katsayılarının aralığı 0.25-0.72 olarak saptanmıştır (Kocaman ve diğ. 2007). Çalışmamızdaki ölçeğin bu alt boyutuna dair hesaplanan Cronbach Alfa değeri ise 0,679'dur.

### **3.7. Veri Toplama Yöntem ve Süreci**

Nöroloji ile fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniklerine başvuran, araştırmamıza dahil edilme şartlarını taşıyan ve çalışmamıza katılmayı kabul eden inmeli hasta ve yakınları ile görüşülmüştür. Veriler araştırmacı tarafından veri toplama formları aracılığı ile toplanmıştır. Veri toplama işlemi polikliniğin işleyişini aksatmayacak şekilde, hasta ve yakınlarıyla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak ayrı bir odada gerçekleştirilmiştir. Yaklaşık 15-20 dakika içinde anketler uygulanmıştır.

### **3.8. Verilerin Analizi**

İstatistiksel analizler SPSS 20 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Çalışmaya ait verilerin değerlendirilmesinde bazı tanımlayıcı istatistiklerden yararlanılmıştır (en az- en çok değerleri, sayı-yüzde, ortalama). Sayısal değişkenlere ilişkin ortalamalar arasındaki farkın tanımlanmasında bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Ki-kare testi nominal değişkenler arasındaki farkın tanımlanmasında kullanılmıştır. Grup varyanslarının homojenliğini test etmek için Levene testi kullanılmıştır. Hastalık Algısı Ölçeğinin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı

hesaplanmıştır. İstatistiksel analizlerde kullanılan anlamlılık düzeyi  $p=0,05$  olarak kabul edilmiştir.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmamızda bazı sınırlılıklar mevcuttur. Araştırmamızın evrenini veri toplanan tarihler aralığında fizik tedavi ve rehabilitasyon polikliniği ile nöroloji polikliniklerince inme tanısı ile takip edilen hastalar oluşturmuştur. Örneklem grubu dahil edilme kriterlerini taşıyan inmeli hastalardan oluşmaktadır. Araştırmamızın sonuçları bu örneklem grubuna aittir ve bütün inmeli hastalar için genellenemez.

### **3.10. Araştırmanın Güçlükleri**

Veri toplama sürecinde hem inmeye hem de inme dışındaki demans, alzheimer gibi ek rahatsızlıklara bağlı olarak konuşma ve iletişim bozuklukları yaşayan çok sayıda hasta ile karşılaşmıştır. Ayrıca fiziksel sınırlılığında ötürü poliklinik işlemleri bitir bitmez eve dönmek isteyen ve ‘hastam bekleyecek durumda değil’, ‘ambulans/özel araç bekliyor’, ‘uzakta oturuyoruz’ şeklinde ifadelerde bulunan hasta ve yakınları olmuştur. Veri toplama aşamasında karşılaşılan pek çok hasta ve yakını çeşitli gerekçelerle çalışmamıza katılmayı kabul etmemiş olduğundan bu hastalar örneklem grubuna dahil edilememiştir. Bu sebeplerle veri toplama süresi uzatılmıştır.

### **3.11. Araştırmanın Etik Yönü**

Çalışmaya başlamadan önce araştırmanın yapılabilmesi için etik kuruldan izin (EK 5) ve İl Sağlık Müdürlüğü’nden kurum izni (EK 6) alınmıştır. Çalışmanın amacı araştırmacı tarafından çalışmaya katılım gösteren tüm gönüllülere açıklanmıştır. Yazılı onamları (EK 4) alınmıştır. Çalışma Helsinki Deklarasyonu ilkeleri çerçevesinde yürütülmüştür.

## 4. BULGULAR

Çalışma amacıyla görüşülen 227 inme hastasına ilişkin bulgular aşağıda yer alan tablolarda sunulmuştur.

### 4.1. İnmeli Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

Çalışmamıza katılan inmeli hastaların yaş ortalaması  $67,66 \pm 13,20$  olup, hastaların %44,1'i kadındır. Hastaların eğitim yılı ortalamasının  $4,62 \pm 3,56$  olduğu, yarıdan fazlasının (%63,9) eğitim durumunun ilköğretim seviyesinde olduğu görülmektedir. Çalışmamızda yer alan inmeli hastaların %67'si evlidir. Sağlık güvencesi olmayan inmeli hasta oranı %16,3 olup, hastaların %33,4'ü gelir düzeyini 'kötü' olarak algılamaktadır. İnme hastalarının %50,2'si şehirde yaşamakta ve %91,2'si çalışmamaktadır. Çalışmamızda sigara kullanan inme hastalarının oranı %29,5, alkol kullananların oranı ise %7 olarak bulunmuştur. İnme hastalarına ilişkin tanıtıcı özellikler Tablo 4.1'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.1** İnmeli hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (N=227)

<b>Değişken</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	100	44,1
Erkek	127	55,9
<b>Yaş (yıl) Ort ±SS</b>	67,66±13,20	
<b>Eğitim durumu</b>		
Okuryazar değil	36	15,9
Okuryazar	20	8,8
İlköğretim	145	63,9
Lise	18	7,9
Üniversite ve üzeri	8	3,5
<b>Eğitim yılı Ort±SS</b>	4,62±3,56	
<b>Medeni durum</b>		
Evli	152	67
Bekar	75	33
<b>Sağlık güvencesi</b>		
Var	190	83,7
Yok	37	16,3
<b>Gelir düzeyi algısı</b>		
Kötü	76	33,4
Orta	147	64,8
İyi	4	1,8
<b>Yaşamının büyük çoğunluğunu geçirdiği yer</b>		
Şehir	114	50,2
İlçe	77	33,9
Köy	36	15,9
<b>Çalışma durumu</b>		
Evet	20	8,8
Hayır	207	91,2
<b>Sigara kullanımı</b>		
Evet	67	29,5
Hayır	160	70,5
<b>Alkol kullanımı</b>		
Evet	16	7
Hayır	211	93

#### 4.2. Hastalık Özellikleri

Çalışmamıza katılan inmeli hastaların %85,9'u iskemik inme tanısı almıştır ve hastaların yarısından fazlasında (%54,6) vücudunun sol tarafı etkilenmiştir. İnmeli hastaların %59,9'unun yüzü etkilenmiştir. İnmeli hastaların büyük çoğunluğunun (%82,4) hastalık süresi 0-1 yıl aralığındadır. İnme geçiren hastaların %13,2'si inmeye yönelik antitrombotik tedavi kullanmamaktadır. İnme sonrasında rehabilitasyon sürecine devam edenler (%51,1) ile etmeyenlerin (%48,9) oranları birbirine yakındır. İnmeli hastalar arasında en fazla görülen kronik rahatsızlık hipertansiyondur (%69,6). İnmeli hastaların %22,9'unun rekürren inme nedeniyle tedavi gördüğü belirlenmiştir. İnme hastalarının son bir yıldaki acil dışı sağlık kurumuna başvuru sayısı  $5,30 \pm 4,03$  olarak hesaplanmıştır. İnmeli hastalardan son bir yıl içinde çeşitli nedenler ile acile başvuru yapanların oranının %88,1 olduğu belirlenmiştir. İnmeli hastaların %84,1'i sağlık durumunu 'geçen yıla göre daha kötü' olarak algılamaktadır. Araştırma grubunun hastalığa ilişkin özellikleri Tablo 4.2'de sunulmuştur.

**Tablo 4.2** Hastalık özelliklerinin dağılımı (N=227)

<b>Değişken</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>İnme tipi</b>		
İskemik	195	85,9
Hemorajik	28	12,3
Her ikisi de	4	1,8
<b>Vücudun etkilenen tarafı</b>		
Sağ	101	44,5
Sol	124	54,6
Her ikisi de	2	0,9
<b>Yüzün etkilenmesi</b>		
Evet	136	59,9
Hayır	91	40,1
<b>Hastalık süresi</b>		
0-1 ay	94	41,4
1ay üzeri-1yıl	93	41
1yıl üzeri-5yıl	27	11,9
5yıl üzeri	13	5,7
<b>İnmeye yönelik kullanılan tedavi</b>		
Antiagregan	166	73,1
Antikoagülan	24	10,6
Her ikisi	7	3,1
Antiagregan/ antikoagülan kullanımı yok	30	13,2
<b>Rehabilitasyon süreci</b>		
Devam ediyor	116	51,1
Devam etmiyor	111	48,9
<b>Kronik hastalık *</b>		
Diyabetes Mellitus	73	32,2
Hipertansiyon	158	69,6
Koroner Arter Hastalığı	86	37,9
Hiperlipidemi	32	14,1
Diğer	83	36,6

\*Birden fazla yanıt bulunmaktadır.

**Tablo 4.2** Hastalık özelliklerinin dağılımı (N=227) (devam)

<b>Değişken</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Rekürren inme</b>		
Var	52	22,9
Yok	175	77,1
<b>Son bir yıldaki acil dışı sağlık kurumuna başvurusu (Ort±SS)</b>		
	5,30±4,03	
<b>Son bir yıldaki acil başvurusu</b>		
Var	200	88,1
Yok	27	11,9
<b>Geçen yıla göre sağlık durumu algısı</b>		
Daha iyi	12	5,3
Aynı	24	10,6
Daha kötü	191	84,1

### 4.3. İnmeli Hastaların Fonksiyonel Durumuna Ait Özellikleri

Çalışmamıza katılan hastaların fonksiyonel durumları Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (Bİ) ile değerlendirilmiş olup, toplam Bİ puanı 0-20 puan arasında olan 37 hasta tam bağımlı, 21-61 puan arasında olan 69 hasta ileri derecede bağımlı, 62-90 puan arasında olan 48 hasta orta derecede bağımlı, 91-99 puan arasında olan 13 hasta hafif derecede bağımlı, 100 puan alan 60 hasta tam bağımsız olarak değerlendirilmiştir. İnme hastalarının Bİ'den aldıkları puan ortalaması  $63,28 \pm 32,71$  olup, örneklem grubu orta düzey bağımlı hastalardan oluşmaktadır (Tablo 4.3).





**Tablo 4.3** İnme hastalarının fonksiyonel durumlarının dağılımı (N=227)

<b>Barthel İndeksi</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Beslenme</b>		
Tam bağımsız	122	53,7
Yardıma ihtiyacı var	91	40,1
Tam bağımlı	14	6,2
<b>Yıkanma</b>		
Yardıma ihtiyacı yok	82	36,1
Yardıma ihtiyacı var	145	63,9
<b>Kendine bakım</b>		
Yardıma ihtiyacı yok	131	57,7
Yardıma ihtiyacı var	96	42,3
<b>Giyinip soyunma</b>		
Kendisi yapabilir	83	36,6
Yardıma ihtiyacı var	107	47,1
Tam bağımlı	37	16,3
<b>Bağırsak bakımı</b>		
Kendisi yapabilir	70	30,8
Yardıma ihtiyacı var	135	59,5
İnkontinansı mevcut	22	9,7
<b>Mesane bakımı</b>		
Kendisi yapabilir	124	54,6
Yardıma ihtiyacı var	61	26,9
İnkontinan veya kateterli	42	18,5

**Tablo 4.3** İnme hastalarının fonksiyonel durumlarının dağılımı (N=227) (devam)

<b>Barthel İndeksi</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tuvalet kullanımı</b>		
Kendisi yapabilir	107	47,1
Yardıma ihtiyacı var	81	35,7
Tam bağımlı	39	17,2
<b>Tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersi transferler</b>		
Tam bağımsız	99	43,6
Sözel veya fiziksel minimal yardıma ihtiyacı var	60	26,4
Geçiş için yardım alır	36	15,9
Tam bağımlı	32	14,1
<b>Düzgün yüzeyde yürüme/ tekerlekli sandalyeyi kullanabilme</b>		
Yardımsız 45 m yürüebilir/ ekipman kullanabilir	134	59,1
Sözel veya fiziksel yardımla 45 m yürüebilir	35	15,4
Yürüyemez, tekerlekli sandalyeyi kullanabilir	5	2,2
Tekerlekli sandalyede oturabilir ancak kullanamaz	53	23,3
<b>Merdiven inip çıkma</b>		
Bağımsız yapabilir	92	40,5
Yardıma ihtiyacı var	58	25,6
Yapamaz	77	33,9
<b>Bİ toplam (Ort±SS)</b>		
Tam bağımlı (0-20 puan)	37	16,3
İleri derecede bağımlı (21-61 puan)	69	30,4
Orta derece bağımlı (62-90 puan)	48	21,1
Hafif derecede bağımlı (91-99 puan)	13	5,8
Tam bağımsız (100 puan)	60	26,4

#### 4.4. İnme Hastalarının Hastalık Algıları

Çalışmamızda inmeli hastaların hastalık algılarını anlamaya yönelik olarak Hastalık Algısı Ölçeği-HAÖ kullanılmıştır. İnme hastalarının yaşadıkları belirtiler ve bunları hastalıkla ilişkilendirme oranları, hastalık hakkındaki görüşleri, hastalığın olası nedenlerine ilişkin algıları tabloda gösterilmiştir (Tablo 4.4).

Çalışmamıza katılan inmeli hastalar en fazla güç kaybından şikayet etmekte (%76,2) ve hastaların neredeyse tamamı (%96,9) güç kaybını hastalık ile ilişkilendirmektedir. Hastalardan bazıları güç kaybını yaşamasalar da hastalık ile ilişkili bulmuştur. Gözlerde yanma (%3,1) ve hırıltılı solunum (%3,1) hastalık sürecinde en az görülen belirtiler olarak saptanmıştır.

Ölçekte hastalık hakkındaki görüşler süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), duygusal temsiller başlıkları altında özetlenmiş, 22,98±7,24 ile en yüksek puan duygusal temsiller başlığından elde edilmiştir. Duygusal temsiller başlığında yüksek puan negatif duyguların arttığını göstermektedir. En düşük puan ise 14,38±5,33 ile süre (döngüsel) alt başlığından elde edilmiş olup, hastalığın döngüsel doğasına ilişkin algının zayıf olduğunu göstermektedir.

Hastalığın olası nedenlerine ilişkin algılar psikolojik, risk faktörleri, bağışıklık, kaza veya şans olarak gruplandırılmaktadır. Araştırmada yer alan inmeli hastalar hastalığı en fazla 11,76±4,98 puan ile psikolojik nedenler, hemen takiben de 11,75±4,15 puan ile risk faktörleriyle ilişkilendirmektedir (Tablo 4.4).

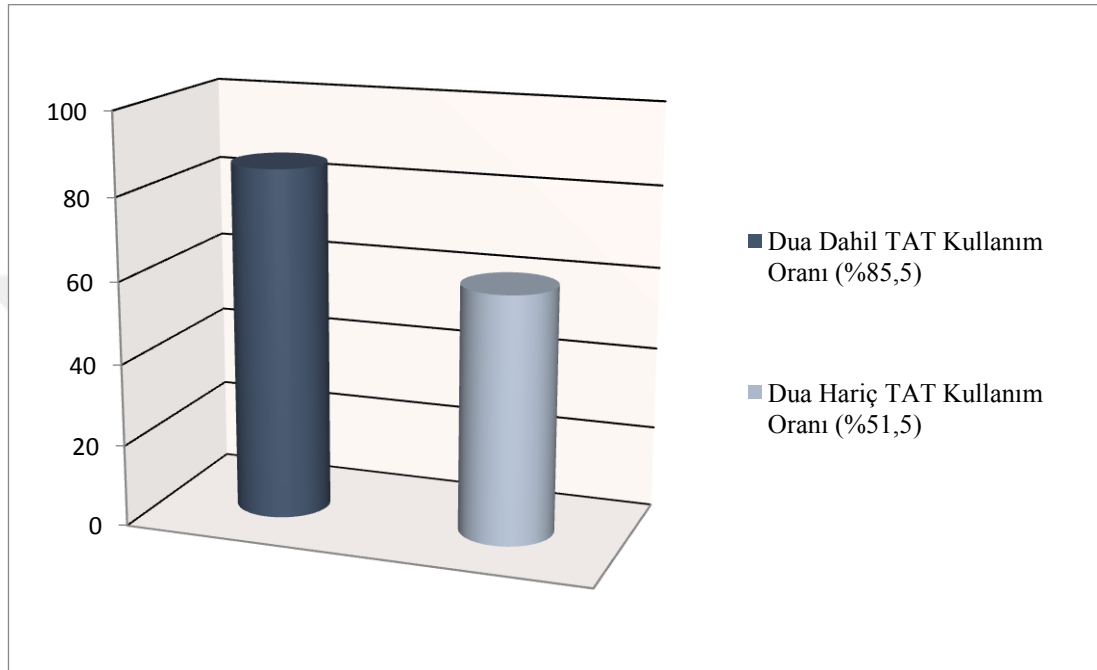
Ölçeğin sonunda yer alan ve ölçeğe ilişkin değerlendirmeye dahil edilmeyen ‘sizce hastalığınızın en önemli nedeni nedir?’ sorusu açık uçlu olarak hastalara yöneltilmiştir. Hasta yanıtları araştırmacı tarafından psikolojik, risk faktörleri, bağışıklık, kaza veya şans olarak kategorize edilmiştir. Verilen yanıtlardan hastaların %48,5’i hastalıklarının risk faktörleri, %43,2’si psikolojik faktörler, %2,6’sı kaza veya şansa bağlı olduğunu, %1,3’ü bağışıklık ile ilişkili olduğunu düşündükleri anlaşılmıştır. Hastaların %4,4’ü ise inmenin hiçbir nedene bağlı olmadığını düşünmektedir (Tabloda gösterilmemiştir).

**Tablo 4.4** Hastaların hastalık algıları dağılımı (N=227)

<b>Hastalık Algısı Ölçeği</b>	<b>Belirtiyi yaşama</b>		<b>Hastalıkla ilişkili bulma</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ağrı	101	44,5	207	91,2
Boğazda yanma	30	13,2	63	27,8
Bulantı	33	14,5	55	24,2
Soluk almada güçlük	28	12,3	37	16,3
Kilo kaybı	62	27,3	139	61,2
Yorgunluk	152	67	207	91,2
Eklem sertliği	57	25,1	123	54,2
Gözlerde yanma	7	3,1	15	6,6
Hırıltılı soluma	7	3,1	20	8,8
Başağrıları	70	30,8	198	87,2
Mide yakınmaları	44	19,4	70	30,8
Uyku güçlükleri	102	44,9	135	59,5
Sersemlik hissi	109	48	184	81,1
Güç kaybı	173	76,2	220	96,9
<b>Hastalık hakkındaki görüşler</b>	<b>Ort±SS</b>			
Süre (akut/kronik)	20,07±8,21			
Sonuçlar	22,61±5,58			
Kişisel kontrol	21,28±8,15			
Tedavi kontrolü	20,50±5,18			
Hastalığı anlayabilme	17,63±6,28			
Süre (döngüsel)	14,38±5,33			
Duygusal temsiller	22,98±7,24			
<b>Hastalığın olası nedenleri</b>	<b>Ort±SS</b>			
Psikolojik	11,76±4,98			
Risk faktörleri	11,75±4,15			
Bağışıklık	3,48±1,34			
Kaza veya şans	2,64±1,38			

#### 4.5. İnme Hastalarının TAT Kullanımı

Çalışmamıza katılan 227 inme hastasının %85,5'inin (n=194) çeşitli TAT yöntemlerini kullandığı tespit edilmiştir. Hastaların dua dışındaki TAT kullanım oranının ise %51,5 olduğu bulgulanmıştır (n=117); (Şekil 4.5.1.).



Şekil 4.5.1. İnmeli hastaların TAT kullanım oranları (N=227)

Çalışmamızdaki inmeli hastaların yarısından fazlasının (%59,3) hastalığın başından itibaren TAT kullandıkları belirlenmiştir. İnmeli hastaların %74,2'sinin TAT kullanımına dair sağlık çalışanını bilgilendirmedikleri saptanmıştır. Sağlık çalışanının bilgisi olduğunu ifade eden hastaların %74'ü sağlık çalışanının TAT kullanımına yaklaşımını 'karşı çıkmıyor' şeklinde ifade etmiştir. TAT kullanımını sağlık çalışanıyla paylaşmayan hastaların gerekçeleri arasında ilk sırada 'gereksiz' (%68,8) olduğu düşüncesi yer almaktadır. Araştırmada yer alan TAT kullanan inmeli hastaların en fazla tercih ettikleri yöntem dua (%94,8), en az hidroterapidir (%1). Aromaterapi kullandığını ifade eden 6 inmeli hastadan 1'i argan yağını, 1'i at kestanesi yağını, 1'i iskit yağını ve 3 kişi de zeytinyağını tercih ettiğini belirtmiştir. Bitkisel ürün kullanan inme hastalarının tek başına/karışım yaparak ceviz (n=8), hindistan cevizi (n=1), çörekotu (n=4), kişniş (n=1), bamya tohumu (n=2), hardal

tohumu (n=1), sarımsak (n=1), limon (n=7), sirke (n=1), tarçın (n=1), mahlep (n=1), zeytinyağı (n=1) ve gıda takviyesi (n=1) kullandıkları belirlenmiştir. Diğer TAT yöntemleri adı altında 1 hastanın akupunktur, 1 hastanın domuz yağı kremi, 4 hastanın adını hatırlamadıkları farklı krem uygulamalarının olduğu belirlenmiştir.

TAT kullanan hastaların %30,9'u öneri sonrası TAT kullanımına başlamıştır. TAT kullanan hastalarda bu önerilerin önemli bölümü arkadaş/aile (%58,3) ve internet/basın (%48,3) yoluyla alınmıştır. TAT için herhangi bir ürün kullanan inmeli hastaların 34'ü TAT için kullandığı ürünleri dışarıdan temin etmekte, bunun için en fazla market/pazarı (%40) tercih etmekte, sadece 1 hasta kullandığı ürünü (ceviz) kendisi yetiştirmektedir. Hastaların büyük çoğunluğu (%82) TAT için herhangi bir harcama yapmamıştır. Aylık TAT gideri hastaların %85,7'sinde 50 TL'nin altındadır. Sadece 1 hasta TAT ürünleri (akupunktur) için ayda 250 TL üzerinde harcama yaptığını ifade etmiştir.

TAT ürünlerinin kullanım süresinin hastaların üçte birinde 1 aydan az (%31,4) ve üçte birinde 12 aydan fazla (%31,4) olduğu belirlenmiştir. İnmeli hastaların %51,4'ü TAT ürünlerini günde 1-2 kez kullanırken %37,1'i 3-4 günde bir kullanmaktadır. Çalışmamızdaki hastaların büyük çoğunluğu (%98,9) TAT kullanımı sırasında tıbbi tedavisine devam ederken, 2 hasta tıbbi tedaviye ara verdiğini ifade etmiştir. Çalışmamızdaki inmeli hastaların TAT kullanımına ilişkin özellikleri Tablo 4.5'de sunulmuştur.

**Tablo 4.5** İnmeli hastaların TAT kullanımına ilişkin özellikleri (n=194)

Özellikler	n	%
<b>TAT kullanma dönemi</b>		
Sadece hastalığın başında	41	21,1
Hastalığın ilerleyen döneminde	38	19,6
Hastalığın başından itibaren	115	59,3
<b>TAT kullanımına dair sağlık personelinin (doktor, hemşire) bilgisi</b>		
Evet	50	25,8
Hayır	144	74,2
<b>Sağlık personelinin TAT kullanımına yaklaşımı (n=50)</b>		
Karşı çıkmıyor	37	74
Karşı çıkıyor	-	-
Karışmıyor	13	26
<b>TAT kullanımını sağlık personeli ile paylaşmama nedenleri* (n=144)</b>		
Soru sormuyor	32	22,2
Zamanı yoktur	22	15,2
Gereksiz	99	68,8
Diğer nedenler	26	18
<b>Kullanılan TAT yöntemleri*</b>		
Masaj	58	29,8
Dua	184	94,8
Gevşeme ve solunum egzersizleri	4	2
Aromaterapi	6	3
Hidroterapi	2	1
Müzik terapi	68	35
Bitkisel ürün	22	11,3
Diğer TAT yöntemleri	6	3
<b>Öneri sonrası TAT kullanımı</b>		
Evet	60	30,9
Hayır	134	69,1

\*Birden fazla yanıt bulunmaktadır.

**Tablo 4.5** İnmeli hastaların TAT kullanımına ilişkin özellikleri (n=194) (devam)

Özellikler	n	%
<b>TAT kullanımı önerisi * (n=60)</b>		
Arkadaş/aile	35	58,3
İnternet/basın	29	48,3
Sağlık personeli	5	8,3
Diğer	2	3,3
<b>TAT ürünleri için harcama</b>		
Var	35	18
Yok	159	82
<b>TAT ürünleri için aylık harcama tutarı (n=35)</b>		
0-50 TL	30	85,7
50-250 TL	4	11,4
250 TL üzeri	1	2,9
<b>TAT ürünleri temin yeri** (n=35)</b>		
İnternet	3	8,6
Market/pazar	14	40
Aktar	8	22,9
Eczane	3	8,5
Değişken	7	20
<b>TAT ürünlerinin kullanım süresi (n=35)</b>		
1 aydan az	11	31,4
1-3 ay	8	22,9
3ay üzeri- 6ay	2	5,8
6ay üzeri-12 ay	3	8,5
12ay üzeri	11	31,4
<b>TAT ürünü kullanma sıklığı (n=35)</b>		
Günde 1-2 kez	18	51,4
3-4günde 1 kez	13	37,1
Haftada 1kez	2	5,7
15günde 1kez	1	2,9
Ayda 1kez	1	2,9
<b>TAT kullanırken tıbbi tedaviyi sürdürme</b>		
Ara verdim	2	1,1
Birlikte kullandım	192	98,9

\*Birden fazla yanıt bulunmaktadır. \*\* Temin edilmesi gereken ürün kullanan hastalara yöneltilmiştir.



#### **4.6. İnmeli Hastaların TAT Kullanımına İlişkin Görüşleri**

TAT kullanan 194 hastanın, %59,7'si 'belki faydalı olabilir' düşüncesi ile %56,1'i 'faydalı' olduğu için TAT kullanmayı tercih etmiştir. Hastaların yarısından fazlası (%69) TAT kullanım amacı olarak 'hastalığının iyileşmesini' ifade etmiştir. TAT yöntemlerini kullanan inme hastalarından %3,6'sı TAT yöntemlerinden fayda görmediğini iki kişi de zarar gördüğünü belirtmiştir. Zarar gördüğünü ifade eden iki hastadan biri; ağrısına yönelik yaptırdığı masajın ağrısını şiddetlendirdiğini ifade etmiştir. Diğeri ise; kullanmaya başladıktan bir hafta sonra ikinci inmeyi geçirmesinin nedeninin gıda takviyesi olduğunu düşünmektedir. Çalışmamıza katılan inmeli hastaların TAT kullanımına dair görüşleri Tablo 4.6'da sunulmuştur.



**Tablo 4.6** TAT kullanan inmeli hastaların TAT kullanımına ilişkin görüşleri (n=194)

<b>Görüşler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>TAT tercih etme nedenleri*</b>		
Doğal olması	34	17,5
Faydalı olması	109	56,1
Fayda sağlama olasılığı	116	59,7
Kolay ulaşma	6	3,0
Diğer	8	4,1
<b>TAT kullanım amacı*</b>		
Ağrı gidermek	28	14,4
İyileşmek	134	69,0
Rahatlamak	93	47,9
Semptomatik	21	10,8
<b>TAT yöntemlerinin yan etkisini (zararını) görme</b>		
Evet	2	1
Hayır	192	99
<b>TAT yöntemlerinden fayda sağlama</b>		
Evet	187	96,4
Hayır	7	3,6

\*Hastalar birden fazla seçenek tercih etmiştir.

#### 4.7. Hasta Özelliklerine Göre TAT Kullanımı

Çalışmamızdaki inmeli kadın hastaların %97'si TAT tercih ederken, erkeklerde bu oran 76,3'tür. TAT kullanımı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, çalışmada yer alan kadın hastaların daha fazla TAT kullandıkları saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Hastaların gelir düzeyi algısı ile TAT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Gelir durumunu yetersiz algılayan hastaların %90,8'i TAT kullanırken, %9,2'si TAT kullanmamaktadır.

TAT kullanımı ile yaş, eğitim durumu, medeni durum, sağlık güvencesi, yaşamının büyük çoğunluğunu geçirdiği yer, çalışma durumu, sigara ve alkol kullanımı arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Hasta özelliklerine göre TAT kullanımına ait veriler aşağıdaki tabloda yer almaktadır (Tablo 4.7).

**Tablo 4.7** Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre TAT kullanımı (N=227)

Özellik	TAT kullanımı		Analiz
	Var (n=194)	Yok (n=33)	
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	97(%97,0)	3(%3,0)	$\chi^2=19,150$
Erkek	97 (%76,3)	30 (%23,7)	<b>p:0,00</b>
<b>Yaş (yıl)</b>			
65 yaş altı	71(%83,6)	14(%16,4)	$\chi^2=0,409$
65 yaş ve üzeri	123(%86,6)	19(%13,4)	p:0,523
<b>Eğitim durumu</b>			
Okuryazar değil	32(%88,8)	4(%11,2)	$\chi^2=0,801$
Okuryazar/ilköğretim	141(%85,4)	24(%14,6)	p:0,670
Lise ve üzeri	21(%80,7)	5(%19,3)	
<b>Medeni durum</b>			
Evli	126(%82,9)	26(%17,1)	$\chi^2=2,442$
Bekar	68(%90,6)	7(%9,4)	p:0,118
<b>Sağlık güvencesi</b>			
Var	163(%84,1)	27(%81,9)	$\chi^2=0,100$
Yok	31(%15,9)	6(%18,1)	p:0,751
<b>Gelir düzeyi algısı</b>			
Kötü	69(%90,8)	7(%9,2)	$\chi^2=6,163$
Orta	123(%83,6)	24(%16,4)	<b>p:0,046</b>
İyi	2(%50,0)	2(%50,0)	
<b>Yaşamının büyük çoğunluğunu geçirdiği yer</b>			
Şehir	101(%88,6)	13(%11,4)	$\chi^2=2,428$
İlçe	62(%80,5)	15(%19,5)	p:0,297
Köy	31(%86,1)	5(%13,9)	
<b>Çalışma durumu</b>			
Evet	17(%85,0)	3(%9,0)	$\chi^2=0,004$
Hayır	177(%85,5)	30(%14,5)	p:0,951
<b>Sigara kullanımı</b>			
Evet	56(%83,6)	11(%16,4)	$\chi^2=0,271$
Hayır	138(%86,2)	22(%13,8)	p:0,603
<b>Alkol kullanımı</b>			
Evet	12(%75,0)	4(%25,0)	$\chi^2=1,517$
Hayır	182(%86,2)	29(%13,8)	p:0,218

#### 4.8. Hastalık Özelliklerine Göre TAT Kullanımı

Çalışmamızda inmeli hastaların TAT kullanımı inme tipine, yüzün etkilenmesine, vücudun etkilenen tarafına, hastalık süresine, inmeye yönelik kullanılan tedaviye, inme dışındaki kronik hastalığa, son bir yıldaki acil dışı sağlık kurumuna ve acil başvurusuna, geçen yıla göre sağlık durumu algısına göre değişiklik göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

İnme hastalarının TAT kullanımları rehabilitasyon süreci devam edenler ile etmeyenler arasında ve ilk kez inme geçirenler ile rekürren inme geçirenler arasında istatistiksel açıdan farklı bulunmuştur. Rekürren inme geçirenlerde, rehabilitasyon süreci devam edenlerde TAT kullanımı daha fazladır ( $p<0,05$ ; Tablo 4.8).

**Tablo 4.8** Hastalık özelliklerine göre TAT kullanımı (N=227)

Değişken	TAT kullanımı		Analiz
	Var (n=194)	Yok (n=33)	
<b>İnme tipi</b>			
İskemik	164(%84,1)	31(%15,9)	
Hemorajik	27(%96,4)	1(%3,6)	$\chi^2=3,353$
Her ikisi de	3(%75)	1(%25)	p:0,187
<b>Vücudun etkilenen tarafı</b>			
Sağ	85(%84,1)	16(%15,9)	
Sol	107(%86,2)	17(%13,8)	$\chi^2=0,547$
Her ikisi de	2(%100)	-	p:0,761
<b>Yüzün etkilenmesi</b>			
Evet	116(%85,3)	20(%14,7)	$\chi^2=0,008$
Hayır	78(%85,7)	13(%14,3)	p:0,930
<b>Hastalık süresi</b>			
0-1 ay	80(%85,1)	14(%14,9)	
1ay üzeri-1yıl	77(%82,8)	16(%17,2)	$\chi^2=3,100$
1yıl üzeri-5yıl	26(%96,3)	1(%3,7)	p:0,376
5yıl üzeri	11(%84,6)	2(%15,4)	
<b>İnmeye yönelik kullanılan tedavi</b>			
Antiagregan	140(%84,3)	26(%15,7)	
Antikoagülan	20(%83,3)	4(%16,7)	
Her ikisi de	6(%85,7)	1(%14,3)	$\chi^2=1,753$
Antiagregan/ antikoagülan kullanımı yok	28(%93,3)	2(%6,7)	p:0,625
<b>Rehabilitasyon süreci</b>			
Devam ediyor	106(%91,4)	10(%8,6)	$\chi^2=6,684$
Devam etmiyor	88(%79,3)	23(20,7)	<b>p:0,010</b>

**Tablo 4.8** Hastalık özelliklerine göre TAT kullanımı (N=227) (devam)

Değişken	TAT kullanımı		Analiz
	Var (n=194)	Yok (n=33)	
<b>Diyabetes mellitus</b>			
Var	60(%82,2)	13(%17,8)	$\chi^2=0,927$
Yok	134(%87)	20(%13)	p:0,336
<b>Hipertansiyon</b>			
Var	136(%86)	22(%14)	$\chi^2=0,157$
Yok	58(%84)	11(%16)	p:0,692
<b>Koroner Arter Hastalığı</b>			
Var	72	14	$\chi^2=0,338$
Yok	122	19	p:0,561
<b>Hiperlipidemi</b>			
Var	25(%88,1)	7(%21,9)	$\chi^2=1,614$
Yok	169(%86,6)	26(13,4)	p:0,204
<b>Diğer kronik hastalık varlığı</b>			
Var	73(%87,9)	10(%12,1)	$\chi^2=0,653$
Yok	121(%84)	23(%16)	p:0,419
<b>Rekürren inme</b>			
Var	49(%94,2)	3(%5,8)	$\chi^2=4,174$
Yok	145(%82,8)	30(%17,2)	<b>p:0,041</b>
<b>Son bir yıl içindeki acil dışı sağlık kurumuna başvuru sayısı</b>			
Ort±SS	5,40±4,18	4,66±2,87	t=0,977
			p:0,330
<b>Son bir yıl içindeki acil başvurusu</b>			
Var	170(%85)	30(%15)	$\chi^2=0,290$
Yok	24(%88,8)	3(%11,2)	p:0,590
<b>Geçen yıla göre sağlık durumu algısı</b>			
Daha iyi	12(%100)	-	$\chi^2=2,193$
Aynı	20(%83,3)	4(%16,7)	p:0,334
Daha Kötü	162(%84,8)	29(%15,2)	

#### 4.9. Hastaların Fonksiyonel Durumuna Göre TAT Kullanımı

Hastaların fonksiyonel durumları Bİ ile değerlendirilmiştir. Bİ puan ortalamaları TAT kullanan hastalarda yaklaşık 10 puan daha yüksek olmakla birlikte, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $p>0.05$ ). Fonksiyonel durum kategorize edilerek yapılan değerlendirmede ise TAT kullanımı ile fonksiyonel durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre TAT kullanım oranları orta düzeyde bağımlı olan hastalarda daha fazladır ( $p<0.05$ ); (Tablo 4.9).

**Tablo 4.9** Fonksiyonel duruma göre TAT kullanımı (N=227)

Fonksiyonel durum (Bİ)	TAT kullanımı				Analiz
	Var (n=194)		Yok (n=33)		
	n*	%	n*	%	
Tam bağımlı	27 (31,6)	13,90	10 (5,4)	30,30	
İleri derecede bağımlı	60 (59,0)	30,90	9 (10,0)	27,30	
Orta derece bağımlı	46 (41,0)	23,70	2 (7,0)	6,10	$\chi^2=10,111$ <b>p:0,039</b>
Hafif derecede bağımlı	12 (11,1)	6,20	1 (1,9)	3,00	
Tam bağımsız	49 (51,3)	25,30	11 (8,7)	33,30	
Bİ toplam puan (Ort±SS)	64,69±31,52		55,00±38,49		t=1,578 p:0,116

\*Beklenen değerler parantez içinde gösterilmiştir.



#### 4.10. Hastalık Algısına Göre TAT Kullanımı

Çalışmamızdaki inme hastalarından en çok bulantı şikayeti olanların (%97) TAT kullandıkları görülmektedir. Daha sonra sırasıyla soluk almada güçlük (%96,4), boğazda yanma (%93,3), mide yakınmaları (%90,9) ve baş ağrısı (%90) şikayetleri olan hastaların TAT kullanımını tercih ettikleri belirlenmiştir. Tüm belirtiler arasında sadece bulantısı olanlarda TAT kullanımı istatistiksel olarak daha fazla idi ( $p<0,05$ ). Hastaların HAÖ'nin hastalık tipi alt boyutuna göre TAT kullanım oranları aşağıdaki tabloda sunulmuştur (Tablo 4.10).



**Tablo 4.10** Hastaların HAÖ'nin hastalık tipi alt boyutuna göre TAT kullanımı (N=227)

Belirti	TAT Kullanımı		Analiz
	Var (n=194)	Yok (n=33)	
<b>Ağrı</b>			
Var	90 (%89,1)	11 (%10,9)	$\chi^2=1,95$
Yok	104 (%82,5)	22 (%17,5)	p:0,163
<b>Boğazda yanma</b>			
Var	28 (%93,3)	2 (%6,7)	$\chi^2=1,72$
Yok	166 (%84,3)	31 (%15,7)	p:0,19
<b>Bulantı</b>			
Var	32 (%97,0)	1 (%3,0)	$\chi^2=4,12$
Yok	162 (%83,5)	32 (%16,5)	<b>p:0,04</b>
<b>Soluk almada güçlük</b>			
Var	27 (%96,4)	1 (%3,6)	$\chi^2=3,09$
Yok	167 (%83,9)	32 (%16,1)	p:0,08
<b>Kilo kaybı</b>			
Var	53 (%85,5)	9 (%14,5)	$\chi^2=0,00$
Yok	141 (%85,5)	24 (%14,5)	p:0,996
<b>Yorgunluk</b>			
Var	129 (%84,9)	23 (%15,1)	$\chi^2=0,13$
Yok	65 (%86,7)	10 (%13,3)	p:0,72
<b>Eklemler sertliği</b>			
Var	51 (%89,5)	6 (%10,5)	$\chi^2=0,986$
Yok	143 (%84,1)	27 (%15,9)	p:0,321

**Tablo 4.10** Hastaların HAÖ'nin hastalık tipi alt boyutuna göre TAT kullanımı (N=227) (devam)

Belirti	TAT Kullanımı		Analiz
	Var (n=194)	Yok (n=33)	
<b>Gözlerde yanma</b>			
Var	6 (%85,7)	1 (%14,3)	$\chi^2=0,00$
Yok	188 (%85,5)	32 (%14,5)	p:0,985
<b>Hırıltılı soluma</b>			
Var	6 (%85,7)	1 (%14,3)	$\chi^2=0,00$
Yok	188 (%85,5)	32 (%14,5)	p:0,985
<b>Baş ağrıları</b>			
Var	63 (%90,0)	7 (%10,0)	$\chi^2=1,68$
Yok	131 (%83,4)	26 (%16,6)	p:0,195
<b>Mide yakınmaları</b>			
Var	40 (%90,9)	4 (%9,1)	$\chi^2=1,03$
Yok	154 (%84,2)	29 (%15,8)	p:0,254
<b>Uyku güçlükleri</b>			
Var	85 (%82,5)	18 (%17,5)	$\chi^2=0,695$
Yok	109 (86,5)	17 (%13,5)	p:0,405
<b>Sersemlik hissi</b>			
Var	89 (%81,7)	20 (%18,3)	$\chi^2=2,451$
Yok	105 (%89,0)	13 (%11,0)	p:0,117
<b>Güç kaybı</b>			
Var	147 (%85)	26 (%15)	$\chi^2=0,141$
Yok	47 (%87,0)	7 (%13,0)	p:0,707

#### 4.11. Hastalık Hakkındaki Görüşlere Göre TAT Kullanımı

TAT kullanan inmeli hastalara ait en yüksek puan  $23,38 \pm 7,15$  ile duygusal temsiller alt başlığında, en düşük puan ise  $14,69 \pm 5,22$  ile süre (döngüsel) alt başlığında yer almaktadır.

TAT kullanan ve kullanmayanlar arasında kişisel kontrol, tedavi kontrolü, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller alt başlıklarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış ( $p < 0,05$ ); süre, sonuçlar, hastalığı anlayabilme alt başlıklarında ise anlamlı bir fark oluşmamıştır ( $p > 0,05$ ). Bu durum TAT kullanan inmeli hastaların kullanmayanlara göre; daha fazla negatif duygular taşıdığını, hastalığın döngüsel doğası olduğuna, hastalığını ve tedavisini kontrol edebildiğine dair inancının daha fazla olduğunu göstermektedir.

İnmeli hastaların hastalık hakkındaki görüşlerine göre TAT kullanımına ait veriler aşağıdaki tabloda sunulmuştur (Tablo 4.11).

**Tablo 4.11** Hastaların HAÖ'nin hastalık hakkındaki görüşler alt boyutuna göre TAT kullanımı (N=227)

Hastalık hakkındaki görüşler	TAT kullanımı		Analiz
	Var (n=194)	Yok (n=33)	
	Ort±SS	Ort±SS	
Süre	20,16±8,01	19,61±9,43	t:0,357 p:0,721
Sonuçlar*	22,84±5,25	21,30±7,19	t:1,171 p:0,249
Kişisel Kontrol	21,98±7,85	17,19±8,78	t:3,192 <b>p:0,002</b>
Tedavi Kontrolü	20,86±4,91	18,42±6,30	t:2,115 <b>p:0,041</b>
Hastalığı anlayabilme	17,82±6,15	16,55±7,01	t:1,082 p:0,281
Süre (döngüsel)	14,69±5,22	12,61±5,69	t:2,086 <b>p:0,038</b>
Duygusal temsiller	23,38±7,15	20,63±7,45	t:2,026 <b>p:0,044</b>

\*Levene testine göre varyans eşit dağılmamıştır.

#### 4.12. Hastalığın Olası Nedenlerine Göre TAT Kullanımı

TAT kullanan ve kullanmayan hastalar arasında hastalığı psikolojik nedenler, risk faktörleri, kaza veya şans faktörleri ile ilişkilendirme yönünden fark bulunmazken ( $p>0,05$ ), TAT kullanan hastalarda hastalığı bağışıklık ile ilişkilendirme daha fazla bulunmuştur ( $p<0,05$ ); (Tablo 4.12).

**Tablo 4.12** Hastaların HAÖ'nin hastalık nedenleri alt boyutuna göre TAT kullanımı (N=227)

Olası neden	TAT kullanımı		Analiz
	Var (n=194)	Yok (n=33)	
	Ort±SS	Ort±SS	
Psikolojik	11,82±5,02	11,45±4,85	t:0,388 p:0,698
Risk faktörleri	11,85±4,24	11,21±3,63	t:0,815 p:0,416
Bağışıklık	3,53±1,41	3,18±0,77	t:2,078 <b>p:0,041</b>
Kaza veya şans	2,68±1,43	2,42±1,06	t:0,982 p:0,231

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, kullanımı giderek yaygınlaşan TAT yöntemlerinin inmeli hastalardaki kullanım durumunun belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmamızdan elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır.

- 5.1 İnmeli Hastalarda TAT Kullanma Oranları
- 5.2 İnmeli Hastaların TAT Kullanımına İlişkin Özellikleri
- 5.3 İnmeli Hastaların TAT Kullanımına İlişkin Görüşleri
- 5.4 Hasta Özelliklerine Göre TAT Kullanımı
- 5.5 Hastalık Özelliklerine Göre TAT Kullanımı
- 5.6 Hastaların Fonksiyonel Durumuna Göre TAT Kullanımı
- 5.7 Hastalık Algısına Göre TAT Kullanımı

### 5.1. İnmeli Hastalarda TAT Kullanma Oranları

Birçok kronik hastalığın beraberinde getirdiği bazı sorunlar nedeniyle TAT yöntemleri tercih edilebilmektedir. Bazı araştırmalarda kronik hastalıkların TAT kullanımını etkilemediği ifade edilse de (Ayele ve diğ. 2017, Ching ve diğ. 2013, Shah ve diğ. 2008) kronik hastalığı olan bireylerin TAT yöntemlerini daha fazla bildiklerini ve tercih ettiklerini ortaya koyan oldukça fazla sayıda çalışma mevcuttur (Guillaud ve diğ. 2019, Cevik ve Selcuk 2019, Gücük İpek ve diğ. 2013, Güven ve diğ. 2013, Sağkal ve diğ. 2013).

Toplumumuzda da yaygın olarak görülen, aynı zamanda hasta ve yakınlarının yaşam konforunu önemli derecede etkileyebilen rahatsızlıklardan biri olan inmede de, TAT kullanımının azımsanmayacak seviyede olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızdaki inmeli hastaların %85,5'i dua dahil çeşitli TAT yöntemlerini kullanırken, %51,5'i dua dışındaki farklı TAT yöntemlerini kullanmaktadır (Şekil 4.5.1.). Literatür incelendiğinde, inme hastaları ile yürütülsün yürütülmesin yapılan çalışmaların bazılarında dua etme, namaz kılma gibi spiritual uygulamalar TAT olarak değerlendirilmezken (Yeh ve diğ. 2017, Kadir ve diğ. 2015, Shin ve diğ. 2008) bazılarında TAT başlığı altında yer almıştır (Duman ve diğ. 2018, Yeşil ve diğ. 2018, Ali ve diğ. 2015). Buna bağlı olarak TAT kullanım oranlarında farklar oluşabilmektedir. Bunun yanı sıra bireysel, kültürel, bölgesel ve dini farklılıkların da TAT kullanım oranlarına etkisinin olabileceği bilinmektedir.

ABD’de 2015 yılı İlaç Deneyimi ve Eczacıların Rollerine İlgili Ulusal Tüketici Anketi (National Consumer Surveys on the Medication Experience and Pharmacists' Roles-NCSME-PR) verilerine ait 26157 katılımcıyla gerçekleştirilen bir çalışmada %48,7 oran ile bitkisel destek kullanan kronik hastalıklar arasında inmenin birinci sırada yer aldığı ifade edilmektedir (Rashrash ve diğ. 2017).

Ali ve diğ. (2015)’nin Malezya’da yaptığı çalışmada inmeli hastaların yaklaşık %66’sının rehabilitasyon sürecinde TAT yöntemlerine başvurdukları belirlenmiştir. Yine Malezya’da inmeli hastalarla yapılan başka bir çalışmada TAT kullananların oranı %66,7 olarak bildirilmiştir (Kadir ve diğ. 2015). Kore’de yürütülen bir çalışmada inme hastalarının TAT kullanım oranı %54 olarak belirlenmiş olup, hastaların %68’inin farklı bir TAT yöntemini denediği de saptanmıştır (Shin ve diğ. 2008). Tayvan’da 2000-2009 yılları arasında 15330 inmeli hasta ile yapılan çalışmada inmeli hastalarının genel nüfusa kıyasla daha fazla TAT kullandığı ve araştırmanın sürdüğü 9 yıl içinde inmeli hastalarda TAT kullanımının daha da arttığı belirlenmiştir (Liao ve diğ. 2012). Bu sonuçlar hastaların yaşam kalitesini yükseltme çabası olarak yorumlanabilir.

## **5.2. İnmeli Hastaların TAT Kullanımına İlişkin Özellikleri**

Çalışmamızdaki inmeli hastaların %59,3’ü inme hastalığının başlaması ile birlikte TAT yöntemlerine yönelmişlerdir. Hastaların %31,4’ü bir aydan daha kısa süredir TAT ürünlerini kullanmakta iken, yine aynı oranda hasta tarafından (%31,4) bir yıldan uzun süredir TAT ürünleri kullanılmaktadır. TAT ürünleri kullanma sıklığı hastaların %51,4’ü tarafından günde 1-2 kez olarak ifade edilmiştir (Tablo 4.5).

Shin ve diğ. (2008)’nin çalışmasında inmeli hastaların %74’ünün TAT kullanmaya hastalığın ilk üç aylık döneminde başladığı ve hastaların yarıdan fazlasında (%87) TAT kullanım süresinin 0-6 ay arasında değiştiği belirlenmiştir. Ali ve diğ. (2015)’nin Malezya’da yaptığı çalışmasında hastaların inme geçirdikten ortalama 6 hafta sonra TAT kullanmaya başladıkları ve 16 hafta boyunca bu uygulamaları devam ettirdikleri ortaya konmuştur.

Çalışmamızda TAT kullanan inmeli hastaların %74,2'sinin sağlık çalışanını bilgilendirmediği ve bilgilendirme yapmayanların %68,8'inin bunu 'gereksiz' gördüğü bulgulanmıştır. TAT kullandığını sağlık çalışanı ile paylaşan inmeli hastaların %74'ü sağlık çalışanlarının TAT kullanımına yaklaşımını 'karşı çıkmıyor' şeklinde ifade etmiştir (Tablo 4.5).

Shin ve diğ. (2008)'nin Kore'de yaptığı çalışmada araştırma sonucumuzu destekler şekilde inmeli hastaların yarısından fazlasının (%64) TAT kullanımını sağlık çalışanı ile paylaşmadığı ortaya konmuştur. Farklı kronik rahatsızlıklarda da durum benzer şekildedir. Diyabetik ayak tanılı hastaların %82,5'inin (Coşkunırmak ve Boyraz 2018), hipertansiyon tanılı hastaların %72,1'inin (Güven ve diğ. 2013), kanser tanılı hastaların %57,1'inin (Farooqui ve diğ. 2016), kronik rahatsızlığı olan hastaların %69,2'sinin (Ayele ve diğ. 2017) TAT kullanımını sağlık çalışanına iletmediği belirlenmiştir.

TAT kullanımını sağlık çalışanı ile paylaşmama gerekçeleri arasında en fazla kanser hastalarının 'bilmesi önemli değil' (Farooqui ve diğ. 2016), hipertansiyon hastalarının 'gereksiz' (Güven ve diğ. 2013), kalp hastalarının 'sağlık çalışanı bu konuda soru sormuyor' (Gücük İpek ve diğ. 2013) şeklindeki ifadeleri belirtilmiştir.

Literatürde sağlık çalışanlarının TAT kullanımına yaklaşımlarının farklılık gösterdiği belirtilmektedir. Sağlık çalışanının TAT kullanımı konusundaki tutumu, çalışmanın yapıldığı toplumun kültürel yapısına ve hastalık türüne göre değişkenlik gösterebilir. Örneğin Malezya'da yürütülen bir çalışmada sağlık çalışanlarının kanser hastalarının TAT kullanmalarına karşı çıkmadıkları belirtilmektedir (Farooqui ve diğ. 2016). Toplumumuzda çoğu sağlık çalışanı TAT yöntemlerini modern tıp yöntemleri ile bağdaştıramasa da, ülkemizde sağlık çalışanının TAT yöntemlerine karşı tutumu giderek değişmektedir. Bu tutum, 2014 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan 'Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği' (Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği 2014, sayı: 29158) sonrası sağlık kuruluşlarında ilgili birimlerin de kurulmaya başlanması ile daha destekleyici bir hal almaktadır. Bu nedenle hastaların kullandığı TAT yöntemlerini sağlık çalışanları ile giderek daha da rahat paylaşılır hale geleceği düşünülmektedir.



Çalışmamızda inmeli hastalar tarafından en çok tercih edilen TAT yöntemlerinin %94,8 ile dua, %35 ile müzik terapi, %29,8 ile masaj ve %11,3 ile bitkisel ürün olduğu saptanmıştır. Hidroterapinin 2 kişi, aromaterapinin 6 kişi, akupunkturun sadece 1 kişi tarafından tercih edildiği bulgulanmıştır (Tablo 4.5).

Ali ve diğ. (2015)'nin Malezya'da yürütülen çalışmasında inmeli hastaların %40,4'ünün akupunkturu, %40,4'ünün masajı tercih ettikleri ifade edilmektedir. Tayvan'da inme hastalarının 2000 yılında %12 olan akupunktur tercih oranı, 2008 yılında %17'ye yükselmiştir (Weng ve diğ. 2016). Her iki çalışmada da yüksek oranda akupunktur tercih edilmesi ilk bakışta dikkat çekmekle birlikte, çalışmaların akupunkturun her alanda yaygın olarak kullanıldığı ülkelere ait olması yönünden beklenen bir sonuç olabilir. Akupunkturun inme ile ilgili olumlu etkileri bilimsel araştırmalarla kanıtlanmış olmakla birlikte (Chen ve diğ. 2019, Ge ve diğ. 2017), çalışmamızdaki inmeli hastalar tarafından pek tercih edilmediği görülmektedir. Bu durum çalışmamızdaki hastaların konu ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmamasından kaynaklanabilir.

Ülkemizde inme hastalarının TAT kullanımına ilişkin yürütülen çalışmaya rastlanılmaması nedeni ile konu diğer kronik hastalıklarda tercih edilen TAT yöntemleri ile tartışılmaya çalışılmıştır. Duru Aşiret ve diğ. (2017) MS tanılı hastaların en fazla kullandığı TAT yöntemlerini bitkisel ürünler, vitamin desteği ve dua etme olarak sıralamaktadır. Kütmeç Yılmaz ve diğ. (2017)'ne ait çalışmada bitkisel ürün/vitamin desteğinin (%73,5) KOAH'lı hastaların en çok tercih ettiği TAT yöntemi olduğu ifade edilmektedir.

Çalışmamızda hastaların çoğunluğu (%69,1) herhangi bir öneri olmaksızın, kendiliğinden TAT yöntemlerini kullanmaya başlamıştır. Öneri sonrasında TAT kullandığını ifade eden 60 hastanın %58,3'ü arkadaş/aile, %48,3'ü internet/basın yoluyla bu önerileri almıştır (Tablo 4.5). Hasta bireylerin en çok yakın çevresiyle etkileşim halinde olduğu düşünülürse en fazla öneri alınan kaynağın arkadaş/aile bireylerinin olması çalışmamız için beklenen bir sonuçtur. Öte yandan iletişim araçlarında TAT ile ilgili programlara, haberlere fazlaca yer verilmesi nedeniyle çalışmamızdaki inmeli hastaların bir diğer önemli öneri kaynağının internet/basın olması da şaşırtıcı değildir.

İnmeli hastalarla yapılan çalışma sonuçları araştırma sonucumuzla paralellik göstermekte olup; en fazla öneri alınan kaynağın Yeh ve diğ. (2017)'nin çalışmasında akraba/arkadaş (%36,8), Shin ve diğ. (2008)'nin çalışmasında aile/akraba (% 66) olduğu ortaya konmuştur.

Çalışmamızda TAT ürünleri için harcama yaptığını belirten inmeli hastaların oranı %18 olup, harcama yapanların %85,7'sinde aylık harcama tutarının 50 TL'nin altında olduğu saptanmıştır. İnmeli hastalar TAT ürünlerini en fazla market/pazardan (%40) temin etmektedirler (Tablo 4.5).

Tip 2 diyabet tanılı hastaların aylık olarak ortalama 16,9 dolar veya daha az miktarı TAT için harcadığı belirlenmiştir (Ching ve diğ. 2013). Farooqui ve diğ. (2016)'ne ait çalışmada kanser tanılı hastaların %23,4'ü aylık 101-500 Malezya Ringiti harcama yapmaktadır. Shin ve diğ. (2008)'nin çalışmasında inmeli hastaların %60'ının TAT için harcama yaptığı ve ortalama tutarın her hastada 373 ABD doları olduğu ifade edilmektedir. Çalışmamızdaki hastaların TAT için yaptıkları harcamanın diğer çalışma sonuçlarına kıyasla az olmasının nedeni çalışmamızdaki inmeli hastaların TAT yöntemlerinden harcama gerektirmeyecek manevi uygulamalara daha fazla yönelmesi olabilir.

TAT ürünlerini temin etmek için en çok kronik rahatsızlığı olan hastaların %56,6 ile market/pazara (Nural ve Çakmak 2018), DM tanılı hastaların %55,5 ile aktara (Kaynak ve Polat 2017) başvurdukları ifade edilmektedir.

### **5.3. İnmeli Hastaların TAT Kullanımına İlişkin Görüşleri**

Çalışmamızda TAT kullanan inmeli hastaların TAT kullanma amaçları sorgulandığında genellikle birden fazla amaç belirtilmiştir. Hastaların %69'u 'iyileşmek' için, %59,7'si 'belki faydalı olabilir' düşüncesi ile, %56,1'i 'faydalı olduğuna inandığı' için TAT kullanmakta idi. TAT kullanan inmeli hastalardan fayda gördüğünü ifade edenlerin oranı %96,4 iken, iki kişi zarar gördüğünü ifade etmiştir (Tablo 4.6).

Yeh ve diğ. (2017)'nin çalışmasında inmeli hastaların TAT'ı en fazla mevcut tıbbi tedaviyi desteklemek amacıyla kullandığı ve hastalık belirtilerini hafifletmesini

beklediğini ortaya koymuştur. Çalışmada TAT kullanımını kademeli olarak etkin bulanların oranı %61,3 iken, ciddi yan etkisi ile karşılaştığını bildirenlerin oranı %0,5'tir.

Ali ve diğ. (2015)'nin çalışmasında inmeli hastaların TAT yöntemlerini hastalığın getirdiği belirtileri azaltmak için kullandığı ve doğal kaynaklardan üretilmeleri nedeniyle güvenli buldukları belirtilmektedir. Aynı zamanda inmeli hastaların ilaçlarla birlikte kullanılması durumunda TAT ürünlerinin zarar verebileceğini ve ciddi yan etkilerinin olabileceğini düşündükleri belirtilmiştir.

Shin ve diğ. (2008)'in çalışmasında TAT kullanımının inme hastalarının %84'ünde inmeye ait belirtileri azalttığı, %16'sında kendini iyi hissettirdiği ifade edilmektedir. TAT'ın etkinliğini kabul eden inmeli hastaların oranı %57 olarak saptanmış olup, hastaların %15'i TAT kullanımına bağlı cilt problemleri, alerji, halsizlik, yorgunluk ve toksik etki gibi yan etkiler yaşadığını belirtmişlerdir.

Yang ve diğ. (2018)'ne ait 5206 iskemik inme tanılı hastayı kapsayan 14 randomize kontrollü klinik çalışmanın incelendiği sistematik derleme ve meta analiz çalışmasında, mevcut tedaviye ek olarak bitkisel ürün kullanan akut iskemik inme tanılı hastalarda ciddi yan etkilerle karşılaşılmadığı ifade edilmektedir. Aynı çalışmada hastaların yaşam kalitelerinin yükseldiği ve yeni bir inme geçirme riskinin azaldığı tespit edilmekle birlikte, söz konusu bitkisel ürünün faydasına dair güçlü kanıtların varlığına ihtiyaç duyulduğu ifade edilmektedir.

Çalışmamız ve incelenen diğer benzer çalışmalar doğrultusunda inme hastalarının TAT kullanım amaçları ve tercih nedenlerinin benzer olduğu söylenebilir. İlk bakışta hastaların TAT uygulamalarından yarar görme oranlarının yüksekliği dikkati çekse de üzerinde durulması gereken bir diğer konu da, az sayıda olsa da, zarar gördüğünü ifade eden hastaların varlığıdır. Sağlık çalışanı tarafından hastaların TAT kullanımlarının sorgulanması ve kendilerini rahatça ifade etmelerine izin verilmesi, zararların oluşmadan önce önlenmesinde faydalı olabilir.

#### 5.4. Hasta Özelliklerine Göre TAT Kullanımı

Çalışmamızda kadınların TAT yöntemlerini erkeklere göre daha fazla tercih ettikleri sonucuna ulaşılmıştır ( $p < 0,05$ ; Tablo 4.7). Literatürde de inme geçiren kadınların, inme geçiren erkeklere göre TAT kullanmaya daha eğilimli olduklarına ilişkin çalışma sonuçları mevcuttur (Liu ve diğ. 2017, Weng ve diğ. 2016, Liao ve diğ. 2012). Bunun yanı sıra inmeli hastalarla TAT kullanımını araştıran çalışmalarda az da olsa farklı sonuçlar ile de karşılaşmıştır. Örneğin Ali ve diğ. (2015) TAT kullanımının cinsiyetten etkilenmediği, Shin ve diğ. (2008) erkeklerin kadınlardan daha fazla TAT kullandığını çalışmalarında göstermişlerdir. Kadınların TAT kullanımına daha yatkın oldukları farklı kronik hastalıklarda da dikkati çekmektedir (Gücük İpek ve diğ. 2013, Güven ve diğ. 2013). Sağlıklı bireylerde de TAT kullanımının kadınlarda daha fazla olduğu gösterilmiştir (Cevik ve Selcuk 2019). Sağlık veya hastalık durumuna, hastalık türüne göre değişmeksizin kadınlarda TAT kullanma eğiliminin daha fazla olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda TAT kullanımı ile yaş arasında istatistiksel açıdan bir fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ; Tablo 4.7). İnmeli hastalarla yapılan çeşitli araştırmalarda çalışma sonucumuzdan farklı olarak, genç yaşta olanların TAT yöntemlerini daha fazla tercih ettiği bildirilmiştir (Weng ve diğ. 2016, Ali ve diğ. 2015, Liao ve diğ. 2012). Çalışmaların yürütüldüğü Malezya, Tayvan gibi ülkelerde TAT yöntemlerinin çok eski dönemlerden itibaren her yaşta bireylerce yaygın olarak bilinmesi ve kullanılması bu farkın oluşmasına neden olmuş olabilir. Ülkemizde yürütülen bir çalışmada ise gençlerin ileri yaştakilere göre TAT kullanımına daha mesafeli yaklaştıkları görülmektedir (Cevik ve Selcuk 2019).

Çalışmamızda TAT kullanımı ile eğitim arasında istatistiksel açıdan bir fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ; Tablo 4.7). Literatürde eğitim durumunun TAT kullanımına etkisi konusunda farklı çalışma sonuçları yer almaktadır. Eğitim durumunun TAT kullanımını etkilemediği (Than ve diğ. 2019, Kütmeç Yılmaz ve diğ. 2017, Ali ve diğ. 2015), düşük eğitim seviyesine sahip olanların daha fazla TAT kullandığı (Cevik ve Selcuk 2019, Ayele ve diğ. 2017) sonuçlarının yanı sıra, eğitim durumu arttıkça TAT kullanımının artabileceği yönünde çalışma sonuçları da yer almaktadır (Wemrell ve diğ. 2017, Farooqui ve diğ. 2016).

Çalışmamızda TAT kullanımı ile medeni durum arasında istatistiksel açıdan bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ; Tablo 4.7). İnmeli hastalar ve diğer kronik rahatsızlığı olan bireylerle yapılan birçok çalışmada TAT kullanımının medeni durumdan etkilenmediği sonucuna ulaşılmıştır (Cevik ve Selcuk 2019, Ayele ve diğ. 2017, Kütmeç Yılmaz ve diğ. 2017, Ali ve diğ. 2015). Than ve diğ. (2019)'ne ait çalışmada ise kalp rahatsızlığı olan evli bireylerin, evli olmayanlara göre daha fazla TAT kullandığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda TAT kullanımı ile sağlık güvencesi arasında istatistiksel açıdan bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ; Tablo 4.7). Cevik ve Selcuk (2019)'un 18 yaş üstü bireylerle yaptığı çalışmasında da TAT kullanımının sağlık güvencesinden etkilenmediği belirlenmiştir. Sağkal ve diğ. (2013)'nin çalışmasında ise sağlık güvencesinin olmasının kırsal alanda yaşayan yaşlıların TAT yöntemlerini bilme durumunu arttırdığı ifade edilmektedir.

Çalışmamızda TAT kullanımı ile gelir düzeyi arasında anlamlı bir fark saptanmış olup; gelir düzeyini 'kötü' olarak algılayanların TAT yöntemlerini daha fazla tercih ettikleri sonucuna ulaşılmıştır ( $p<0,05$ ; Tablo 4.7). Araştırma sonucumuzdan farklı olarak inmeli hastaların gelir düzeyine göre TAT kullanımının değişmediğinin yanı sıra (Ali ve diğ. 2015), yüksek gelirin (Liao ve diğ. 2012) ve çok yüksek gelirin (Weng ve diğ. 2016) TAT kullanımını arttırdığını ortaya koyan çalışmalar da mevcuttur. İnme tedavisi ve rehabilitasyonu, maddi açıdan oldukça zorlayıcı bir süreçtir. İnmenin ve beraberindeki olası komplikasyonların tedavisinin sürdürülmesi sırasında gelir düzeyi yetersiz olan hastalar için bir takım sıkıntılar yaşanabilir. Dolayısıyla ekonomik yönden daha az zorlanabileceğini düşündüğü TAT yöntemlerine başvurması çalışmamız açısından beklenen bir sonuç idi.

Çalışmamızda TAT kullanımı ile yaşamının büyük çoğunluğunu geçirdiği yer arasında istatistiksel açıdan bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ; Tablo 4.7). Tuna ve diğ. (2013)'nin kanser tanılı hastalar ile yaptığı çalışmasında TAT kullanımının yaşanılan yerden etkilenmediği sonucuna ulaşılmıştır. Weng ve diğ. (2016)'ne ait çalışmada ise şehirde yaşayan inmeli hastaların daha fazla TAT kullandığı ortaya konmuştur.

Çalışmamızda TAT kullanımı ile çalışma durumu arasında istatistiksel açıdan bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ; Tablo 4.7). Ali ve diğ. (2015)'nin çalışma sonucu araştırma sonucumuzu destekler şekilde olup, çalışma durumunun TAT kullanımını etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır.

Tayvan'da 2000-2008 yılları arasında 285001 inmeli hastayı kapsayan çalışmada bir TAT yöntemi olarak akupunktur kullanımı araştırılmış olup, yöntemin beyaz yakalı meslek grupları tarafından daha fazla tercih edildiği saptanmıştır (Weng ve diğ. 2016). Bu durum geleneksel Çin tıbbi uygulamaları konusunda Liao ve diğ. (2012) tarafından yürütülen çalışmada tekrar gösterilmiştir.

Çalışmamızda TAT kullanımı ile sigara ve alkol kullanımı arasında istatistiksel açıdan bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ; Tablo 4.7). Kütmeç Yılmaz ve diğ. (2017)'nin KOAH tanılı hastalarla yaptığı çalışmasında sigara kullanımının TAT kullanımını etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Shah ve diğ. (2008)'nin inme tanısı almış hastalarla yaptığı çalışmasında sigara ve alkol kullanımının TAT kullanımını etkilemediği belirlenmiştir. Chen ve diğ. (2019)'e ait çalışmada da sigara ve alkol kullanımının bir TAT yöntemi olan akupunktur kullanımını etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır.

### **5.5. Hastalık Özelliklerine Göre TAT Kullanımı**

İnmenin hemorajik ya da iskemik tipte olması hastalığın prognoz ve kliniğini değiştirdiğinden TAT kullanım yaklaşımlarının farklı olabileceği öngörülmesine rağmen, çalışmamızda TAT kullanımı ile inme tipi arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ; Tablo 4.8). Ali ve diğ. (2015)'ne ait çalışmanın sonucu araştırma sonucumuzu destekler şekilde olup; inme tipinin TAT kullanımını etkilemediği bildirilmektedir. Weng ve diğ. (2016)'e ait kohort çalışmasında ise inme tipi ile akupunktur kullanımı arasında fark saptanmış olup, hemorajik inme tanılı hastaların iskemik ve diğer inme tiplerine kıyasla akupunkturu daha fazla tercih ettikleri belirlenmiştir. Shin ve diğ. (2008)'nin çalışmasında enfarktüs tanılı hastaların diğer inme tiplerine göre daha fazla TAT kullandıkları belirlenmiştir.

Çalışmamızda TAT kullanımı ile vücudun etkilenen tarafı ve yüzün etkilenmesi arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ; Tablo 4.8).

Literatürdeki çalışmalar araştırma sonucumuzu destekler niteliktedir. Shah ve diğ. (2008)'nin çalışmasında hastalığın getirdiği herhangi bir sınırlamanın inmeli hastaların TAT kullanımını etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Ali ve diğ. (2015)'ne ait çalışmada TAT kullanımı ile dizartri, disfaji, bağırsak ve mesane inkontinansı arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken hemipleji/hemiparezisi olan inme hastalarının TAT kullanımını daha fazla tercih ettiği belirlenmiştir. Hemipleji/hemiparazi inme hastalarının daha fazla TAT arayışında olduğu semptom olarak değerlendirilebilir.

Tuna ve diğ. (2013)'nin kanser tanılı hastalarla yaptığı çalışmasında hastalık evresi başlığı altında vücudun etkilenme şekli (lokal, ilerlemiş, metastaz yapmış) incelenmiştir. Çalışmada hastalık evresinin TAT kullanımını etkilemediği ortaya konmuştur.

Çalışmamızda TAT kullanımı ile hastalık süresi arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ; Tablo 4.8). Hastalık süresi uzadıkça tıbbi tedavinin yeterli olmadığı fikrinden hareketle TAT kullanımının artabileceği düşünülse de farklı hastalıklarla yapılan birçok çalışmada benzer sonuçlara ulaşılmıştır (Coşkunırmak ve Boyraz 2018, Farooqui ve diğ. 2016, Öğüt Düzen ve Korkmaz 2015, Sağkal ve diğ. 2013).

Farklı kronik hastalıklar ile yapılan çalışmalarda hastalık süresi uzadıkça TAT kullanımının arttığı sonucu ile de karşılaşılmıştır. Shin ve diğ. (2008)'nin inmeli hastalarla yaptığı çalışmasında hastalık süresi uzadıkça TAT kullanımının arttığı ifade edilmektedir. Kaynak ve Polat (2017)'in çalışmasında diyabette hastalık süresi beş yılın üzerinde olanların, Kütmeç Yılmaz ve diğ. (2017)'nin çalışmasında KOAH'ta hastalık süresi on yılın üzerinde olanların daha fazla TAT kullandıkları ortaya konmuştur. Hastalık süresinin artmasıyla birlikte iyileşme isteği ile modern tedavi yaklaşımların yanı sıra veya dışında farklı alternatif yaklaşımlar daha fazla benimsenebilir. Literatürde TAT kullanımı ile hastalık süresi arasındaki ilişki konusunda farklı çalışma sonuçları da bulunmaktadır. Duru Aşiret ve diğ.(2017)'nin çalışmasında MS süresi dokuz yılın altında olanların daha fazla TAT kullandıkları belirlenmiştir.

Çelişkili çalışma sonuçları hastalık süresi uzadıkça hastaların iyileşmek amacı ile ya TAT gibi farklı arayışlara yöneldiğini ya da TAT ile iyileşme ümidini kaybettiklerini düşündürmektedir. Bu farklı yaklaşımlarda hastalık türü belirleyici olabilir.

Çalışmamızda TAT kullanımı ile inmeye yönelik tedavi kullanımı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ; Tablo 4.8). Amerika'da Ulusal Sağlık Anketi verilerinin kullanıldığı 30992 inmeli hastayı kapsayan geniş ölçekli bir çalışmada araştırma sonucumuza benzer şekilde hastalığa yönelik ilaç kullanımının TAT tercihlerini etkilemediği belirlenmiştir (Shah ve diğ. 2008). Literatürde çeşitli kronik hastalıklarla yapılmış birçok çalışmada TAT kullanımı ile hastalığa yönelik kullanılan tedavi arasında fark saptanmazken (Chen ve diğ. 2019, Coşkunırmak ve Boyraz 2018, Kaynak ve Polat 2017) farklı yönde sonuçlar da bulunmaktadır. Borataş ve Kılıç (2017)'ın hipertansiyon hastaları ile yaptığı tez çalışmasında hastaların TAT kullanımlarının ilaç uyumunu olumsuz etkilediği anlaşılmıştır. TAT kullanımının ilaç kullanımına etkisi konusunda farklı çalışma sonuçları olsa da, tedavi düzenlenirken TAT kullanımının düzenli olarak sorgulanması tedavi uyumunu artırmada faydalı olabilir.

Çalışmamızda TAT kullanımı ile rehabilitasyon süreci arasında fark saptanmış olup, rehabilitasyon sürecine devam eden inme hastalarının TAT yöntemlerini daha fazla tercih ettikleri belirlenmiştir ( $p<0,05$ ; Tablo 4.8). Yapılan çalışmalar araştırma sonucumuzu destekler niteliktedir. Liao ve diğ. (2012)'nin çalışmasında rehabilitasyon alan inmeli hastaların almanlara kıyasla daha fazla TAT kullanımına yöneldikleri belirlenmiştir. Weng ve diğ. (2016)'nin çalışmasında rehabilitasyon alan inme hastalarının almanlara göre akupunktur tedavisini daha fazla tercih ettiği ortaya konmuştur.

İnme sonrası rehabilitasyonun önemi ve faydaları yadsınamaz. Hasta ve ailesinin moral ve motivasyonu rehabilitasyon kararında ve sürdürülmesinde pozitif rol oynar. Rehabilitasyon süreci iyileşme isteği sürdüğü sürece devam ettirilebilir. TAT kullanımının da iyileşme isteği ile ilişkisi düşünüldüğünde rehabilitasyon süreci devam eden hastalarda daha fazla olması beklenen bir sonuç idi.



Çalışmamızda hastaların inme dışında diğer kronik hastalıklara sahip olması TAT kullanımını etkilememiştir ( $p>0,05$ ; Tablo 4.8). Bu bulgu birden fazla kronik hastalığın TAT kullanımını etkilemediği şeklinde yorumlanabilir. Çoklu kronik hastalıkta medikal tedavinin fazla olması nedeni ile hastalar TAT kullanımına mesafeli yaklaşabilir. Diğer yandan çoklu hastalıkta yaşam kalitesi daha fazla etkileneceğinden, hastaların TAT gibi farklı arayışlara daha fazla yönelmesine de sebep olabilir. Weng ve diğ. (2016)'nın çalışmasında inme hastalarından hipertansiyon ve hiperlipidemisi olanların akupunkturu daha fazla tercih ettiği belirtilmektedir. ABD'de yürütülen bir çalışmada, TAT kullanan 33557 hastada TAT kullanımının kronik hastalık sayısına göre değiştiği, kronik hastalık sayısı arttıkça TAT kullanımının da arttığı saptanmıştır (Falci ve diğ. 2016).

Çalışmamızda TAT kullanımı ile rekürren inme arasında anlamlı fark belirlenmiş olup, rekürren inme geçiren hastaların daha fazla TAT kullandıkları saptanmıştır ( $p<0,05$ ; Tablo 4.8). Yang ve diğ. (2018)'ne ait sistematik derleme ve meta analiz çalışmasında tıbbi tedaviye eklenen bitkisel kapsülün plaseboya kıyasla akut iskemik inme geçiren hastalarda fonksiyonel durumu iyileştirdiği ve nüks oranını azalttığı ifade edilmektedir. Duru Aşiret ve diğ. (2017)'nin MS'li hastalarla yaptığı çalışmasında rekürren tipte hastalık öyküsü olanların TAT kullanımının anlamlı olarak fazla olduğu ortaya konmuştur. Hastalar tıbbi tedavinin yetersiz kalması nedeniyle rahatsızlığının tekrar etmiş olabileceğini düşünerek TAT kullanımına yönelmiş olabilirler.

Çalışmamızda TAT kullanımı ile son bir yıl içindeki acil dışı sağlık kurumuna başvurusu ve son bir yıl içindeki acil başvurusu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ; Tablo 4.8). Shah ve diğ. (2008)'nin çalışmasında son bir yıl içindeki uzman/aile hekimi başvurusu ve son bir yıl içindeki acil başvurusunun araştırma sonucumuza benzer şekilde TAT kullanımını etkilemediği belirlenmiştir. Weng ve diğ. (2016)'e ait çalışmada inme tanısı almış hastaların hastanede yatış süresi arttıkça akupunktur kullanımının da arttığı ifade edilmektedir.

Çalışmamızda TAT kullanımı ile geçen yıla göre sağlık algısı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ; Tablo 4.8). Çalışma sonucumuzla benzerlik gösteren Rashrash ve diğ.'nin (2017) yaptıkları çalışmada sağlık durum algısının

bitkisel ilaç kullanımını etkilemediği ifade edilmektedir. ABD Hastalık Kontrol Merkezi (CDC) tarafından yayınlanan Ulusal Sağlık Anketi (The National Health Interview Survey-NHIS) sonuçlarına göre kronik hastalığı olanlar arasında önceki yıla göre genel sağlık durumunu kötü olarak algılayanların gıda takviyesi ve zihin vücut aktivitesi yöntemlerine daha az başvurduğu görülmüştür (National Center For Health Statistics 2019).

### **5.6. Hastaların Fonksiyonel Durumuna Göre TAT Kullanımı**

Bİ, inmeli hastaların fonksiyonel yeterliliklerinin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Çalışmamızdaki inmeli hastaların fonksiyonel değerlendirilmesinde Bİ kullanılmış olup, Bİ toplam puanı ile TAT kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Fonksiyonel durum kategorize edilerek yapılan değerlendirmede ise TAT kullanım oranının orta düzeyde bağımlı olan hastalarda, beklenen değer üzerinde olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ; Tablo 4.9). Fonksiyonel açıdan kısıtlanan hastaların TAT kullanımına daha fazla yönelmesi çalışmamız açısından beklenen bir sonuç idi. Bu durum günlük yaşam aktivitelerinde kısmen bir başkasına ihtiyacı olan hastaların, iyileşmeye dair umudu olduğunu göstermekle birlikte fonksiyonel özgürlüklerini geri kazanma çabası olarak yorumlanabilir.

Malezya'da yapılan bir prospektif kohort çalışmasında hastaların inme geçirdikten sonraki ilk 6 ay içinde TAT kullanım durumları araştırılmış olup, fonksiyonel durumları Modifiye Barthel İndeksi (MBİ) ile taburculuk sırasında ve altıncı ayın sonunda olmak üzere iki kez değerlendirilmiştir. Çalışmada taburculuk sırasında değerlendirilen MBİ'nden alınan yüksek puanın TAT kullanma ihtimalini de arttırdığı ifade edilmektedir (Kadir ve diğ. 2015). Yang ve diğ. (2018)'ne ait sistematik derleme ve meta analiz çalışmasında mevcut tedaviye eklenen bir tür bitkisel ilacın, inmeli hastaların Bİ puanını yükselttiği sonucuna ulaşılmıştır.

### **5.7. Hastalık Algısına Göre TAT Kullanımı**

Hastalığın seyri ile birlikte bu süreçte yaşanan deneyimler ve geliştirilen baş etme mekanizmaları hastalık algısının şekillenmesinde belirleyici olabilir. Kişinin sahip olduğu hastalığını algılama biçimi TAT kullanımı konusundaki tercihini etkileyebilir. Özellikle hastalığa özgü belirtileri yoğun yaşayan bireyde bu eğilim

daha fazla olabilir. Çalışmamızdaki TAT kullanan inmeli hastaların HAÖ'de değerlendirilen belirtiler arasından en fazla bulantı (%97), en az sersemlik hissi (%81,7) nedeniyle TAT yöntemlerine başvurduğu bulgulanmıştır. Tüm belirtiler arasından sadece bulantı ile TAT kullanımı arasında fark olduğu saptanmış olup; bulantısı olanların daha fazla TAT kullandığı belirlenmiştir ( $p<0,05$ ; Tablo 4.10).

Literatürde inmeli hastalarda, TAT kullanımı ile ilişkilendirilsin veya ilişkilendirilmesin, hastalık algısının değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Diğer kronik hastalıklarda hastalık algısının incelendiği çalışmalardan; Girgin ve Tosun (2019)'un MS tanılı, Kavak ve Aktürk (2019)'ün diyabet tanılı hastalarla yaptıkları çalışmalarda hastaların en fazla yaşadığı belirtinin yorgunluk olduğu belirtilmiştir. Karadağ ve diğ. (2016)'nin çalışmasında kronik bel ağrısı olan hastaların en fazla ağrı belirtisini yaşadığı ifade edilmektedir. Kantarcıoğlu ve diğ. (2019)'nin kanserli hastalar ile yürüttükleri çalışmasında ise hastaların en fazla yaşadığı belirtinin kanser çeşidine göre değişiklik gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmamızdaki inmeli hastaların hastalık hakkındaki görüşlere göre TAT kullanımına ait en yüksek puan  $23,38\pm 7,15$  ile duygusal temsiller alt başlığında yer almaktadır. Bu durum hastaların olumsuz duygularının arttığını, iyileşmeye dair umutlarının azaldığını göstermektedir. Çalışmamızdaki bu başlığa ait en düşük puanın ise  $14,69\pm 5,22$  ile süre (döngüsel) alt başlığında yer aldığı görülmektedir. Bu sonuç bize inmeli hastaların, rahatsızlığının süreklilik arz ettiğini düşündüğünü göstermektedir. TAT kullanan ve kullanmayanlar arasında kişisel kontrol, tedavi kontrolü, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller alt başlıklarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup ( $p<0,05$ ); süre, sonuçlar, hastalığı anlayabilme alt başlıklarında ise anlamlı bir fark oluşmamıştır ( $p>0,05$ ); (Tablo 4.11). Sonuçlar doğrultusunda TAT kullanan hastalar kullanmayan hastalara göre; hastalığının kontrolünün elinde olduğuna, tedaviyi kontrol edebildiğine, hastalığın döngüsel doğası olduğuna inanmakta ve hastalığa ilişkin negatif duyguları daha fazla yaşadıklarını belirtmektedir. TAT kullanan inmeli hastaların hastalık kontrolünün elinde olduğuna daha fazla inanmaları, hastalığın rehabilitasyon sürecine destek olup, iyileşme sürecine olumlu yansiyabilir.

Çalışmamızda TAT kullanan ve kullanmayan inmeli hastalar arasında hastalığı psikolojik nedenler, risk faktörleri, kaza veya şans faktörleri ile ilişkilendirme yönünden fark bulunmazken ( $p>0,05$ ), TAT kullanımı ile hastalık nedenini bağışıklık ile ilişkilendirme alt başlığı arasında fark olduğu saptanmıştır. TAT kullanan hastalarda, hastalığı bağışıklık ile ilişkilendirme daha fazla bulunmuştur ( $p<0,05$ ); (Tablo 4.12). TAT kullanımının bağışıklığı güçlendirdiğine olan inanç, inme geçiren hastalarda da değişmektedir.

Dash ve diğ. (2014)'nin iskemik inme tanılı hastalarla yaptığı çalışmasında, hipertansiyon (%34,4) ve dislipideminin (%26,5) inmeye ait en sık görülen risk faktörleri olduğu belirlenmiştir. İskemik inme geçirmiş olan hastalarla yapılan bir çalışmada, 45 yaşın altındaki bireylerde inme nedenin en fazla kardiyο-aortik embolizm olduğu ve onu sırayla büyük arter ateroskleroza, sebebi saptanamamış nedenler, küçük damar tıkanıklığı ve diğer nedenlerin takip ettiği ortaya konmuştur (Özer ve diğ. 2015).

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

İnmeli hastalarda TAT yöntemlerinin kullanım durumunu belirlemek amacıyla 227 hasta ile yürütülen bu çalışmamızdan elde edilen sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

➤ İnmeli hastaların yaş ortalaması  $67,66 \pm 13,20$  olup, %44,1'i kadındır. Hastaların eğitim yılı ortalaması  $4,62 \pm 3,56$ 'dır. Hastaların %67'si evli, %83,7'sinin sağlık güvencesi bulunmakta ve %64,8'i gelir düzeyini 'orta' olarak algılamaktadır. Hastalarının %50,2'si şehirde yaşamakta ve %91,2'si çalışmamaktadır. Sigara kullanan hasta oranı %29,5, alkol kullananların oranı ise %7'dir (Tablo 4.1).

➤ Hastaların %85,9'u iskemik inme tanısı almıştır. Hastaların hastalığa bağlı olarak %54,6'sının vücudunun sol tarafı, %59,9'unun yüzü etkilenmiştir. Hastaların %82,4'ünün hastalık süresi 0-1 yıl aralığındadır. Hastaların %73,1'i antiagregan tedavi kullanmakta, %51,1'i rehabilitasyon sürecine devam etmektedir (Tablo 4.2).

➤ Hastalarda en fazla görülen kronik rahatsızlık %69,6 ile hipertansiyondur. Rekürren inme geçirenlerin oranı %22,9'dur. Hastalarının son bir yıldaki acil dışı sağlık kurumuna başvuru sayısı  $5,30 \pm 4,03$  ve son bir yıl içinde çeşitli nedenler ile acile başvuru yapanların oranı %88,1'dir. Hastaların %84,1'i sağlık durumunu geçen yıla göre daha kötü olarak algılamaktadır (Tablo 4.2).

➤ Hastalarının Bİ'den aldıkları toplam puan ortalaması  $63,28 \pm 32,71$  olup, hastaların %30,4'ü ileri derecede bağımlıdır (Tablo 4.3).

➤ Hastalar hastalığa ait belirtiler arasından en fazla %76,2 ile güç kaybını yaşamaktadır. Bu belirtiyi hastalıkla ilişkilendirenlerin oranı %96,9 olup, bu durum bize hastaların yaşamıyor olsa dahi bu belirtiyi hastalıkla alakalı bulduğunu göstermektedir (Tablo 4.4).

➤ Hastalık hakkındaki görüşlere ait en yüksek puan  $22,98 \pm 7,24$  ile duygusal temsiller başlığından, en düşük puan  $14,38 \pm 5,33$  ile süre (döngüsel) alt başlığından elde edilmiştir (Tablo 4.4).

➤ Hastalar hastalığın olası nedenlerini en fazla  $11,76 \pm 4,98$  puan ile psikolojik nedenler, hemen takiben de  $11,75 \pm 4,15$  puan ile risk faktörleriyle ilişkilendirmektedir (Tablo 4.4).

➤ Hastaların dua dahil edildiğinde TAT kullanım oranı %85,5, dua dışlandığında TAT kullanım oranı %51,5 olarak saptanmıştır (Şekil 4.5.1.). İnmeli hastaların en fazla tercih ettikleri TAT yöntemleri %94,8 ile dua, %35 ile müzikterapi, %29,8 ile masaj ve %11,3 ile bitkisel ürünlerdir (Tablo 4.5).

➤ Hastaların %59,3'ü hastalığın başından itibaren TAT kullanmaktadır. TAT kullanımına dair sağlık çalışanını bilgilendiren hastaların oranı %25,8 olup, bilgilendirme sonrası %74'ü sağlık çalışanının TAT kullanımına yaklaşımını 'karşı çıkıyor' şeklinde ifade etmiştir. Sağlık çalışanı ile TAT kullanımını paylaşmayan hastaların %68,8'i bilgilendirmenin tedavi süreci için 'gereksiz' olduğunu düşünmektedir (Tablo 4.5).

➤ Hastaların %30,9'u TAT kullanımına öneri sonrası başlamış olup, bu öneriler çoğunlukla arkadaş/aile (%58,3) ve internet/basın (%48,3) yoluyla alınmıştır. TAT için herhangi bir ürün kullanan inmeli hastaların 34'ü TAT için kullandığı ürünleri dışarıdan temin etmekte, bunun için en fazla market/pazarı (%40) tercih etmekte, sadece 1 hasta kullandığı ürünü (ceviz) kendisi yetiştirmektedir. Hastaların %18'i tercih ettiği TAT için harcama yapmaktadır. TAT için yapılan harcama tutarı hastaların %85,7'sinde 50 TL'nin altındadır. TAT ürünlerinin kullanım süresinin 1 aydan az (%31,4) ve 12 aydan fazla (%31,4) olduğu belirlenmiştir. İnmeli hastaların %51,4'ü TAT ürünlerini günde 1-2 kez kullanırken, %37,1'i 3-4 günde bir kullanmaktadır. Hastaların %98,9'u TAT kullanırken ilaç tedavisini de sürdürmüştür. İki hasta TAT kullanımı sırasında ilaç tedavisine ara verdiğini söylemiştir (Tablo 4.5).

➤ Hastaların %59,7'si 'belki faydalı olabilir' düşüncesi ile %56,1'i 'faydalı' olduğu için TAT kullanmayı tercih etmiştir. Hastaların %69'u hastalığının iyileşmesi amacıyla TAT kullanmaktadır. TAT kullanan iki hasta (%1) TAT yöntemlerinden zarar gördüğünü ve 7 hasta da (%3,6) zarar görmemekle birlikte fayda da görmediğini belirtmiştir (Tablo 4.6).

➤ Çalışmamızdaki kadın hastaların %97'si, erkeklerin ise %76,3'ü TAT tercih etmektedir ( $p<0,05$ ); (Tablo 4.7).

➤ Çalışmamızda gelir durumunu yetersiz algılayan hastaların, orta ve iyi algılayanlara kıyasla daha fazla TAT kullandığı saptanmıştır ( $p<0,05$ ); (Tablo 4.7).

- Çalışmamızda yaş, eğitim durumu, medeni durum, sağlık güvencesi, yaşamının büyük çoğunluğunu geçirdiği yer, çalışma durumu, sigara ve alkol kullanımının TAT kullanımını etkilemediği belirlenmiştir ( $p>0,05$ ); (Tablo 4.7).
- Çalışma sonucumuza göre inmeli hastaların TAT kullanımı inme tipine, yüzün etkilenmesine, vücudun etkilenen tarafına, hastalık süresine, inmeye yönelik kullanılan tedaviye, inme dışındaki kronik hastalığa, son bir yıldaki acil dışı sağlık kurumuna ve acil başvurusuna, geçen yıla kıyasla sağlık durumu algısına göre değişiklik göstermemektedir ( $p>0,05$ ); (Tablo 4.8).
- Çalışmamızda rekürren inme geçirenlerin geçirmeyenlere göre, rehabilitasyon sürecine devam edenlerin etmeyenlere göre daha fazla TAT kullandığı saptanmıştır ( $p<0,05$ ; Tablo 4.8).
- Çalışmamızda Bİ puan ortalamasının TAT kullanımını etkilemediği belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Fonksiyonel durum kategorize edilerek yapılan değerlendirmede ise orta düzeyde bağımlı olan hastaların daha fazla TAT kullandığı sonucuna ulaşılmıştır ( $p<0,05$ ); (Tablo 4.9).
- Çalışmamızda en fazla %97 ile bulantı belirtisi olanlar TAT kullanmaktadır. TAT kullanımı ile sadece bulantısı olanlar arasında istatistiksel fark bulunmuş olup; şikayeti olanların olmayanlara kıyasla daha fazla TAT kullandığı saptanmıştır ( $p<0,05$ ); (Tablo 4.10).
- İnmeli hastaların hastalık hakkındaki görüşlere göre TAT kullanımına ait en yüksek puan  $23,38\pm 7,15$  ile duygusal temsiller, en düşük puan ise  $14,69\pm 5,22$  ile süre (döngüsel) alt başlığındadır. Kişisel kontrol, tedavi kontrolü, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller alt başlıklarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Süre, sonuçlar, hastalığı anlayabilme alt başlıklarında ise TAT kullanan ve kullanmayanlar arasında anlamlı bir fark oluşmamıştır ( $p>0,05$ ); (Tablo 4.11).
- TAT kullanan ve kullanmayan hastalar arasında hastalığı psikolojik nedenler, risk faktörleri, kaza veya şans faktörleri ile ilişkilendirme yönünden fark bulunmazken ( $p>0,05$ ), TAT kullanan hastalarda hastalığı bağışıklık ile ilişkilendirme daha fazla bulunmuştur ( $p<0,05$ ); (Tablo 4.12).

Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulabilir:

➤ İnmeli hastalarda TAT kullanımını azımsanmayacak oranda tercih edilmektedir. Sağlık çalışanının TAT kullanımını hasta değerlendirmesinde rutin olarak sorgulaması ve tedavi düzenlenirken bu durumun dikkate alınması önerilir. Hasta tanılama formlarına eklenecek birkaç soru ile durumun gözden kaçması önlenabilir.

➤ Hastalara TAT ürünlerinin hastalığa yönelik kullanılan tedavi ile etkileşime girebileceği, tıbbi tedaviye kendi kararı ile ara vermemesi gerektiği ve her türlü TAT yöntemini uygulamadan önce sağlık çalışanına danışması, yan etkilerin gözlenmesi durumunda sağlık çalışanını bilgilendirmesini içeren yapılandırılmış eğitimler verilebilir. Bu eğitimlerle hastaların olası risklere karşı farkındalık düzeyi artırılabilir.

➤ İnmeli hastaların TAT kullanmaya eğilimli oldukları, çoğu zaman bunu sağlık çalışanları ile paylaşmadıkları ve genellikle sağlık çalışanı dışındaki kaynaklardan öneri aldıkları görülmektedir. Bu durumun sağlık çalışanları tarafından göz ardı edilmemesi, hastaların tıbbi tedavisinin yanında TAT kullanımının ve nedenlerinin de sorgulanması sırasında hastaların kendilerini rahatça ifade etmesine müsaade edilmesi ve empati çerçevesinde, ön yargıdan uzak bir iletişim dilinin kullanılması önerilebilir.

➤ Sağlık çalışanları ve adaylarına TAT kullanımı konusunda hastalara doğru rehberlik edebilmeleri için gerek okullarda gerekse sağlık hizmetinin verildiği kurumlarda konu ile ilgili eğitimler verilmesi ve farkındalık oluşturulması önemlidir. Hemşirelik başta olmak üzere sağlık meslekleri eğitimi veren okullarda, inme ve diğer kronik hastalıklarda TAT kullanımına eğitim müfredatı içinde yer verilmesi önerilebilir.

➤ Giderek popüler hale gelen TAT kullanımına yönelik bölgesel farklılıkları gözlemleyebilmek adına farklı bölgelerdeki inmeli hastalarla çalışmalar planlanabilir. Bilimsel veri kaynaklarının oluşabilmesi adına TAT başlığı altında yer alan hemşirelik mesleğinin sahip çıkması gereken birçok uygulamaya dair kanıta dayalı klinik çalışmaların yapılması önerilebilir.



## KAYNAKLAR

- ADAMS, H.P., BENDIXEN, BH, KAPPELLE, L.J., BİLLER, J., LOVE, B.B., GORDON, D.L., MARSH, E.E., TOAST Investigators. 1993. Classification of subtype of acute ischemic stroke definitions for use in a multicenter clinical trial. *Stroke*; 24:35-41.
- AHA/ASA Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. 2013. *Stroke*. 44(3), 870-947. DOI: 10.1161/STR.0b013e318284056a
- AHA/ASA Guidelines for the Primary Prevention of Stroke. 2014. *Stroke*; 45:3754-3832. DOI: 10.1161/STR.0000000000000046
- AHA/ASA Guidelines for the Prevention Of Stroke İn Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack. 2014. *Stroke*;45:2160-2236. DOI: 10.1161/STR.0000000000000024
- AHA Heart Disease and Stroke Statistics-2018 Update. 2018. *Circulation*; 137:e270–e308. DOI:10.1161/CIR.0000000000000558
- ALİ, M. F., FAM, M., ABDULAZİZ, A.F., FAM, M., RASHİD, M.R., FAM ,M., MAN,Z. C., AMİR, A.A., SHİEN, L.Y., RAMLİ, N.S., ABİDİN, N.A.A.Z. 2015. Usage of traditional and complementary medicine (t&cm): prevalence, practice and perception among post stroke patients attending conventional stroke rehabilitation in a teaching hospital in Malaysia. *Med J Malaysia*.70:1.
- ARSAVA, E. M., İBRAHİM AYDOĞDU, İ., GÜNGÖR, L., TOGAY İŞİKAY, C., YAKA, E. 2018. İnme hastalarında nütrisyonel yaklaşım ve tedavi, türkiye için uzman görüşü. *Türk Journal Neurology*; 24:226-242 DOI:10.4274/tnd.92603
- ARSLAN, M., ÖZDEMİR, L. 2015. Kemoterapiye bağlı gelişen bulantı-kusmanın yönetiminde kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemleri. *Türk Onkoloji Dergisi*; 30(2):82-89 DOI:10.5505/tjoncol.2015.1204
- APAYDIN KAYA, Ç., MERCAN, E. 2018. Evde sağlık hizmeti almak için başvuran inmeli hastaların sağlık ve bakım ihtiyaçları. *Journal of Turkish Family Physician*; 09 (3): 69-77. DOI: 10.15511/tjtfp.18.00369
- ASA TYPES of STROKE [<https://www.stroke.org/en/about-stroke/types-of-stroke>] erişim: 14.06.2019
- ASA STROKE SYMPTOMS [<https://www.stroke.org/en/about-stroke/stroke-symptoms>] erişim: 2.12.2019
- ATALAY, D., ERGE, H.S. 2018. Gıda takviyeleri ve sağlık üzerine etkileri. *Food and Health*; 4(2), 98-111. DOI: 10.3153/FH18010 E-ISSN: 2602-2834
- AYELE, A.A., TEGEGNA, H.G., HAİLEB, K.T., BELACHEWA,S.A., MERSHAC, A.G., ERKU, D.A. 2017. Complementary and alternative medicine use among elderly patients living with chronic diseases in a teaching hospital in Ethiopia. *Complementary Therapies in Medicine*; 35:115–119.
- BANERJEE, C., MOON,Y.P., PAİK, M.C., RUNDEK, T., MORA-MCLAUGHLİN, C., VİEİRA, J.R., SACCO, R.L., ELKİND, M.S.V. 2012. Duration of diabetes and risk of ischemic stroke the northern Manhattan study. *Stroke*; 43:1212-1217. DOI:10.1161/STROKEAHA.111.641381
- BERNA, F., GÖRİTZ, A.S., MENGİN, A., EVRARD, R., KOPFERSCHMITT, J., MORİTZ, S. 2019. Alternative or complementary attitudes toward alternative and complementary medicines. *BMC Complementary and Alternative Medicine*; 19:83.
- BİRKAN, I. 2014. Müzikle tedavi, tarihi gelişimi ve uygulamaları. *Ankara Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi*.
- BORATAŞ, S., KILIÇ, H.F. 2017. Hipertansiyon tanısı almış hastaların ilaç tedavisine uyumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yüksek Lisan Tezi. Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs.

- BRETT, C.E., SYKES, C., PİRES-YFANTOUDA, R. 2017. Interventions to increase engagement with rehabilitation in adults with acquired brain injury: A systematic review. *Neuropsychological Rehabilitation*; 27:6, 959-982 DOI: 10.1080/09602011.2015.1090459
- CAI, Y.C., ZHANG, C.S., LIU, S., WEN, Z., ZHANG, A.L., GUO, X., LU, C., XUE, C.C. 2017. Elektroakupunktur for poststroke spasticity: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*; 98:2578-89.
- CEYHAN, D., TASA YİĞİT, T. 2016. Güncel tamamlayıcı ve alternatif tıbbi tedavilerin sağlık uygulamalarındaki yeri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*; 6(3):178-189.
- CEVİK, C., SELCUK, K.T. 2019. Prevalence and correlates of the use of complementary and alternative medicine in adults living in a rural area. *Prevalence and Correlates of Complementary and Alternative Medicine*; 36-44. DOI: 10.1097/HNP.0000000000000305
- CHEN, L., YEN, H., SUN, M., LIN, C., CHIANG, J., YU-CHEN LEE, Y. 2019. Acupuncture Treatment Is Associated With A Decreased Risk of Developing Stroke in Patients with Depression: A Propensity-Score Matched Cohort Study. *Journal of Affective Disorders* 250; 298–306. DOI:10.1007/s11655-017-2764-6
- CHİNG, S.M., ZAKARİA, Z.A., PAİMİN, F., JALALİAN, M. 2013. Complementary alternative medicine use among patients with type diabetes mellitus in the primary care setting: A cross-sectional study in Malaysia. *BMC Complementary and Alternative Medicine*; 13:148 <http://www.biomedcentral.com/1472-6882/13/148>
- COŞKUNIRMAK, D., BOYRAZ, S. 2018. Diyabetik ayak yarası gelişen hastaların geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını kullanma durumlarının incelenmesi. Yüksek lisans Tezi. Aydın.
- ÇAKMAK, S., NURAL, N. 2017. Kronik hastalıklarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamaları. *Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics*; 3(2):57-64.
- DASH, D., BHASHİN, A., PANDİT, A.K., TRİPATHİ, M., BHATİA, R., PRASAD, K., PADMA, M.V. 2014. Risk factors and etiologies of ischemic strokes in young patients: a tertiary hospital study in North India. *Journal of Stroke*; 16(3):173-177 [<http://dx.doi.org/10.5853/jos.2014.16.3.173>]
- DEMİRCİ ŞAHİN, A., ÜSTÜ, Y., IŞIK, D., ÖZTAŞ, D., KARATAŞ ERAY, İ., UĞURLU, M. 2015. Serebrovasküler hastalık geçiren hastaların demografik özellikleri ve birinci basamak sağlık merkezlerinde önlenabilir risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Ankara Med J*; 15(4):196-208 DOI: 10.17098/amj.79435
- DİAMOND, S.G., DAVIS, O.C., SCHAECHTER, J.D., HOWE, R.D. 2006. Hypnosis for rehabilitation after stroke: Six case studies. *Contemp. Hypnosis* 23(4): 173–180 DOI: 10.1002/ch.319
- DOĞAN, H. D. 2014 Ellerin iyileştirme sanatı: Refleksoloji. *Eur J Basic Med Sci*; 4(4):89-94 DOI: 10.15197/sabad.2.4.16
- DOĞAN, Ö., AVCI, A. 2018. Bitkilerle tedavi ve ilaç etkileşimler. *Türkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics*; 4(1):49-54
- DUMAN, M., DOĞAN YÜKSEKOL, Ö., DURGUN OZAN, Y. 2018. Jinekolojik kanserli Türk kadınlarının dini ve geleneksel uygulamaları. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*; 15(4): 164-167.
- DURU AŞİRET, G., DÜĞER, Ü., KAPUCU, S., TUNCER KURNE, A., KARABUDAK, R. 2017. Multiple skleroz hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumlarının belirlenmesi. *GÜSBİD*; 6(3): 1 – 6.
- EREN, F., ÖZTÜRK, Ş., EKMEKÇİ, A. H. 2017. Saf duyuşal inme sendromu şeklinde ortaya çıkan talamik bölge serebrovasküler hastalığı: Olgu sunumu. *Genel Tıp Dergisi*; 27(3):109-111.
- FALCİ, L., SHİ, Z., GREENLEE, H. 2016. Multiple chronic conditions and use of complementary and alternative medicine among US adults: Results From the 2012 National Health Interview

Survey. *Preventing Chronic Disease*; 13:150501. DOI:  
<http://dx.doi.org/10.5888/pcd13.150501>

- FAROOQUİ, M., HASSALİ, M.A., SHATAR, A.K.A., MUHAMMAD ASLAM FAROOQUİ, M.A., FAHAD SALEEM, F., HAQ, N., OTHMAN, C.O. 2016. Use of complementary and alternative medicines among Malaysian cancer patients: A descriptive study. *Journal of Traditional and Complementary Medicine*; 6: 321-326.
- FEİĞİN, V.L., KRİSHNAMURTHİ, R.V., PARMAR, P., NORRVİNG, B., MENSAH, G.A., BENNETT, D.A., ..., WANG, W. 2015. Update on the global burden of ischemic and hemorrhagic stroke in 1990-2013: The GBD 2013 study. *Neuroepidemiology*; 45(3): 161-176.
- GE, L., ZHENG, Q., LİAO, Y., TAN, J., XİE, Q., RASK, M. 2017. effects of traditional chinese exercises on the rehabilitation of limb function among stroke patients: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*; 29: 35-47.
- GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI YÖNETMELİĞİ, SAĞLIK BAKANLIĞI. 2014. Sayı: 29158. Ek:3. [<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027.pdf>] erişim: 16.11.2019
- GİRGİN, D., TOSUN, Z. 2019. MS'li bireylerde tedaviye uyumu etkileyen faktörler. Yüksek lisans tezi. Tekirdağ. [<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>] erişim:28.11.2019]
- GOMBET, T.R., PAUL MACAİRE OSSOU-NGUIET, P.M., GANKAMA, T.N., ELLENGA-MBOLLA, B.F., OTİOBANDA, G.F., OBONDZO-ALOBAN, K., LONGO-MBENZA, B. 2013. Hypertension and intracerebral hemorrhage in Brazzaville. *World Journal of Cardiovascular Diseases*; 3, 523-528.
- GUİLLAUD, A., DARBOİS, N., ALLENET, B., PİNSAULT, N. 2019. predictive factors of complementary and alternative medicine use in the general population in Europe: A systematic review. *Complementary Therapies in Medicine* 42; 347-354.
- GÜCÜK İPEK, E., GÜRAY, Y., DEMİRKAN, B., GÜRAY, Ü., KAFES, H., BAŞYİĞİT, F. 2013. Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalarda bitkisel kökenli alternatif tedavilerin ve tamamlayıcı besin ürünlerinin tüketim prevalansı. *Türk Kardiyol Dern Arş*; 41(3):218-224.
- GÜL, A., ETİ ASLAN, F. 2012. Ağrı kontrolüne kanıt temelli yaklaşım; masaj ve aromaterapi. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*; 4(1):30-6.
- GÜVEN, Ş. D., MUZ, G., ERTÜRK, N.E., ÖZCAN, A. 2013. hipertansiyonlu bireylerde tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumu. *Balikesir Sağlık Bil Derg*; 2(3).
- HEMŞİRELİK YÖNETMELİĞİNDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR YÖNETMELİK. 2011. Sayı:27910. [<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>] erişim:26.06.2019.
- HİDROTERAPİ NEDİR? 2019. [<https://mackafr.saglik.gov.tr/TR,328080/hidroterapi-nedir.html>] Güncelleme Tarihi: 02/04/2019 erişim: 25.07.2019.
- HSİEH, C., WANG, S., CHUANG, Y., CHEN, H. 2018. Ischemic stroke patients' decision-making process in their use of western medicine and alternative and complementary medicine. *Holist Nurs Pract*; 32(1):17-26.
- ILGAZ, A., GÖZÜM, S. 2016. Tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının güvenilir kullanımı için sağlık okuryazarlığının önemi. *DEUHFED*; 9(2), 67-77.
- İNME KLİNİK PROTOKOLÜ. 2017. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı, Türk Nöroloji Derneği, Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği. [<http://www.hta.gov.tr/pdf/InmeProtokolu/mobile/index.html#p=18>] erişim:23.06.2019.
- İNME TANI VE TEDAVİ KILAVUZU. 2016. Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği. Ed: Uzuner, N., Kutluk, K., Balkan, S. [<http://www.bdhd.org.tr/wp-content/uploads/2016/04/%C4%B0nme-Tan%C4%B1-ve-Tedavi-K%C4%B1lavuzu.pdf>] erişim: 01.06.2019

- JOHNSON, R.C., SCHOENI, R.F. 2011. Early-Life origins of adult disease: National longitudinal population-based study of the United States. *American Journal of Public Health*; December, 101(12).
- KABAKCI, G., ABACI, A., ERTAŞ, F.S., ÖZERKAN, F., EROL, Ç., OTO, A. (2006). Türkiye’de hipertansif hastalarda inme riski ve inme riski açısından bölgesel farklılıkların belirlenmesi: Hastane tabanlı, kesitsel, epidemiyolojik anket (THINK)\* çalışması. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*; 34(7): 395405.
- KADİR, A.A., HAMİD, A.H.A., MOHAMMAD, M. 2015. Pattern of complementary and alternative medicine use among Malaysian stroke survivors: A hospital-based prospective study. *Journal of Traditional and Complementary Medicine*; 5: 157-160.
- KANTARCIOĞLU, A.Ç., DEMİRKAYA, M., SEVİNİR, B.B. 2019. Kanser tanısı alan ergenlerde hastalık algısı ve duygu durumunun incelenmesi. *Turk J Child Adolesc Ment Health*; 26(2):81-8 DOI: 10.4274/tjcamh.galenos.2019.2018.07.016
- KARADAĞ, M., ÇALIŞKAN, N., PEKİN İŞERİ, Ö., SARITAŞ, S. 2016. Kronik bel ağrısı olan hastaların kullanmış oldukları tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin ve hastalık algılarının incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*; 3(2): 14–27.
- KAV, S., HANOĞLU, Z., ALGIER, L. 2008. Türkiyede kanserli hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı: Literatür taraması. *International Journal of Hematology and Oncology*; 1:18.
- KAVAK, F., AKTÜRK, Ü. 2019. Diyabet hastalarında hastalık algısının anksiyete ve depresyon belirtileri üzerine etkisi. *ACU Sağlık Bil Derg*; 10(4):740-747 [https://doi.org/10.31067/0.2019.224]
- KAYNAK, İ., ÜLKÜ POLAT, Ü. 2017. Diabetes mellitus’lu hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavileri kullanma durumları ve diyabet tutumları ile ilişkisi. *Genel Tıp Derg*; 27(2):56-64.
- KILIÇ ÇOBAN, E., KALE İÇEN, N., ÖZERDEN ACAR, M., ÇOLAK ATMACA, M., SOYSAL, A. 2015. İnme risk faktörleri arasında genetiğin yeri; Nadir görülen iki sendromun inmeyle birlikteliğinin tartışılması ve literatür taraması. Olgü sunumu. *Turk J Neurol*; 21:104-9 DOI:10.4274/tnd.93824
- KOCAMAN, N., ÖZKAN, M., ARMAZ, Z., ÖZKAN, S. 2007. Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 8:271-280.
- KOÇ, A. 2012. İnme’de günlük yaşam aktiviteleri. *Gülhane Tıp Dergisi*; 54: 254-260. doi:10.5455/gulhane.25410
- KOYU, E.B., KANER, G., AKAL YILDIZ, E. 2016. İnme ve beslenmenin inme üzerine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*; 5(4): 112-118.
- KÖSEOĞLU TOKSOY, C., BÖLÜK, C., TÜRK BÖRÜ, Ü., 2018. Stroke prevalence in a coastal town on the black sea coast in Turkey: Community based study. *Neurol Res Int*; 8246123
- KÜÇÜKDEVECİ A.A., YAVUZER, G., TENNANT, A., SÜLDÜ, N., SONEL, B., ARASI, T. 2000. Adaptation of the Modified Barthel Index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*; 32(2):87-92.
- KÜTMEÇ YILMAZ C., DURU AŞİRET, G., ÇETİNKAYA, F., KAPUCU, S. 2017. Kronik obstrüktif akciğer hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemi kullanımı. *DEUHFED*; 10(4): 216-221.
- LAFÇI, D., KARA KAŞIKÇI, M. 2014. Yataklı sağlık kuruluşunda görev yapan sağlık personelinin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini bilme ve kullanma durumları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*; 3(4).
- LAI, C., CHIANG, J., LIN, J., YEN, H., TU, C., CHEN, Y. 2018. Chinese herbal medicine reduced the risk of stroke in patients with parkinson’s disease: A population-based retrospective cohort study from Taiwan. *PLOS ONE*; 13(9): e0203473.

- LAWRENCE, M., CELESTINO JUNIOR, F.T., MATOZINHO, H.H.S., GOVAN, L., BOOTH, J., BEECHER, J. 2017. Yoga for stroke rehabilitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 12. Art.No: CD011483. DOI: 10.1002/14651858.CD011483.pub2.
- LIAO, C., LIN, J., TSAI, C., LANE, H., SU, T., WANG, H., SUNG, F., J., CHEN, T., SHIH, C. 2012. An investigation of the use of traditional chinese medicine in stroke patients in Taiwan. *Hindawi Publishing Corporation Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*; Article ID 387164, 8 pages DOI: 10.1155/2012/387164.
- LIU, C., WU, B., HU, W., HUNG, Y. 2017. Gender-based differences in mortality and complementary therapies for patients with stroke in Taiwan. *Complementary Therapies in Medicine*; 30: 113–117.
- MAHONEY, F.I., BARTHEL, D.W. 1965. Functional evaluation: The Barthel Index: A simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Maryland State Medical Journal*; 14:56-61.
- METCALFE, A., WILLIAMS, J., MCCHESENEY, J., PATTEN, S.B., JETTE, N. 2010. Use of complementary and alternative medicine by those with a chronic disease and the general population - results of a national population based survey. *Complementary and Alternative Medicine*; 10:58.
- MONGIOVI, J., SHI, Z., GREENLEE, H. 2016. Complementary and alternative medicine use and absenteeism among individuals with chronic disease. *BMC Complementary and Alternative Medicine*; 16:248 DOI: 10.1186/s12906-016-1195-9
- MONTGOMERY, G.H., SCHNUR, J.B., KATE KRAVITS, K. 2014. Hypnosis for cancer care: Over 200 years young. *CA Cancer J Clin*; January, 63(1): 31–44. DOI: 10.3322/caac.21165
- MOSS-MORRIS, R., WEINMAN, J., PETRIE K.J., HORNE, R., CAMERON, L.D., BUICK, D. 2002. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health*; 17:1-16.
- NATIONAL CENTER for HEALTH STATISTICS. 2019. [<https://www.cdc.gov/nchs/nhis/index.htm>] erişim:1.11.2019
- NURAL, N., ÇAKMAK, S. 2018. Tamamlayıcı ve alternatif tedavileri kullanma durumu. *J Tradit Complem Med*; 1(1): 1-9 DOI: 10.5336/jtracom.2017-54818
- O'DONNELL, M. J., CHIN, S. L., RANGARAJAN, S., XAVIER, D., LIU, L., ZHANG, H., ..., YUSUF, S. 2016. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): A case-control study. *The Lancet*; 388(10046): 761-775.
- OĞUZ, S., DİLBAY, N. K., ÇELİKTAŞ, E., BALCILAR, R., POLAT, M. G. 2019. Genç yetişkinlerde progresif gevşeme egzersizlerinin stres düzeyi, uyku kalitesi ve egzersiz kapasitesi üzerine etkisi. *HSP*; 6(3): 534-44 DOI: 10.5152/hsp.2019.604861
- OVAYOLU, N., OVAYOLU, Ö., GÜNGÖRMÜŞ, Z., KARADAĞ, G. 2015. Böbrek yetmezliğinde tamamlayıcı tedaviler. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*.
- OVAYOLU, Ö., OVAYOLU, N. 2013. Semptom yönetiminde kanıt temelli tamamlayıcı yöntemler. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*; 1(1): 86.
- ÖĞÜT DÜZEN, K., KORKMAZ, M. 2015. Kanser hastalarında, semptom kontrolü ve tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı. *DEUHFED*; 8(2): 67-76.
- ÖNCEL, Ç., TOKGÖZ, F., BOZKURT, A. İ. 2014. Prevalence of cerebrovascular disease: A door-to-door survey in West Anatolia. *Neurol Sci*; 35(3): 373–377.
- ÖZÇELİK, G., TOPRAK, D. 2015. Bitkisel tedavi neden tercih ediliyor?. *Ankara Med J*; 15(2):48-58. DOI:10.17098/amj.05190.
- ÖZDELİKARA, A., ARSLAN, B. 2017. Kemoterapiye bağlı bulantı-kusma yönetiminde tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinin kullanımı. *GÜSBĐ*; 6(4): 218 – 223.
- ÖZDEMİR, Ü., TAŞCI, S. 2013. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*; 1(1).

- ÖZER, İ. Ş., SORGUN, M. H., RZAYEV, S., KUZU, M., TEZCAN, S., YILMAZ, V., ULUKAN, Ç., ÇOTUR, H., RAWANDİ, A., TOGAY İŞIKAY, C. 2015. Genç iskemik inme hastalarında inme etiyojisi, risk faktörleri ve hastaların izlemdeki fonksiyonel durumları. *Turkish Journal of Neurology*; 21:159-64.
- ÖZTÜRK, R., GÜLEÇ ŞATIR, D., SEVİL, Ü. 2016. Jinekolojik kanserli hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumları ve tutumlarının incelenmesi. *Gaziantep Medical Journal*; 22(3):141-147 DOI: 10.5152/EurJTher.2016.006.
- RADU, R.A., TEREKOASĂ, E.O., BĂJENARU, O.A., TIU, C. 2017. Etiologic classification of ischemic stroke: Where do we stand?. *Clinical Neurology and Neurosurgery*; 159: 93-106.
- RASHRASH, M., SCHOMMER, J.C., BROWN, L.M. 2017. Prevalence and predictors of herbal medicine use among adults in the United States. *Journal of Patient Experience*; 4(3): 108-113. DOI: 10.1177/2374373517706612
- SAĞKAL, T., DEMİRAL, S., ODABAŞ, H., EDA ALTUNOK, E. 2013. kırsal kesimde yaşayan yaşlı bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumları. *F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg*; 27(1): 19-26.
- SEN, S., MS., ANDROULAKİS, M., DUDA, M., ALONSO, A., CHEN, L.Y., SOLİMAN, E.Z., MAGNANİ, J., TRİVEDİ, T., MERCHANT, A.T., GOTTESMAN, R.F., ROSAMOND, W.D. 2018. Migraine with visual aura is a risk factor for incident atrial fibrillation: A cohort study. *Neurology*; 91(24): e2202-e2210. DOI:10.1212/WNL.0000000000006650
- SHAH, S., VANCLAY, F., COOPER, B. 1989. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epydemiology*; 42: 703-709.
- SHAH, S. H., ENGELHARDT, R., OVBIAGELE, B. 2008. Patterns of Complementary and Alternative Medicine Use Among United States Stroke Survivors. *Journal of the Neurological Sciences* 271; 180–185. DOI:10.1016/j.jns.2008.04.014
- SHİN, Y., YANG, C., JOO, M., LEE, S., KİM, J., LEE, M. 2008. Patterns of using complementary and alternative medicine by stroke patients at two university hospitals in Korea. *eCAM*; 5(2)231–235 DOI:10.1093/ecam/nem025
- SHROFF, G.R., SOLİD, C.A., HERZOG, C.A. 2014. Atrial fibrillation, stroke, and anticoagulation in medicare beneficiaries: trends by age, sex, and race, 1992–2010, *Journal of the American Heart Association*; 3:e000756 DOI: 10.1161/JAHA.113.000756
- SHUMER, G., WARBER, S., MOTOHARA, S., YAJİMA, A., PLEGUE, M., BİALKO, M., LİDA, T., SANO, K., AMENOMORİ, M, TSUDA, T., FETTERS, M.D. 2014. Complementary and alternative medicine use by visitors to rural japanese family medicine clinics: Results from the international complementary and alternative medicine survey. *Complementary and Alternative Medicine*; 14:360.
- SÖYLEV, Ö.F. 2018. Sağlık hizmetlerinde manevi destek yöntemi olarak duanın kullanılması. 4. *Uluslararası Din Bilimleri Sempozyumu Tam Metin Kitabı*; 3-4-5 Mayıs, Alanya. s:150-157.
- SÖZERİ, E., BAYRAK KAHRAMAN, B. 2016. Hasta ve hemşire perspektifinden tamamlayıcı sağlık yaklaşımları. *Balikesir Saglik Bil Derg*; 5(1) DOI:10.5505/bsbd.2016.53244
- ŞENSÖZ, N. P., TÜRK BÖRÜ, Ü., BÖLÜK, C. 2018. Stroke epidemiology in Karabük city Turkey: Community based study. *E Neurological Sci*; 10: 12–15.
- THAN, M.C., ANAM, A., NURFARAHİ, K., ASMA, A., HAYATİ, M.Y. 2019. Knowledge, use of complementary alternative medicine and health-related quality of life among cardiovascular disease patients. *Food Research*; 3(5): 604-616 DOI: [https://doi.org/10.26656/fr.2017.3\(5\).118](https://doi.org/10.26656/fr.2017.3(5).118)
- TOPCUOĞLU, M.A., ARSAVA, E.M., ÖZDEMİR, A.Ö., UZUNER, N. 2015. İnme ünitesi: Genel ilkeler ve standartlar. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*; 21(1): 4-22. DOI: 10.5505/tbdhd.2015.30932
- TUNA, S., DİZDAR, O., CALİS, M. 2013. The prevalence of usage of herbal medicines among cancer patients. *JBUON*; 18(4): 1048-1051 ISSN: 1107-0625, online ISSN: 2241-6293.

- TÜİK ÖLÜM NEDENİ İSTATİSTİKLERİ. 2018. [http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626] erişim:27.05.2019
- TÜLEK, Z. 2015. İnmeli Bireylerde Kontinans Sorunlarının Yönetimi. *Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics*; 1(1): 54-65.
- TÜRK BÖRÜ, Ü., KULUALP, A. Ş, TARHAN, Ö. F., BÖLÜK, C., DUMAN, A., ZEYTİN DEMİRAL, G., GÜÇLÜ ALTUN, İ., TAŞDEMİR, M. 2018. Stroke prevalence among the turkish population in a rural area of Istanbul: A community-based study. *SAGE Open Med. Sep*; 3(6): 2050312118797565. DOI: 10.1177/2050312118797565
- TÜRK NÖROLOJİ DERNEĞİ BEYİN YILI AKTİVİTELERİ. 2014. [http://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/inme.pdf] erişim: 22.06.2019
- ULUSAL HASTALIK YÜKÜ ÇALIŞMASI SONUÇLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ. 2017. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi. [http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal\_program.pdf] erişim:10.06.2019
- VENKETASUBRAMANIAN, N., YOON, B.W., PANDIAN, J., NAVARRO, J.C. 2017. Stroke epidemiology in south, east, and south-east Asia: A review. *Journal of stroke*; 19(3): 286-294.
- WEINMAN, J., PETRIE, K.J., RONA MOSS-MORRIS, R., HORNE, R. 1996. The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Healt*; 11: 431-445.
- WEMRELL, M., MERLO, J., MULINARI, S., HORNBERG, A. 2017. Two-thirds of survey respondents in southern Sweden used complementary or alternative medicine in 2015. *Complement Medicine Research*; 24: 302–309 DOI: 10.1159/000464442.
- WENG, S., CHEN, T., YEH, C., LIAO, C., LANE, H., LIN, J., SHIH, C. 2016. An investigation of the use of acupuncture in stroke patients in Taiwan: a national cohort study. . *BMC Complementary and Alternative Medicine*; 16: 321 DOI 10.1186/s12906-016-1272-0
- WHO CARDIOVASCULAR DISEASES. [https://www.who.int/topics/cerebrovascular\_accident/en/] erişim: 27.05.2019
- WHO DEATHS from STROKE. [https://www.who.int/cardiovascular\_diseases/en/cvd\_atlas\_16\_death\_from\_stroke.pdf] erişim:10.06.2019
- WHO GLOBAL BURDEN of STROKE. [https://www.who.int/cardiovascular\_diseases/en/cvd\_atlas\_15\_burden\_stroke.pdf] erişim:10.06.2019
- YANG, X., WANG, L., LI, J., LIANG, N., WANG, Y., LIU, J. 2018. Chinese herbal medicine dengzhan shengmai capsule as adjunctive treatment for ischemic stroke: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Complementary Therapies in Medicine*; 36: 82–89.
- YEH, M., CHIU, W., WANG, Y., LO, C. 2017. An investigation of the use of traditional chinese medicine and complementary and alternative medicine in stroke patients. *Holist Nurs Pract* 2017; 31(6): 400–407 DOI: 10.1097/HNP.000000000000238
- YEŞİL, H., KIRAN, B., ALKAN, H., ATEŞ, B., KAYALI, B., BÜYÜKÇAM, S., GÜLER, S., ÜNLÜ, İ., SERT, Z.N., UYSAL, M. 2018. Afyon Kocatepe Üniversitesi'nde meme kanseri tanısı ile takip edilmekte olan hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı. *Kocatepe Medical Journal*; 19: 42-47.

## EKLER

### EK 1- Hasta Bilgi Formu

Değerli katılımcı,

Bu çalışma inmeli hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımını belirlemek amacıyla yüksek lisans tez projesi olarak planlanmıştır. Soruları cevaplamanız tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Verilecek yanıtlar, bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde kesinlikle gizli tutulacaktır.

NKÜ İç Hastalıkları Hemşireliği AD Yüksek Lisans Öğrencisi

Melek YALÇIN ARSLAN

#### Hastaların Demografik Özellikleri

**1-Cinsiyet:** ( ) kadın ( ) erkek

**2-Yaş: ...**

**3-Eğitim Durumu:** ( ) okuryazar değil ( ) okuryazar ( ) ilköğretim ( ) lise  
( ) üniversite ve üzeri

**4-Eğitim Yılı: ...**

**5-Medeni Durum:** ( ) evli ( ) bekar/dul/boşanmış/ayrı yaşıyor

**6-Sağlık Güvencesi:** ( ) Var ( ) yok

**7-Gelir Düzeyi Algısı:** ( ) gelir giderden az ( ) gelir gidere denk ( ) gelir giderden fazla

**8-Yaşamının Büyük Çoğunluğunu Geçirdiği Yer:** ( ) Şehir ( ) İlçe ( ) köy

**9-Meslek: ...**

**10-Çalışma durumu:** ( ) evet ( ) hayır

**11-Sigara kullanımı:** ( ) evet ( ) hayır

**12-Alkol Kullanımı:** ( ) evet ( ) hayır



**EK 1- Hasta Bilgi Formu (devamı)****Hastaların hastalıkları ile ilgili özellikleri**

**13-İnme tipi:** ( ) İskemik ( ) Hemorajik ( ) Her ikisi de

**14-Etkilenen ekstremiteler:** .....

**15-Hastalık süresi:** .....gün/ay/yıl

**16-İnmeye yönelik kullanılan tedavi:** .....

**17-Antikoagülan kullanımı:** ( ) evet ( ) hayır

**18-Rehabilitasyon süreci devam ediyor mu?** ( ) evet ( ) hayır

**19-İlave kronik hastalık varlığı:**

( ) Diyabetes Mellitus ( ) Hiper Tansiyon ( ) Koroner Arter Hastalığı

( ) Hiperlipidemi ( ) diğer .....

**20-Son bir yıl içinde hastane başvurusu sayısı:** .....

**21-Son bir yıl içinde acil başvurusu:** ( ) evet ( ) hayır

**22-Geçen yıla göre sağlık durumu algısı:**( ) daha iyi ( ) daha kötü ( ) aynı

**EK 1- Hasta Bilgi Formu (devamı)****Hastaların TAT kullanma durumları ile ilgili özellikleri:****23-TAT kullanma durumu:**        ( ) Evet                    ( ) hayır**24-Kullanılan TAT yöntemleri:**    ( ) Masaj    ( ) Dua    ( ) Akupunktur    ( ) Hipnoz

( ) Gevşeme ve/veya solunum egzersizleri

( ) Yoga vb.meditasyon gibirelaksasyon teknikleri

( ) Aromaterapi            ( ) Hidroterapi            ( ) Müzikterapi            ( ) Refleksoloji

( ) Bitkisel ürünler, besin takviyeleri, bitkisel çaylar:.....

( ) Diğer.....

**25-Bu yöntemleri tercih etme nedeniniz?** (birden fazla seçenek işaretlenebilir)

( ) herhangi bir yan etki olmamasından kilo vermeme sağlıyor

( ) ilaç tedavimden fayda görmüyorum

( ) ilaç tedavimden daha ucuz

( ) İlaç tedavimden daha doğal

( ) yararlı olduğunu düşünüyorum

( ) başka seçeneğim olmadığından

( ) belki yararı olur

( ) reçeteye ihtiyaç olmadan kolaylıkla ulaşabiliyorum

( ) diyetisyen ya da doktor kontrolü gerektirmiyor

**26-Hastalık sürecinizdeki hangi sorununuza yönelik TAT kullandınız/kullanıyorsunuz?**

.....

**27-Bu yöntemlerin kullanılmasını size kim tavsiye etti?** (herhangi bir kaynaktan öneri alınması durumunda bir/birden fazla seçenek işaretlenebilir)

( ) Arkadaş/aile    ( ) İnternet    ( ) Sağlık personeli    ( ) Eczane    ( ) Basın-TV

( ) Aktar

**EK 1- Hasta Bilgi Formu (devamı)**

**28-TAT için para harcadınız mı?** ( ) evet ( ) hayır

**29-Kullandığınız bu ürünlerin size aylık maliyeti nedir?** ( 28. soruya verilen yanıt evetse)

( ) 0-50 TL ( ) 50-250 TL ( ) 250 TL'den fazla ( ) Diğer

**30-Bu ürünleri nerden alıyorsunuz?** ( 29. soruya verilen yanıt evet ise)

( ) Eş, dost, akraba ( ) İnternet ( ) Benzer hastalar ( ) Aktar ( ) Eczane  
( ) Doğadan ( ) Market ( ) Diğer.....

**31-Ne kadar zamandır bu ürünleri kullanıyorsunuz?** ( 29. soruya verilen yanıt evetse)

( ) Bir aydan az ( ) 1-3 ay ( ) 3-6 ay ( ) 6 -12 ay ( ) 12 aydan fazla

**32- Bu ürünleri ne sıklıkla kullandınız/kullanıyorsunuz?** (29. soruya verilen yanıt evetse)

( ) Günde 1-2 kez ( ) 3-4 günde 1 kez ( ) Haftada 1 kez ( ) 15 günde 1 kez ( )  
Ayda bir

**33-Bu yöntemleri kullandığınızdan sağlık çalışanının (doktor, hemşire) bilgisi var mı?**

( ) Evet ( ) Hayır

**34-Evetse sağlık çalışanının (doktor, hemşire) TAT kullanımına yaklaşımı:**

( ) Öneriyor ( ) Önermiyor ( ) Karışmıyor

**35-Hayırsa nedeni:** (birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- ( ) Sağlık çalışanı bu konular hakkında sorular sormuyor  
( ) Sağlık çalışanı bu konuda bilgi sahibi değil  
( ) Sağlık çalışanı bu yöntemleri eleştirebilir  
( ) Sağlık çalışanının zamanı az olduğundan onların zamanını kısıtlamak istemiyorum  
( ) Bu yöntemleri kullandığımı söylememe gerek yok  
( ) Diğer.....

**36-TAT kullanma dönemi:** ( ) Hastalığın başında ( ) Hastalığın ilerleyen dönemlerinde

**37-TAT kullanırken tıbbi tedaviyi sürdürme durumu:**

( ) Tedaviye ara verdim, sadece TAT kullandım ( ) Tedaviyle beraber kullandım

**38 -TAT yönteminin yan etkisini (zararını) gördünüz mü?**

( ) Evet..... ( ) hayır ( ) kısmen

**39-TAT yöntemlerini kullanmak sizce faydalı oldu mu?**

( ) Evet ( ) hayır ( ) kısmen

**EK 2- Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi****Parametreler****Beslenme:**

- Tam bağımsız yemek yemek için gerekli aletleri kullanabilir. (10)
- Bir miktar yardıma ihtiyaç duyar. (5)
- Tam bağımlıdır. (0)

**Yıkama:**

- Hasta yardımsız olarak küvette yıkanabilir, duş alabilir ya da keselenebilir. (5)
- Yardıma ihtiyacı vardır. (0)

**Kendine Bakım:**

- Elini yüzünü yıkayabilir, dişlerini fırçalayabilir, tıraş olabilir, makyaj yapabilir. (5)
- Kişisel bakımda yardıma ihtiyaç duyar.(0)

**Giyinip soyunma:**

- Hasta giyinip soyunabilir. Ayakkabı bağlarını çözebilir. (10)
- Yardıma gereksinim duyar (işin en az %50'sini yapabilmelidir). (5)
- Tam bağımlıdır. (0)

**Bağırsak bakımı:**

- Suppozituar kullanabilir ya da gerekirse lavman yapabilir. (10)
- Hasta belirtilen aktiviteler için yardıma gereksinim duyar. (5)
- İnkontinansı mevcuttur. (0)

**Mesane bakımı:**

- Hasta gece ve gündüz mesanesini kontrol edebilmelidir. Sonda bakımını bağımsız bir şekilde kendisi yapabilmelidir. (10)

## **EK 2- Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (devam)**

- Bazen tuvalete yetişemez ya da sürgüyü bekleyemez altına kaçıır.(5)
- İnkontinandır veya kataterlidir ve mesanesini kontrol edemez. (0)

### **Tuvalet kullanımı:**

- Duvardan ya da bardan destek alabilir tuvalet kağıdını kendi kullanabilir. (10)
- Elbiselerini giyip çıkarmak, tuvalet kağıdını kullanmak için bir miktar yardım alır. (5)
- Tam bağımlıdır. (0)

### **Tekerlekli sandalyeden yatağa ve tersi transferler:**

- Tam bağımsızdır. (15)
- Geçişler sırasında minimal yardım alır (sözel veya fiziksel). (10)
- Tek başına yatakta oturma pozisyonuna geçebilir ama geçiş için yardım alır. (5)
- Tam bağımlıdır. (0)

### **Düzgün yüzeyde yürüme / Tekerlekli sandalyeyi kullanabilme (uygunsa):**

- Hasta yardımsız olarak 45 metre yürüebilir. Bireys, baston, koltuk değneği, yürüteç kullanabilir (Bireys kullanıyorsa kilitleyip açabilmeli, oturup kalkabilmeli, mekanik destekleri yardımsız kullanabilmelidir). (15)
- Hasta bir kişinin sözel veya fiziksel yardımıyla 45 metre yürüebilir. (10)
- Hasta yürüyemez ama tekerlekli sandalyeyi kullanabilir. Hasta köşeleri dönebilir. Yatağa, tuvalete yanaşabilir. (5)
- Tekerlekli sandalyede oturabilir ancak kullanamaz. (0)

### **Merdiven inip çıkma:**

- Bağımsız inip çıkabilir, ancak destek kullanabilir (tırabzan, baston, koltuk değneği...) (10)
- Hasta yukardaki işleri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar. (5)
- Yapamaz. (0)

### EK 3- Hastalık Algısı Ölçeği

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen sizde var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

İsim:

Tarih:

### HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜLERİNİZ

	Hastalığımın başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım	Bu belirti hastalığımla ilgili
Ağrı-----	Evet----Hayır	Evet ----Hayır
Boğazda yanma-----	Evet----Hayır	Evet----Hayır
Bulantı-----	Evet----Hayır	Evet----Hayır
Soluk almada güçlük-----	Evet----Hayır	Evet----Hayır
Kilo kaybı-----	Evet----Hayır	Evet----Hayır
Yorgunluk-----	Evet----Hayır	Evet----Hayır
Eklem sertliği-----	Evet----Hayır	Evet----Hayır
Gözlerde yanma-----	Evet----Hayır	Evet----Hayır
Hırıltılı soluma-----	Evet----Hayır	Evet----Hayır
Baş ağrıları-----	Evet----Hayır	Evet----Hayır
Mide yakınmaları-----	Evet----Hayır	Evet----Hayır
Uyku güçlükleri-----	Evet----Hayır	Evet----Hayır
Sersemlik hissi-----	Evet----Hayır	Evet----Hayır
Güç kaybı-----	Evet----Hayır	Evet----Hayır

**EK 3- Hastalık Algısı Ölçeği (devam)**

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya işaret koyunuz.

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4: Böyle düşünüyorum

2: Böyle düşünmüyorum

5: Kesinlikle böyle düşünüyorum

3: Kararsızım

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Bu hastalık uzun					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13. Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15. Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez					
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					
18. Hastalığım zamanla iyileşecek					

19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımın iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığımın belirtileri güden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bezen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemmez)					
32. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					



### EK 3- Hastalık Algısı Ölçeği (devam)

#### Hastalığının Nedenleri

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4: Böyle düşünüyorum

2: Böyle düşünmüyorum

5: Kesinlikle böyle düşünüyorum

3: Kararsızım

<b>OLASI NEDENLER</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Stres ya da endişe					
Kalıtısal (irisi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet -yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaşlanma					
Alkol					

Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

Lütfen aşağıya hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.

Bana göre en önemli nedenler:

- 1.
- 2.
- 3.

#### **EK 4- Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu**

**Çalışmanın Adı:** İnmeli Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı

**Sorumlu Araştırmacı:** Dr. Öğr. Üyesi Zeynep TOSUN

**Araştırmanın Amacı:** Çalışmamızda inme hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanımlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Araştırmada İzlenecek Yöntem:** Araştırma amacıyla 01.07.2018-31.12.2018 tarihleri arasında [REDACTED] Hastanesi Nöroloji ve/veya Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniğince inme tanısı ile takip edilen hastalar ile görüşülecektir. 18 yaş ve üzerinde olan, inme tanısı ile takip edilen, iletişim problemi olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara yaklaşık 20 dakika kadar süren üç anket formu uygulanacaktır. Bu anket formları 40 sorudan oluşan Hasta Bilgi Formu, 10 parametreden oluşan Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve 70 ifadeden oluşan Hastalık Algısı Ölçeğinden oluşmaktadır. Bu araştırmanın protokolü, Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi etik değerlendirme komitesi tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır. Helsinki beyannamesinde ortaya konan etik prensiplere riayet edilecektir. Bu formun bir kopyası size saklamanız için verilecektir.

**Alternatif Tedavi veya Girişimler:** Çalışma nedeniyle alternatif tedavi veya girişim uygulanmayacaktır.

**Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler:** Araştırma sırasında karşılaşılabilecek herhangi bir risk yoktur.

**Araştırma İlacının Olası Yan Etkileri:** Araştırma nedeniyle herhangi bir ilaç uygulanmayacaktır.

**Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu:**

Melek YALÇIN ARSLAN\_0544 277 59 58

Bu araştırmaya katılmanız tamamen gizli tutulacaktır. Sizin araştırmaya katılmanıza ilişkin bilgisi olan tek kişi araştırmacınız olacaktır. Araştırmacınıza verdiğiniz bilgiler kadar klinik bilgilerde gizli tutulacaktır. Bununla birlikte yetkili kurumların müfettişleri araştırmanın geçerli yasalar ve sağlık makamları mevzuatına uygun olarak yürütülmesini garantilemek üzere araştırmaya ilişkin kayıtlarınızı incelemekle yükümlü olabilirler. Kayıtlarınızdaki bilgiler sadece bu araştırma amacıyla ve bu araştırmayı izleyen yayınlar için kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacaktır. Her durumda kimliğiniz diğer amaçlar için kullanılmayacak veya üçüncü şahıslara açıklanmayacaktır. Muayeneleriniz ve diğer işlemler için sizden ücret alınmayacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

**Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih**

**Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih**

**Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih**

**Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih**

## EK 5- Etik Kurul İzni



T.C  
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı: 2018/

28/06/2018

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KURTULUŞ TOSUN

Namık Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna sunmuş olduğunuz **“İnmeli Hastalarda Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı”** başlıklı ve 2018/96/07/02 nolu prospektif araştırmanız incelenmiş olup, yürütülmesine etik açıdan herhangi bir sakınca olmadığına oybirliği/oyçokluğu ile karar verilmiştir.

NKÜ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu


Unvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile ilişki		Katılım		İmza
	Var	Yok	Evet	Hayır	
Prof. Dr. Ebru YEŞİLDAĞ	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. M. Metin DONMA	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ali Rıza KIZILER	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Nicel TAŞDEMİR	V <input type="checkbox"/>	Y <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Savaş GÜZEL	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yakup ALBAYRAK	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gündüz YÜMÜN	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Berna ERDAL YILDIRIM	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Birol TOPÇU	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Demet ÖZKARAMANLI GÜR	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sonat Pınar KARA	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Ufuk COŞKUNKAN	V <input type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KURTULUŞ TOSUN	V <input checked="" type="checkbox"/>	Y <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

Başkanın Unvanı /Adı/ Soyadı /İmza: Prof. Dr. Ebru YEŞİLDAĞ

Namık Kemal Mah. Kampüs Cad. No:1 59030  
Telefon: (0 282) 250 59 04 - Faks: (0 282) 250 99 28  
Elektronik Ağ: <http://tip.nku.edu.tr>


Ayrıntılı Bilgi İçin: Engin Deniz RENÇBER  
e- posta: [edrencber@nku.edu.tr](mailto:edrencber@nku.edu.tr)

## EK 6- Kurum İzni



T.C  
TEKİRDAĞ VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

TEKİRDAĞ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - TEKİRDAĞ  
EĞİTİM HİZMETLERİ BİRİMİ  
30/04/2019 12:26 - 93966460 - 044 - E-309



00092575792

Sayı : 93966460-044  
Konu : Araştırma İzin Talebi/Melek  
ARSLAN

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Melek ARSLAN'ın 26/03/2019 tarihli dilekçesi.

Müdürlüğümüze bağlı Tekirdağ Devlet Hastanemizde Hemşire olarak görev yapan Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Melek ARSLAN tarafından “İnmeli Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı” isimli yüksek lisans tez çalışmasına ait anketi, 01 Temmuz 2018 - 31 Aralık 2018 tarihleri arasında 6 (altı) ay süre ile,

Hastanesinde Nöroloji ve/veya Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniğince inme tanısı ile takip edilen hastalarda uygulama talebi 21/06/2018 tarihli Komisyon Kararı, çalışmaya ait 01/01/2019-31/03/2019 tarihleri arasında kapsayacak şekilde ek süre talebi ise 17/01/2019 tarihli Komisyon Kararı ile uygun görülmüştü. İlgide kayıtlı dilekçe ile, bahse konu çalışmada hedeflenen hasta sayısına ulaşılamadığı belirtilerek Melek ARSLAN tarafından 01/04/2019-30/06/2019 tarihleri arasında kapsayacak şekilde ek süre talebinde bulunulmuştur.

Araştırma başvurusu komisyon tarafından incelenmiş ve uygulamanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, katılımın gönüllülük esasına göre yapılması, çalışmada araştırma yapılan kurumun isminin zikredilmemesi, çalışma sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi, tamamlanan araştırma raporunun 2 nüsha olarak ve ayrıca CD formatında Müdürlüğümüz Eğitim Birimine teslim edilmesi şartıyla çalışma süresinin 01/04/2019-30/06/2019 tarihleri arasında kapsayacak şekilde uzatılmasının uygun olduğuna karar verilmiştir.

Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdır.  
Zafer SOYKIRLI  
Başkan

Ek: Protokol (2 Sayfa)

Dağıtım:

Melek ARSLAN e-posta: arslanmelek@outlook.com

---

100. Yıl Hüseyin Mumcuoğlu Caddesi No:37 Süleymanpaşa/Tekirdağ  
Telefon: Faks No: 0 (282)2624944  
e-Posta: ilknur.ozdemir@saglik.gov.tr İnternet Adresi:  
www.tekirdagism.saglik.gov.tr

Bilgi için: İlknur ÖZDEMİR  
EBE  
Telefon No: 0(282)2582258/8890

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden cb2949c3-910a-4f01-8b27-4b70c5ab0c86 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**EK 7. Beyan**

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum 'İnmeli Hastalarda Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı' başlıklı bu çalışmayı baştan sona kadar danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Zeynep TOSUN'un sorumluluğunda tamamladığımı, verileri kendim topladığımı, yararlandığım eserlerden intihal yapmadığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Saygılarımla,

Melek YALÇIN ARSLAN

**EK 8. Özgeçmiş**

<b>KİŞİSEL BİLGİLER</b>	
ADI SOYADI	Melek YALÇIN ARSLAN
DOĞUM TARİHİ- YERİ	22.09.1987- TEKİRDAĞ
e-mail	arslanmelek59@outlook.com
<b>EĞİTİM BİLGİLERİ</b>	
Yüksek Lisans	Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Lisans	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu
2017- devam ediyor	2005-2009
<b>İŞ DENEYİMİ</b>	
Tekirdağ Özel Yaşam Hastanesi (Genel Servis)	2009-2010
Tekirdağ Devlet Hastanesi (Yoğun Bakım Ünitesi)	2010- devam ediyor
<b>YABANCI DİL BİLGİSİ</b>	
İngilizce	Orta
<b>BİLGİSAYAR BİLGİSİ</b>	
Microsoft Office (Word, Exel, Power Point)	İyi
SPSS	Orta