



**AKUT İSKEMİK İNMEDE HASTANEYE BAŞVURU
SÜRESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Ebru MACİT
1168207103**

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

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

Tez No: 2020/81

2020-TEKİRDAĞ

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AKUT İSKEMİK İNMEDE HASTANEYE BAŞVURU
SÜRESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Ebru MACİT
1168207103**

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

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

Tez No: 2020/81

2020-TEKİRDAĞ

KABUL VE ONAY

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

13/01/2020

Doç. Dr. Zeliha TÜLEK
İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa
Jüri Başkanı

Dr. Öğr. Üyesi Zeynep TOSUN
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Nurhan ÖZPANCAR
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi
Üye

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ebru MACİT'in "Akut İskemik İnmede Hastaneye Başvuru Süresini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi" başlıklı tezigünü saat’da Namık Kemal Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği’nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Prof.Dr.Nilda TURGUT
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca değerli bilgi ve deneyimleri ile beni aydınlatan, anlayışını hiçbir zaman esirgemeyen, araştırma sürecinde katkılarıyla rehberlik eden ve desteğini her zaman hissettiğim değerli hocam, tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Zeynep TOSUN'a,

Yüksek lisans sürecinde eğitim hayatıma katkılarından ve desteğinden dolayı sayın hocam Dr. Öğr. Üyesi Nurhan ÖZPANCAR'a,

Bugünlere gelmemde büyük emeği olan aileme, bana olan inancı, sabrı, anlayışı ve manevi desteğinden dolayı sevgili eşime ve bu zorlu süreçte sevgisini benden esirgemeyen ve masumiyetiyle bana destek olan biricik kızıma ve adını sayamadığım katkıda bulunan herkese tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla,

Ebru MACİT

ÖZET

Ebru, M. Akut İskemik İnmede Hastaneye Başvuru Süresini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ, 2019. Bu araştırmada akut iskemik inme tanısı ile hastaneye yatan hastalarda ilk şikayetlerin başlamasından hastaneye başvuruya kadar geçen süre ve bu süreyi etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırma Haziran 2019-Ekim 2019 tarihleri arasında bir devlet hastanesinin nöroloji servisinde tedavi gören 111 iskemik inme hastası ile yürütülmüştür. Veriler hasta ve yardım arama davranışında bulunan kişilerin sosyodemografik özellikleri, inme risk faktörleri ve inme belirtileri bilgilerini kapsayan “Hasta Bilgi Formu” ile “Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Skalası (NIHSS)” ve “Sağlık Algısı Ölçeği” kullanılarak elde edilmiştir. Çalışmadaki hastaların yaş ortalaması $68,24 \pm 11,15$ yıl olup, %50,5'i kadındır. İnme belirtilerinin başlamasından sonra hastaların %72,1'i iki saat içinde hastaneye ulaşmıştır. Hastanın gelir durumunun orta düzeyde olması, belirti başlangıç zamanını hatırlaması, hastaneye gelmeye/yardım çağırma kararı verme süresinin kısa olması, hastaneye gelmeye/yardım aramaya karar verdikten sonra hastaneye ulaşım süresinin kısa olması, hastaneye başvuru saatinin 08.00-17.00 arasında olması, yardım çağrısında bulunan bireyin evli olması, gelir durumunun orta düzeyde olması halinde hastaneye erken başvuru daha fazladır ($p < 0,05$). Hastanın inme belirtilerini bilmesi, hipertansiyon ve diyabet hastalığının olması, warfarin kullanması, ilk belirtilerin hasta tarafından farkedilmesi, belirtiler başladığında hastanın yalnız olması, NIHSS puanının yüksek olması, inmenin anlama güçlüğü belirtisi ile başlaması halinde hastaneye başvuruda daha fazla gecikme yaşanmıştır ($p < 0,05$). Yardım arama davranışında bulunan bireylerin sağlık algıları hastaneye erken başvuru yapanlarda farklı bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Anahtar kelimeler: İnme, hastane öncesi dönem, hemşirelik, sağlık algısı

ABSTRACT

Ebru, M. Evaluation of the Factors Affecting the Time Period of Hospital Admission in Acute Ischemic Stroke, Tekirdağ Namık Kemal University Institute of Health Sciences, Department of Internal Medicine Nursing Master Thesis, Tekirdağ, 2019. In this study, it was aimed to determine the time period between the onset of the first complaints and admission to hospital and the factors affecting this time in hospitalized patients with acute ischemic stroke. The research was conducted with 111 patients with ischemic stroke receiving treatment in the department of neurology of a state hospital between June 2019 and October 2019. The data were obtained by using "Patient Information Forms" containing the socio-demographic information of the stroke patients, stroke risk factors and stroke symptoms, "American National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)" and "Health Perception Scale". The mean age of the patients in the study was 68.24 ± 11.15 years and 50.5% of them were female. 72.1% of the patients reached the hospital within two hours after the onset of the stroke symptoms. Early admission to hospital is more frequent when the income status of the patient is at a medium level, the patient remembers the onset of the symptoms, there is not so much time to decide on coming to hospital/calling for help, it does not take so much time to reach the hospital after deciding on coming to hospital/calling for help, the patient admits to hospital between 08.00 and 17.00, the individual who calls for help is married and his/her income level is at a medium level ($p < 0.05$). There were more delays in admission to hospital when the patient knew at least two symptoms of stroke, had hypertension or diabetes, used warfarin, noticed the first symptoms and was alone at the onset of the symptoms and when the patient's NIHSS score was high and the stroke began with the symptom of difficulty in understanding ($p < 0.05$). The health perceptions of the individuals seeking help were not different than those who admitted to hospital early ($p > 0.05$).

Key words: Stroke, pre-hospitalization period, nursing, health perception

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiii
TABLolar DİZİNİ	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. İnme Tanımı ve Önemi	3
2.2. İnme Epidemiyolojisi	3
2.3. İnme Etyolojisi	5
2.4. İnmede Risk Faktörleri	5
2.4.1. Değişirilebilir Risk Faktörleri	7
2.4.1.1. Kesinleşmiş Risk Faktörleri	7
2.4.1.2. Kesinleşmemiş Risk Faktörleri	8
2.4.2. Değişirilemez Risk Faktörleri	9
2.5. İnme Belirtileri	10
2.6. İnmede Tanılama	11
2.7. Tedavi ve Bakım	12
2.7.1. İntravenöz Trombolitik Tedavi	13
2.7.2. Endovasküler Tedavi	14
2.7.3. Diğer Tedaviler	15
2.8. Tedavi Başarısını Etkileyen Faktörler	15
2.8.1. Tedaviye Başlama Süresi	16
2.8.2. Tedavi Gecikmeleri ve Nedenleri	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	18

3.2. Araştırma Soruları	18
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	18
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.4.1. Örneklem Kriterleri	19
3.4.2. Örneklem Büyüklüğü	19
3.5. Araştırmanın Etik Yönleri	19
3.6. Araştırmanın Yöntemi	20
3.7. Veri Toplama Araçları	20
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	24
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
4. BULGULAR	26
4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	26
4.2. İnme Risk Faktörlerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı	27
4.3. İnme Belirtileri ve İnme Risk Faktörleri Bilgi Durumu Dağılımı	38
4.4. İlk İnme Belirtilerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı	29
4.5. Yardım Arama Davranışlarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı	31
4.6. Trombolitik Tedavi Uygulamasına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	33
4.7. Hastaların Nörolojik Disfonksiyon Derecelendirmelerinin Dağılımı	33
4.8. Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireyin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	35
4.9. Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireylerin İnme Hakkındaki Bilgilerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı	36
4.10. Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireylerin Sağlık Algısı Dağılımı	38
4.12. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Hastaneye Başvuru Süresine İlişkin Değerlendirmeler	39
4.13. Hastaların İnme Risk Faktörlerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler	40
4.14. Hastaların İnme Bilgisine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler	41
4.15. Hastaların Hastane Öncesi Dönem Özelliklerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler	42

4.16. Hastaların Yardım Arama Davranış Özelliklerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler	45
4.17. Hastaların Nörolojik Disfonksiyon Derecelerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler	46
4.18. Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireyin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler	47
4.19. Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireyin İnme Yönelik Bilgisine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler	49
4.20. Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireyin Farkettiği İnme Belirtilerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler	49
4.21. Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireyin Sağlık Algısına Göre Hastaneye Başvuru Sürelerinin Değerlendirilmesi	50
5. TARTIŞMA	52
5.1. İnme Başlangıç Belirtilerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerinin Tartışılması	52
5.2. Hastaların Yardım Arama Davranışlarına İlişkin Özelliklerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerinin Tartışılması	57
5.3. Trombolitik Tedavi Uygulanmasına İlişkin Özelliklerinin Tartışılması	61
5.4. Hastaların Nörolojik Disfonksiyon Derecelerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerinin Tartışılması	62
5.5. Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireyin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmelerin Tartışılması	63
5.6. Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireylerin İnme Hakkındaki Bilgilerine ve Fark Ettikleri İlk İnme Belirtilerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Özelliklerin Tartışılması	64
5.7. Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireylerin Sağlık Algısına Göre Hastaneye Başvuru Sürelerinin Tartışılması	65
5.8. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Hastaneye Başvuru Süresine İlişkin Değerlendirmelerin Tartışılması	66
5.9. Hastaların İnme Risk Faktörlerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmelerin Tartışılması	67

5.10. Hastaların İnce Bilgisine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmelerin Tartışılması	67
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	68
KAYNAKLAR	73
EKLER	87



SİMGELER ve KISALTMALAR

AKŞ	Açlık Kan Şekeri
ASA	Asetil Salisilik Asit
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BT	Bilgisayarlı Tomografi
BTA	Bilgisayarlı Tomografik Anjiyografi
DALYs	Sakatlığa Bağlı Yaşam Yılı
DM	Diabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
EKG	Elektrokardiyografi
GİA	Geçici İskemik Atak
HDL	High Density Lipoprotein
HT	Hipertansiyon
INR	International Normalized Ratio
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KVH	Kardiyovasküler Hastalık
MRA	Manyetik Rezonans Anjiyografi
MRG	Manyetik Rezonans Görüntüleme
NANDA	Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği (North American Nursing Diagnosis Association)
NIHSS	Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Ölçeği
NINDS	Ulusal Nörolojik Hastalıklar ve İnme Enstitüsü (National Institutes of Neurological Disorders and Stroke)
PT	Protrombin Zamanı
rtPA	Rekombinant Doku Plazminojen Aktivatörü
TG	Trigliserid
TOAST	Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
USG	Ultrasonografi

ŞEKİLLER

Şekil 4.1	Eşlik eden hastalıkların dağılımı	28
Şekil 4.2	Daha önce kendisi veya yakınlarında inme görülme oranları dağılımı	28
Şekil 4.3	İnme risk faktörleri ve belirtilerini bilme durumları dağılımı	29
Şekil 4.4	Hastaneye başvuran olguların inme anında fark ettikleri ilk belirtilerin dağılımı	31
Şekil 4.5	Belirtileri ilk fark eden kişilere göre hastaneye başvurma süreleri dağılımı	44
Şekil 4.6	Şikayetler başladığında yalnız olma durumuna göre hastaneye başvurma süreleri dağılımı	44
Şekil 4.7	Hastaneye başvuru sürelerine göre inme ölçeği toplam puanı dağılımı	47

TABLOLAR

Tablo 2.1	Dünyada 1990 ve 2013 yıllarında iskemik inme ve hemorajik inme vakalarının sakatlığa bağlı yaşam yılları ve ölümler (%95 belirsizlik aralığı)	5
Tablo 2.2	Değiştirilemeyen ve değiştirilebilen risk faktörleri	6
Tablo 2.3	İnme Belirtileri	10
Tablo 4.1	Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	26
Tablo 4.2	İnme Risk Faktörlerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı	27
Tablo 4.3	İnme Belirtileri ve İnme Risk Faktörleri Bilgi Durumu Dağılımı	29
Tablo 4.4	İlk İnme Belirtilerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı	30
Tablo 4.5	Yardım Arama Davranışlarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı	32
Tablo 4.6	Trombolitik Tedavi Uygulamasına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	33
Tablo 4.7	Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Ölçeği Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı	34
Tablo 4.8	Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireyin Sosyo-Demografik Özellikleri	36
Tablo 4.9	Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireylerin İnme Hakkındaki Bilgilerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı	37
Tablo 4.10	Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireylerin Sağlık Algısı Dağılımı	38
Tablo 4.11	Sağlık Algısı Ölçeği Puanları Dağılımı	39
Tablo 4.12	Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler	40
Tablo 4.13	Hastaların İnme Risk Faktörlerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler	41
Tablo 4.14	Hastaların İnme Bilgisine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler	42
Tablo 4.15	Hastaların Hastane Öncesi Dönem Özelliklerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler	43

Tablo 4.16	Hastaların Yardım Arama Davranış Özelliklerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler	45
Tablo 4.17	Hastaların Hastaneye Başvuru Sürelerine Göre İnme Ölçeği Toplam Puanının Değerlendirilmesi	47
Tablo 4.18	Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireyin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler	48
Tablo 4.19	Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireyin İnmeye Yönelik Bilgisine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler	49
Tablo 4.20	Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireyin Farkettiği İnme Belirtilerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler	50
Tablo 4.21	Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireyin Sağlık Algısına Göre Hastaneye Başvuru Sürelerinin Değerlendirilmesi	51

1.GİRİŞ

İnme, dünyada ölüm ve sakatlıklara neden olan önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmakta ve gelişmekte olan ülkeler arasında ölüm nedenleri arasında ikinci sırada, gelişmiş ülkelerde ise hastalık nedeniyle meydana gelen sakatlıklarda üçüncü sırada yer almaktadır. Ayrıca önlenebilir olması ve tedavi edilebilirliği nedeniyle de önemli bir yere sahiptir (Hankey 2005; Feigin ve diğ. 2015).

İnme hemorajik ve iskemik inme olmak üzere iki şekilde görülebilmekte ve iskemik inmeler tüm inmelerin %80'ini oluşturmaktadır (Bogiatzi ve diğ. 2014; Boehme ve diğ. 2017).

İnme, fonksiyonel sakatlığın en önemli sebebi olup, inmeden sonra hastaların üçte biri günlük yaşam aktivitelerini inme öncesi dönem gibi devam ettiremez. Hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi, obezite, metabolik sendrom, sigara, alkol, enfeksiyon gibi faktörler inmede değiştirilebilir risk faktörleri arasında yer almaktadır. Risk faktörlerinin azaltılmasına yönelik yapılan çalışmalar ve risk faktörlerinin erken tanılanması ciddi oranda inme riskini azaltabileceğinden dolayı çok önemlidir. Erken tanılanması ve tedavisi birincil koruyucu önlemleri oluştururken, inme geçiren bireylerde ise tekrar geçirmesini engellemek ikincil koruyucu önlemleri oluşturmaktadır (Arboix ve diğ. 2015; Boehme ve diğ. 2017).

Semptomların başlamasından hastaneye başvuruya kadar geçen zaman tedavi için ciddi önem taşımaktadır. İnme geçiren birey ya da belirtilere tanık olan bireyin inme semptomlarını tanınması ve en kısa sürede yardım almak için harekete geçmesi akut inme yönetiminde kritik bir noktadır (Denti ve diğ. 2017; Soto-Camara ve diğ. 2019).

İnme tedavisinde amaç beyin dokusundaki hasarı, zihinsel ve bedensel fonksiyonlardaki sakatlıkları en aza indirmektir. İskemik inme tedavisinde kullanılan rekombinant doku plazminojen aktivatörünün (rtPA) sadece 3-4,5 saatler arasında kullanılıyor olması hastaneye başvuruda zaman kavramının ciddi derecede önemli olduğunu göstermektedir. İnmede hastaneye erken başvurunun önemi ne kadar fazla olsa da ilk 3 saatlik zaman diliminde hastaneye başvuran hasta sayısı azdır (Hjelmblick ve diğ. 2008; Hsieh ve diğ. 2016).

Gecikmelerin bir kısmı karar verme aşamasında olurken bir kısmı ise semptomların başlamasından tıbbi yardım almaya kadar geçen süre aşamasında olmaktadır. İnme semptomlarını ciddiye almamak, semptomları tanımada yeterli bilgiye sahip olmamak, bekleyip görme düşüncesi ya da tıbbi yardım almada tereddütte bulunma gibi faktörler hastane gecikmelerine neden olmaktadır (Faiz ve diğ. 2014).

Erken dönemde hastaneye başvuruların arttırılmasında hasta ve yakınlarına büyük görevler düşmektedir. Hastaların ya da yakınlarının inme hakkında bilgiye sahip olması ve bu bilgileri inme ile ilişkilendirebilmesi hastaneye erken dönemde başvurmalarını sağlayabilmektedir. Ayrıca hastaların erken tanılanmasında 112 acil bakım ekibi ve acil serviste çalışan sağlık personelinin önemi büyüktür (Lacy ve diğ. 2001; Korkmaz ve diğ. 2010).

Bu çalışma akut iskemik inme tanılı hastaların hastaneye başvuru süresi ve etkileyen faktörleri saptamak amacıyla planlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. İnme Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) inmeyi ilk kez 1970 yılında fokal veya global klinik bulguların hızlıca geliştiği, 24 saatten uzun süren veya ölümle sonuçlanan, vasküler nedenler dışında görünür bir nedeni olmayan serebral fonksiyon bozukluğu olarak tanımlamıştır (WHO 2006). Günümüzde halen bu tanım yaygın olarak kullanılmasına rağmen, tanımdan itibaren geçen 50 yılda özellikle görüntüleme yöntemleri başta olmak üzere tanılama yöntemlerindeki gelişmeler doğrultusunda yeni bir tanıma gereksinim olduğu da belirtilmektedir (Coupland ve diğ. 2017). İnme tanımı Amerikan Kalp Birliği/Amerikan İnme Birliği tarafından sessiz infarktları ve hemorajileri de kapsayacak şekilde güncellenmiş, merkezi sinir sistemi enfarktüsü, kalıcı hasarın nöropatolojik, nörogörüntüleme ve/veya klinik kanıtlarına dayanarak, iskemiyeye atfedilebilen beyin, spinal kord veya retinal hücre ölümü olarak tanımlanmıştır. İnme tanım olarak ayrıca geniş bir şekilde intraserebral kanamayı ve subaraknoid kanamayı da içerir (Sacco ve diğ. 2013). Ancak tanımda henüz konsensüs sağlanamamıştır (Coupland ve diğ. 2017).

İskemik inme gelişmiş ülkelerde %75-80 oranında görülürken, %10-15'i intraserebral kanamayı, %5-10 ise subaraknoid kanamayı oluşturur. İnmede en önemli etken insidansın azaltılması yani koruyucu önlemler alınarak inme geçirme riskinin en aza indirilmesidir. Tüm inme geçiren hastaların üçte birinde daha önce de geçirilmiş inme öyküsü bulunmaktadır. Ayrıca inme geçiren bireylerde ilerki zamanlarda demans ve bilişsel bozukluklara da sık rastlanılmaktadır. İnmeden sonraki demans prevalansı %30 gibi ciddi bir yüzdeler dilimken inmeden sonra yeni başlayan demansın insidansı ilk seneden sonra %7'den 25 sene sonra %48'e çıkmaktadır. Kişinin inme geçirmiş olması demans görülme riskini iki katına çıkarır (WHO 2006; Feigin ve diğ. 2017).

2.2. İnme Epidemiyolojisi

İNME; dünyada ve gelişmekte olan ülkelerde iskemik kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada ölüm sebebi, gelişmiş ülkelerde ise hastalığa bağlı sakatlıklarda

üçüncü sırada yer almaktadır (Feigin ve diğ. 2015). Her yıl dünyada 15 milyon insan inme tanısı almakta ve bunların 5 milyonu ölmekte, 5 milyonu ise kalıcı sakatlıkla hayatlarına devam etmektedir. (www.who.int 2018). 2013 yılında dünyada 6,5 milyon kişi inme sebebiyle yaşamını yitirmiştir (Benjamin ve diğ 2017).

Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl yaklaşık 795 bin kişi inme geçirmekte, ortalama her dört dakikada bir kişi ise inme sebebiyle ölmektedir. İnme sebebiyle ölümlerin %60'ı hastane dışında gerçekleşmektedir (Benjamin ve diğ. 2017). İnme geçiren hastaların yaklaşık %60'ının özbakımlarını gerçekleştirebilecek bağımsızlığa ulaşması, %75'inin bağımsız şekilde yürüyebilmesi, %20'sinin ise profesyonel sağlık hizmetlerine ihtiyacı olması beklenirken geriye kalan kısmın ise aile, akraba, arkadaş gibi yakın çevreden herhangi bir kişinin bakımına ihtiyaç duyması beklenmektedir. Ayrıca inme fiziksel sakatlıklardan (günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme vb.) daha çok psikososyal (sosyalleşme vb.) sakatlıklara neden olmaktadır (WHO 2006). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2017 yılında serebrovasküler hastalıklar sebebiyle 38099 kişi hayatını kaybederken bu sayı 2018 yılında 36280 kişi olarak değişmiş, kadınların ölüm oranı erkeklere göre her iki yılda da daha fazla olarak kaydedilmiştir (tüik.gov.tr 2018).

Tablo 2.1. Dünyada 1990 ve 2013 yıllarında iskemik inme ve hemorajik inme vakalarının sakatlığa bağlı yaşam yılları ve ölümler (%95 belirsizlik aralığı)

	1990	2013
İskemik inme		
İnsidans	4,309,356 (4,118,103–4,531,909)	6,892,857 (6,549,814–7,352,226)
Prevelans	10,045,202 (9,643,525–10,453,439)	18,305,491 (17,767,372–18,920,736)
Ölüm	2,182,865 (1,923,290–2,430,872)	3,272,924 (2,812,654–3,592,562)
Sakatlığa bağlı yaşam yılı(DALYs)	34,155,606 (29,592,196–38,325,866)	47,424,681 (40,537,540–52,211,800)
Hemorajik inme		
İnsidans	1,886,345 (1,816,991–1,976,659)	3,366,175 (3,199,978–3,543,213)
Prevelans	3,891,158 (3,769,541–4,019,014)	7,363,457 (7,139,691–7,616,146)
Ölüm	2,401,930.40 (2,109,380.2–2,669,117.5)	3,173,951 (2,885,717–3,719,684)
Sakatlığa bağlı yaşam yılı(DALYs)	55,953,376 (49,881,127–62,161,971)	65,454,194 (59,497,415–74,654,738)

(Feigin ve diğ. 2015).

2.3. İnme Etiyolojisi

Temel olarak inme; iskemik inme ve hemorajik inme olarak iki başlık altında incelenir. İnme vakalarının %80 gibi ciddi bir oranı iskemik inme iken, geriye kalan kısmını ise hemorajik inmeler oluşturur. İskemik inme; beyne giden kan akımında bozulma sonucu gerçekleşir. Bu trombotik ya da embolik nedenlerden kaynaklanabilir. Hemorajik inme ise, intraparaknimal ya da subaraknoid kanamalar şeklinde görülebilir (Boehme ve diğ. 2017; Hui ve diğ. 2019).

Etiyolojiye yönelik en yaygın kullanılan sınıflama TOAST (Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment) Sınıflamasına Göre Akut İskemik İnme Etiyolojisi

- Büyük arter ateroskleroza
- Kardiyoembolizm
- Küçük damar tıkanıklıkları
- Belirlenen diğer etiyolojilerin sebep olduğu inme
- Bilinmeyen sebeplere bağlı inme (Adams ve diğ. 1993).

2.4. İnmede Risk Faktörleri

Değiştirilemeyen ve değiştirilebilen risk faktörleri olarak iki ayrılmıştır. Değiştirilebilir risk faktörleri ise kesinleşmiş ve kesinleşmemiş risk faktörleri olarak ele alınmıştır. Risk faktörlerinin neler olduğunun bilinmesi inme riskini önleme ve birincil koruma açısından çok önemlidir (Midi ve Afşar 2010; Boehme ve diğ. 2017).

Tablo 2.2. Değiştirilemeyen ve değiştirilebilen risk faktörleri

I. Değiştirilemeyen risk faktörleri
• Yaş
• Cinsiyet
• Irk
• Aile öyküsü
• Ailede inme ya da geçici iskemik atak varlığı
II. Değiştirilebilir risk faktörleri
a. Kesinleşmiş faktörler
• Hipertansiyon
• Sigara
• Diyabetes Mellitus
• Kardiyovasküler hastalıklar
• Asemptomatik karotis stenozu
• Atrial fibrilasyon
• Dislipidemi
• Obezite
• Orak hücreli anemi
• Fiziksel inaktivite
• Diyet ve beslenme alışkanlığı
• Postmenapozal hormon tedavisi
b. Kesinleşmemiş faktörler
• Alkol kullanımı
• Oral kontraseptif kullanımı
• İlaç kullanımı ve bağımlılığı
• Metabolik sendrom
• Migren
• Enfeksiyon
• İnflamasyon
• Hiperhomosisteinemi
• Hiperkoagülabilité
• Yüksek Lipoprotein Lp(a)

2.4.1. Değiştirilebilir Risk Faktörleri

İnmeye sebep olan değiştirilebilir risk faktörlerinin bilinmesi hem bu faktörleri ortadan kaldırmak hem de inme riskini azaltmak için çok önemlidir (Roger ve diğ. 2012). Ayrıca risk faktörlerinin erken tanınması da sonucu değiştirmek açısından oldukça önemlidir (Boehme ve diğ. 2017).

2.4.1.1. Kesinleşmiş Risk Faktörleri

Hipertansiyon: Hipertansiyon inme için en önemli ve değiştirilebilir risk faktörü olarak ilk sırada yer almaktadır. Kan basıncının artması inme görülme riskinin artmasıyla doğru orantılıdır (Öztürk 2009). Hipertansiyon tanısı almamış bireylerde bile kan basıncı arttıkaça inme riski de artar. Bunun yanında hipertansiyon tedavisi; ilaçla ya da yaşam tarzındaki değişikliklerle inme riskini azaltmada en önemli faktörlerden biridir. Ayrıca fiziksel aktivite, sodyumdan fakir diyet, stresten uzak kalmak gibi etkenler kontrol altına alındığında da inme riski azaltılmış olur (Fesci ve diğ. 2006; Boehme ve diğ. 2017).

Sigara: Sigara kullanımı ölüm ve sakatlık sebebi olarak ikinci sırada karşımıza çıkmaktadır. Sigara inme görülme riskini 2 ile 4 kat arasında arttırmakla birlikte bir günde içilen sigara miktarının bir paket olması inme riskini 6 kat arttırmaktadır. Sigaranın bırakılması inme riskini hiç sigara içmeyen kişilerle yakın duruma getirmektedir (Fesci ve diğ. 2006; Mozaffarian ve diğ. 2015; İnme Tanı ve Tedavi kılavuzu 2015).

Diyabet: İnme insidansı diyabet ile birlikte her yaşta artış göstermektedir. Ancak bu risk hem siyah ırkta hem de beyaz ırkta 65 yaş öncesinde daha belirgin olarak görölmektedir. Diyabet inme görülme riskini iki kat arttırmaktadır. Diyabet hastalarının %20 si inme sebebiyle hayatlarını kaybetmektedirler. Ancak diyabet hastalarında tıbbi tedavi ile birlikte davranış değişikliği sonucu inme görülme riski azalmaktadır (Boehme ve diğ. 2017; Benjamin ve diğ. 2018).

Kalp Hastalıkları: Kalp hastalıkları inmeli hastaların üçte birinde görölmektedir. Kardiyembolik inme ile ilişkilendirilen atriyal fibrilasyon ve atriyal flutter en önemli risk faktörleri arasında yer alır. Atriyal fibrilasyonun inmeye sebep

olma yüzdesi yılda 2 ile 4 arasında olmakla birlikte düşük miktarda alınacak antikoagülan ya da antiagreganlar görülme riskini düşürmektedir (Fesci ve diğ. 2006; Arboix 2015).

Aseptomatik Karotis Stenoza: Aseptomatik karotis stenoza genelde 50 yaşın üzerinde görülmektedir ve karotis stenoza inme riski ile doğru orantılıdır (Nakuş 2015).

Dislipidemi: Kadınlarda ve erkeklerde dislipidemi inme ile ilişkilidir fakat erkeklerde HDL (High Density Lipoprotein)'nin düşük olması inme için risk faktörü oluştururken kadınlar için yeterli kanıt bulunmamaktadır (Arboix 2015).

Obezite: Kilo beden kitle indeksi (BKİ) ile sınıflandırılmaktadır. Hesaplaması ise kilonun boyun karesine bölünmesi ile elde edilir. Sınıflandırmada 40 üzeri hastalıklı obezite, 30-40 arası obezite, 25-30 arası aşırı kilolu olarak tanımlanmaktadır. Obezite fiziksel olarak hareketsizliğe sebep olurken diyabet, hipertansiyon ve hiperlipidemi gibi ciddi risk faktörleri ile bağlantılıdır. Beden kitle indeksi arttıkça inme riski de artış göstermektedir (İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2015; Winstein ve diğ. 2016; Boehme ve diğ. 2017).

Orak Hücreli Anemi : Orak hücreli anemi hastalarında inme riski %4-17 oranındadır (Nakuş 2015).

Fiziksel İnaktivite: Fiziksel inaktivite diğer hastalıklar gibi inme için de ciddi bir faktördür. Fiziksel aktivitenin inme ile bağlantısı düşük kan basıncı, yüksek vücut ağırlığının azalması ve diyabetin azalması ile açıklanabilir (Boehme ve diğ. 2017).

Diyet ve Beslenme Alışkanlığı: Meyve ve sebze alımının artırılması, yağ ve tuz alımının azaltılması inme riskini azaltırken hazır gıdaların fazla tüketilmesi ve fastfood alışkanlığı inme riskini arttırmaktadır (Fesci ve diğ. 2006; Boehme ve diğ. 2017).

Postmenapozal Hormon Tedavisi: Menapoz sonrası hormon tedavisi inme riskini artırır (Arboix 2015).

2.4.1.2. Kesinleşmemiş Risk Faktörleri

Alkol: Alkol tüketiminin fazla olması hemorajik inme ile doğrudan ilişkilidir. Az ya da orta düzeyde alkol kullanımında (kadınlarda bir kadeh ya da daha az erkeklerde ise iki kadeh ya da daha az) koruyucu etki mevcutken aşırı tüketimde ise inme riski artmaktadır. Günde beş kadehten daha fazla alkol tüketimi inme görülme riskini %69 daha fazla arttırmaktadır (Midi ve Afşar 2010; İnme Tanı ve Tedavi kılavuzu 2015).

Oral Kontraseptif Kullanımı: 35 yaş sonrasında oral kontraseptif kullanan (emboli ve trombüs oluşmasına sebep olmasından dolayı), diyabet, hipertansiyon, migren, tromboembolizm öyküsü olan ve aktif sigara içen kadın bireylerde inme riski yüksektir (Fesci ve diğ. 2006; Arboix 2015).

İlaç Kullanımı ve Bağımlılığı: Ekstazi, kokain, eroin, amfetamin gibi madde kullanımları inme riskinde artışa neden olmaktadır (Boehme ve diğ. 2017).

Metabolik Sendrom: Kadınlarda bel çevresi 88 cm'den büyük, erkeklerde 102 cm'den büyük, trigliserid (TG) düzeyi 150 mg/dl üzerinde, HDL-Kolesterol kadınlarda 50 mg/dl altında, erkeklerde 40mg/dl altında, açlık kan şekeri (AKŞ) 110 mg/dl den fazla, kan basıncı 130/85 mmHg üzerinde olması ve kişinin bu belirtilerden en az üçünü taşıyor olması metabolik sendrom olarak tanımlanmaktadır ve metabolik sendrom inme riskini arttırmaktadır (Çoban ve diğ. 2011).

Ayrıca kesinleşmemiş diğer risk faktörleri de migren, enfeksiyon, inflamasyon, hiperhomosisteinemi, hiperkoagülabilité, yüksek lipoproteindir.

2.4.2. Değiştirilemez Risk Faktörleri

Değiştirilemeyen risk faktörleri arasında yaş, cinsiyet, ırk ve genetik faktörler yer almaktadır.

Yaş: Yaşla birlikte inme görülme riski de artar. Özellikle 55 yaşından sonraki bireylerde risk her 10 yılda bir iki katına çıkmaktadır (Midi ve Afşar 2010).

Cinsiyet: Kadınlar erkeklere oranla daha az inme geçirmektedir bu durum erkeklerin sigara ve alkol kullanma oranının daha fazla olmasıyla ilişkilendirilebilir. Ancak yaşın ilerlemesiyle bu durum tam tersi bir hal alır ve erkeklerde kadınlara göre daha az inme görülür bu durum ise kadınların gebelik, hormonal kontraseptif kullanmaları ve hormonal değişim gibi faktörlerle ilişkilendirilmektedir. (Nakuş 2015; Boehme ve diğ. 2017).

İrk: Siyah ve sarı ırkta beyaz ırka göre inme görülme riski daha fazladır. Aynı zamanda ateroskleroz riski arttıkça beyaz ırka oranla siyah ırkta inme riski artmaktadır (Midi ve Afşar 2010).

Aile Öyküsü: Birinci derede akrabalarından erkeklerde 55 yaş öncesi, kadınlarda ise 65 yaş öncesinde koroner kalp hastalığı veya inme öyküsü var ise inme görülme riski artmaktadır (www.who.int 2019).

2.5. İnme Belirtileri

Tablo 2.3. İnme Belirtileri

Fokal Semptomlar	Fokal Olmayan Semptomlar
Motor Semptomlar <ul style="list-style-type: none"> • Hemiparazi • Monoparazi • Paraparazi • Kuadriparazi • Disfaji • Ataksi 	<ul style="list-style-type: none"> • Baygınlık hissi • Sersemlik hissi • Jeneralize ya da duyuşal bozukluk • Bilinç kaybı ya da bilinç değişikliği sonucunda iki yanlı görme bozukluğu veya göz kararması • İdrar veya gaita inkontinansı • Konfüzyon
Konuşma ve Lisan Bozuklukları <ul style="list-style-type: none"> • Disfazi • Dizartri • Disleksi • Disgrafi • Diskalkuli 	
Duyusal Semptomlar <ul style="list-style-type: none"> • Hemisensoriyal bozukluk 	
Vizüel Semptomlar <ul style="list-style-type: none"> • Diplopi • Hemianopsi • Kuadrantanopsi • Bilateral Körlük • Geçici körlük ya da amaurozis fugax 	

Tablo 2.3.(Devam) İnme Belirtileri

Vestibüler Semptomlar	
• Vertigo	
Davranışsal Semptomlar	
• Amnezi	
• Diş fırçalama, saç tarama, giyinme gibi aktivitleri yaparken güçlük yaşanması, mekan oryantasyonunda bozulma, ihmal	

(Çoban 2009). www.itfnoroloji.org/svh/bdhtanimlar.htm

2.6. İnmede Tanılama

Nörolojik muayene inmenin yeri hakkında bilgi almamızı sağlarken, hastadan alınacak olan anamnez ve kronik ya da sistemik hastalık öyküsü bilgisi hastalığın patofizyolojisiyle ilgili bilgiye ulaştırır. Nörolojik muayene bulgularının yanına nörolojik görüntüleme yöntemleri de eklendikten sonra inme tanısı konabilir. MRG (Manyetik Rezonans Görüntüleme) ve BT (Bilgisayarlı Tomografi) ile yapılan görüntülemelerde beyinde hemoraji ya da iskemi bölgeleri görülebilmektedir (İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2015).

Hemorajik inme; iskemik inme ve geçici iskemik ataktan (GİA) daha az görülmesine rağmen mortalite ve morbidite oranlarına bakıldığında hemorajik inmenin oranları daha yüksektir. Hipertansiyon hemorajik inme gelişiminde birincil faktördür. Hastanın antikoagülan ilaçlar kullanması da hemorajik inme oluşumuna sebep olabilir. Hemorajik inme belirti ve bulguları tanı koymakta yeterli değildir. Bu yüzden MRG ve BT ile görüntüleme yapmak gerekmektedir (İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2015).

BT ve MRG'nin yanında Bilgisayarlı Tomografik Anjiyografi (BTA), Manyetik Rezonans Anjiyografi (MRA), Doppler Ultrasonografi (USG), tam kan sayımı, kan glukoz seviyesi, kardiyak değerler, protrombin zamanı (PT), International Normalized Ratio (INR) düzeyi, böbrek fonksiyon testleri gibi hematolojik testler de tanı koymada faydalanılan yöntemlerdendir. Bunun yanında kardiyovasküler değerlendirme de yapılmalıdır. Çünkü inmeli hastalarda kardiyak bulgular ve

elektrokardiyografi (EKG)'de normal dışı bulgular görülebilir (İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2015).

2.7. Tedavi ve Bakım

Hastalarda ilk değerlendirme 112 acil görevlileri tarafından yapılır. Hızlı değerlendirme yapılarak hastaların stabilizasyonunun sağlanması ve nörolojik muayene ile hastaları ulaştırabileceği en erken zaman dilimi içinde hastaneye ulaştırma ve triyaj 112 acil müdahalenin en önemli görevleridir. Öncelikle hastanın oksijen saturasyonu %94'ün üzerinde olmalıdır. Daha sonra kan basıncı kontrolü yapılarak düşük kan basıncı olan hastalara (sistolik kan basıncının 120mmHg'nin altında olması) izotonik mayi takılarak serebral perfüzyon artırılabilir. Kan glukoz düzeyi de inme için önemli bir faktördür. Kan glukoz düzeyi 60 mg/dl' nin altındaysa yani hasta hipoglisemik ise intravenöz dekstroz içeren mayi takılarak hastanın kan glukoz düzeyi normal seviyede tutulmaya çalışılır. İntaravenöz damar yolu açıklığının sağlanması hem müdahaleyi kolaylaştırır hem de hasta acil servise geldiğinde zamandan kazanılmış olur. Bundan sonrası ise hızlı bir şekilde hastayı acil servise ulaştırmaktır. İnme tedavisi inmenin tipine göre değişmektedir (İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2015).

Ulusal Nörolojik Hastalıklar ve İnme Enstitüsü (National Institutes of Neurological Disorders and Stroke, NINDS) acil servise başvuran inme hastalarına bakım için belirli süreler belirlemiştir. Acil serviste değerlendirme yapılan hasta için;

- Kapı ile hekim arası 10 dk veya daha az,
- Kapı ile inme ekibi arası 15 dk veya daha az,
- Kapı ile BT çekilmesi arası 25 dk veya daha az,
- Kapı ile BT'nin yorumlanması arası 45 dk veya daha az,
- Kapı ile ilaç tedavisi arası 60 dk veya daha az,
- Kapı ile inme ünitesine yatış arasında geçen süre ise 3 saat veya daha az olarak hedeflemiştir (İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2015).

İnme geçiren hastalar bilişsel bozukluklar, duygusal ve motor bozuklukların yanında iletişimle ilgili kısıtlılıklar da yaşamaktadırlar. İnmeli hastaların %30'u

hastanede ya da evde bakıma ihtiyaç duymakta, %50 si taburculukla sonuçlanmakta, %20'si ise hastanede bakım sırasında ya da hastaneye kabulden hemen sonra hayatını kaybetmektedir (Bilgili ve Gözüm 2014; Van Mierlo ve diğ. 2017).

İnme birdenbire başlamasıyla birlikte kişide kısa sürede uzun süren fiziksel, sosyal, psikolojik ciddi yetersizliklere sebep olmaktadır. Burada asıl amaç inme geçiren bireyi öz yeterliliğine kavuşturmak ve psikolojik olarak rahatlatmaktır (Sadler ve diğ. 2017). İnme rehabilitasyonu inme geçiren bireyin hastaneye başvurmasından itibaren başlayarak hastanede yattığı süre boyunca devam ettirilir ve eğer hastada sekel kalmışsa taburculuktan sonra da evde bu sürece devam edilmelidir (Topçu ve Oğuz 2017). Rehabilitasyon süreci inmeli hastaların bağımsızlıklarını tekrar kazanmaları için oldukça önemlidir. Rehabilitasyon ve tedavi sürecinde sağlık profesyonelleri, hemşire ve rehabilitasyon uzmanları işbirliği içerisinde olmalıdır. Hemşire; hastalık sonrası inmeli hastaya sebebe yönelik bakım vermelidir ve hastanın bu sürece alışmasına katkıda bulunmalıdır (Bilgili ve Gözüm 2014). İnmeli hastanın hastaneye yatırılmasından taburculuğa kadar geçen sürede hastanın bakımından hemşire sorumludur. Bunlar hastanın kaybettiği fonksiyonlarını geri kazandırmak, günlük yaşam aktiviteleri ve hastanın kendi bakımını yapabilmesi ile birlikte bağımsızlığını kazanmasına yardımcı olmak olarak sıralanabilir (Topçu 2017).

Hemşire hastanın semptomlarını, duygusal sıkıntılarını tespit edip onlara yönelik bir bakım planı oluşturmalı ve bu süreçte aile ile işbirliği içinde olmalı ve aileyi de bakıma dahil etmelidir. İnme sonrasında hasta ve aileleri belirsizlik içinde ve aşırı kaygılıdırlar. Hemşire bu durumu iyi yönetmeli ve bakımı planlarken hasta ve aile ile ortak kararlar almalıdır (Lutz ve Green 2016).

İnmede en çok kullanılan Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA- North American Nursing Diagnosis Association) hemşirelik tanıları; deri bütünlüğünde bozulma riski, oral mukoz membranlarda değişiklik, enfeksiyon riski, bireysel bakımda eksiklik, travma riski, ağrı ve konstipasyondur (Karadakovan ve Usta Yeşilbalkan 2004).

2.7.1. İntrevenöz Trombolitik Tedavi

İskemik inme geçiren hastalarda erken dönemde perfüzyonun sağlanması uzun süreli morbiditeyi en aza indirir ve mortaliteyi azaltır. Erken dönemde iskemik inme tedavisinin temel unsuru intravenöz rtPA'dır. Tedavide amaç iskemi gelişen damarı açmaktır. Hastada hemorajik inme öyküsünün olması, son 14 günde büyük cerrahi bir operasyon geçirmesi, son 21 günde gastrointestinal sistem kanaması olması, belirtilerin başladığı zamanı hatırlamaması, kısa süre içerisinde hastada iyileşme olması, herhangi bir girişime rağmen diastolik kan basıncının 110 mmHg, sistolik kan basıncının 185 mmHg üzerinde olması, kan glukoz düzeyi 400 mg/dl üzerinde ya da 50 mg/dl altında olması, INR düzeyinin 1.3'ün üzerinde olması, PT'nin 15 saniyenin üzerinde olması durumunda trombolitik tedavi uygulanmaz. İnmeli hastanın BT'sinde kanama görülmemişse, belirtilerin başladığı zaman dilimi biliniyorsa ve NIHSS'da ölçülebilir derecede defisit varsa hastaya rtPA uygulanabilir (Sorgun ve Işıkkay 2012; Powers ve diğ. 2015; Zhang ve diğ. 2019). İlk 3 saatte yapılan rtPA hastalarda anlamlı sonuçlara neden olurken ilk 4,5 saat içinde yapılan tedavi ilk 3 saatte yapılan tedavi kadar olumlu sonuçlar ortaya koymamıştır. Trombolitik tedavinin en büyük komplikasyonu ise intrakraniyal kanamadır (İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2015).

2.7.2. Endovasküler Tedavi

İnme belirtilerinin başlamasından sonraki ilk 6-8 saat içerisinde uygulanan endovasküler tedavide ciddi düzeyde klinik yararlar olduğu bilinmektedir. Trombolitik tedavide intrakraniyal hemoraji riskinin olması, zaman sınırının olması ve hastaların çoğunun rtPA zamanını aşması nedeniyle inmeli hastalara endovasküler tedavi uygulanmaktadır (Kim ve diğ. 2019; Zhang ve diğ. 2019).

İntraarteriyel Trombolitik Tedavi: Trombolitik maddenin trombüsün içine verilmesi işlemidir. Ancak tedavideki işlemlerin fazla zaman dilimi içerisinde gerçekleşmesi sebebiyle sadece rtPA uygulanamayan hastalarda endikedir (İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2015).

Mekanik Pıhtı Tedavisi: Bu tedavi yöntemiyle pıhtı önce parçalanır daha sonra da çıkarılarak perfüzyon sağlanır (İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2015).

Akut İntrakraniyal Anjiyoplasti ve Stent Takılması: Vertebral arter tıkanıkları ya da ekstrakraniyal karotis tıkanıklarında uygulanan bir yöntemdir (İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2015).

2.7.3. Diğer Tedaviler

Antiagregan İlaçlar: Asetil salisilik asit (ASA) en çok kullanılan antiagregan ilaçlardır ve hastaya ilk 48 saat içerisinde uygulanmalıdır (İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2015).

Antikoagülan İlaçlar: Antikoagülan ilaçlar iskemik inme geçiren hastalara acil tedavi yöntemi olarak kullanılmamalıdır (İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2015).

Hemorajik İnme Tedavisi: Hemorajik inmede tedavi hastanın genel durumuna göre belirlenir, iskemik inmede olduğu gibi belli bir tedavi standardı yoktur. INR düzeyinin normal değerlere gelmesini sağlamak amacıyla taze donmuş plazma ve K vitamini yapılabilecekler arasındadır (Topçu 2017).

2.8. Tedavi Başarısını Etkileyen Faktörler

İskemik inmede hastalık sonrası sağ kalım oranı 30 gün içerisinde %85'lerde iken bu oran hemorajik inmeye bakıldığında %20-52 arasında değişiklik göstermektedir ayrıca yerleştiği yerin hayati önem taşıma durumuna göre de mortalite oranı değişir (Gündüz 2006).

Yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi, inmeye sebep olan risk faktörleri, hastada geçirilmiş inme öyküsünün varlığı, genetik faktörler, eğitim düzeyi hastaya ait tedavi başarısını etkileyen faktörlerdendir (Duman ve Dede 2010).

Yaş faktörüne bakıldığında yaşlı hastalarda genç hastalara oranla hastanede ölümler ve erken mortalite daha fazla görülür ayrıca kısa ömür beklentisi tıbbi bakımı da olumsuz etkileyebilmektedir. Cinsiyet faktöründe ise erkeklerin inmeden sonraki sakatlık ve hayatta kalma oranı kadınlara oranla daha yüksektir (Gündüz 2006; Minn ve diğ. 2008). Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde düşük sosyoekonomik düzey

inmede insidans ve mortaliteyi 3 kat daha fazla etkilemektedir. Ayrıca meslek ve gelir düzeyi de inme mortalitesini etkilemektedir. Bu da yaşam standartları ve koşulları ile açıklanabilmektedir. Ailede inme öyküsü olması inme ile ilişkilendirilmemektedir fakat inmeye sebep olan risk faktörlerinin ailede olması kişinin bu risk faktörlerinden bir ya da daha fazlasını aileden alması inmeye sebep olabilmektedir. İnme geçiren hastada risk faktörlerinin olması hastalığın prognozunu olumsuz etkilemektedir (Arrich ve diğ. 2005; Duman ve Dede 2010).

2.8.1. Tedaviye Başlama Süresi

Akut iskemik inmede tanının koyulup tedavi sürecine başlanması için ilk aşama ambulansa başlar. Hastanın hastaneye ulaşmasına kadar geçen süreçte ambulanstaki sağlık görevlilerinin hastayı doğru şekilde değerlendirip acil servise ulaştıklarında acil müdahale ekibine gerekli bilgileri hızlı bir şekilde aktarmaları gerekmektedir. Ayrıca ambulansla ulaşım hastanın kendi imkanlarıyla hastaneye ulaşmasından hem daha güvenli hem de daha hızlı gerçekleşmektedir. Bu durum tedaviye başlama zamanını da etkilemektedir. Hastanın ambulanstaki sağlık görevlilerinden hastanedeki acil müdahale ekibine transferi en hızlı şekilde yapılmalı ve akut inme şüphesiyle gelen hastalara triyaj sırasında öncelik verilmelidir. Hasta veya hasta yakınından ayrıntılı bilgi alınarak semptomların başladığı süre öğrenilmeli ve buna bağlı olarak semptomların başlamasından sonraki 4,5 saat içinde trombolitik tedaviye başlanmalıdır. Ayrıca semptom başlangıcından itibaren 24 saat içinde nörovasküler görüntüleme ile yüksek oranda belirlendiğinde endovasküler tedavi uygulanabilmektedir.

İlk 4,5 saat içerisinde akut iskemik inme şüphesiyle hastaneye gelen hastalarda trombolitik tedavi uygunluğunu belirlemek için vakit geçirmeden kontrastsız BT ile beyin görüntülenmelidir. Ayrıca endovasküler tedaviye uygun olan ve 6 saat içerisinde gelen hastalara da yine vakit kaybedilmeden kontrastsız BT ve BT anjiyografi uygulanmalıdır (Boulanger ve diğ. 2018).

2.8.2. Tedavi Gecikmeleri ve Nedenleri

Akut iskemik inmede hastaneye erken başvuru ile trombolitik tedavinin uygulanması sonucu mortalitenin ciddi oranda azaldığı kanıtlanmış bir gerçektir. Arulprakash ve Umaiorubuhan'ın 2018 de yaptığı çalışmaya göre, semptomları ciddiye almayan ve acil durum olarak görmeyip acil servise başvurmayan hastalar gecikmelerde en önemli unsurları oluşturmaktadır. Bunun yanısıra kişilerin sosyoekonomik düzeyi, eğitim durumu, ulaşım, hastaların hastanede tedavi olmak yerine bireysel uygulamalarla iyileşmelerini beklemeleri gibi sebepler de tedavide gecikmelere sebep olan diğer faktörlerdir (Arulprakash ve Umaiorubuhan 2018). Yine hastane öncesi gecikmeye sebep olan faktörler arasında gelir durumunun düşük olması, inme hakkında yeterli bilgiye sahip olmama gibi durumlar da yer almaktadır (Nepal ve diğ. 2019).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma inme ünitesi olmayan bir devlet hastanesinin nöroloji kliniğinde inme tanısı ile takip edilen hastaların hastaneye başvuru sürelerini saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir. Ayrıca hastaneye başvuru süresini etkileyebilecek faktörleri belirlemek, hastalar için yardım arama davranışında bulunan bireylerin sağlık algılarının hastaneye başvuru süresinde etkisi olup olmadığını ortaya koymak amaçlanmıştır.

3.2. Araştırma Soruları

1. İnme sonrası hastaların hastaneye başvuru süresi ne kadardır?
2. İnme sonrası hastaların hastaneye başvuru süresini etkileyen faktörler nelerdir?
3. Yardım arama davranışında bulunan bireyin sosyodemografik özellikleri ile inme risk faktörleri ve inme belirtileri bilgisi hastaneye başvuru süresini etkiler mi?
4. Yardım arama davranışında bulunan kişinin sağlık algısı hastaneye başvuru süresini etkiler mi?

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma verileri Haziran 2019-Ekim 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışma bir devlet hastanesinin Nöroloji Servisinde inme tanısı almış, yatarak tedavi gören hastalar ile yapıldı. Nöroloji servisi 28 yataklı olup, birinci basamak ve ikinci basamak olmak üzere iki tane yoğun bakım ünitesine sahiptir. Birinci basamak yoğun bakım ünitesi 4 yataklı, ikinci basamak yoğun bakım ünitesi ise 8 yataklı olup, hastanede inme ünitesi bulunmamaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.4.1. Örneklem Kriterleri

Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Araştırmaya katılmayı kabul etmek
- 18 yaş ve üzeri olmak
- Yatışının ilk 24 saati içinde olması
- İskemik inme tanısı almış olmak

Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Hemorajik inme tanılı hastalar

3.4.2. Örneklem Büyüklüğü

Araştırma evrenini, bir devlet hastanesinde Haziran 2019–Ekim 2019 tarihleri arasında iskemik inme tanısıyla hastanede yatarak tedavi olan toplam 226 hasta oluşturmuştur. Bu hastalardan 3'ü yaşamını kaybettiği için, 48'i araştırmaya katılmayı kabul etmediği için, 36'sı anket uygulaması sırasında araştırmadan çekilmek istediğini belirttiği için, 28'i yatışından itibaren geçen süre 24 saatten fazla olduğu için araştırmaya dahil edilmemiştir. 111 hasta ile araştırma tamamlanmıştır.

3.5. Araştırmanın Etik Yönleri

Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmaya başlamadan önce İl Sağlık Müdürlüğünden kurum izni (Ek 7) ve Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı (Ek 6) alınmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan hastalardan ise Aydınlatılmış Onam Formu (Ek 5) alınmıştır. Çalışma süresince Helsinki Deklerasyonu ilkelerine bağlı kalınmıştır.

3.6. Araştırmanın Yöntemi

Araştırma verileri Haziran 2019-Ekim 2019 tarihleri arasında nöroloji servisinde yatan, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hasta ve yakınları ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Hastalar hatırlama güçlüğü olmaması açısından ilk 24 saat içerisinde değerlendirilmiştir. Hastaların sosyodemografik özellikleri, ilk hangi belirtiyi farkettileri, farkettileri belirtiyi inme ile ilişkilendirip ilişkilendirmedikleri, belirtiyi farkettikten ne kadar süre sonra yardım arama davranışında bulunduğuna yönelik sorular yöneltilmiştir (Ek 1). Ardından Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Ölçeği (Ek 2) uygulanmıştır. Yardım arama davranışında bulunan kişi hastanın kendisi değil ise, yardım arama davranışında bulunan kişiye sosyodemografik özellikleri, hastayla aynı evde yaşayıp yaşamadıkları, ilk hangi belirtiyi fark ettikleri ve belirtiyi fark ettikten ne kadar süre sonra yardım aramaya karar verdiklerini sorgulayan 15 soru sorulmuş (Ek 3) ardından Sağlık Algısı Ölçeği (Ek 4) uygulanmış ve kayıt edilmiştir.

3.7. Veri Toplama Araçları

Hastalara araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulmuş hasta bilgi formu (Ek 1) ve Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Ölçeği (Ek 2) uygulanmıştır. Ayrıca yardım arama davranışında bulunan kişiye de kişinin sosyodemografik özellikleri, inme belirtileri ve risk faktörleri hakkında bilgisini sorgulayan bir form (Ek 3) ve Sağlık Algısı Ölçeği (Ek 4) uygulanmıştır.

3.7.1. Hasta Bilgi Formu (Ek 1)

Bu form hastanın yaş, cinsiyet, mesleki durum, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu gibi sosyo-demografik verileri ile; tanısı, risk faktörleri (hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler hastalık, KOAH, hiperlipidemi, warfarin kullanımı, sigara, alkol kullanımı, BKİ), hastaneye başvurmadan önceki dönemde yaşadığı belirtiler (görme bulanıklığı, çift görme, konuşma bozukluğu, anlama güçlüğü, şiddetli baş ağrısı, baş dönmesi/sersemlik, bir bölgede güçsüzlük, yüzde

asimetri, dengesizlik, felç), yardım arama davranışı özelliklerine ilişkin toplam 44 sorudan oluşmaktadır.

3.7.2. NIHSS (Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Ölçeği) (Ek 2)

Brott ve arkadaşları tarafından 1989 yılında oluşturulan NIHSS 11 başlık altında incelenmektedir. Bunlar bilinç düzeyi, bakış, görme alanı, fasiyal paralizisi, alt ve üst ekstremiteler motor yanıt, ataksi, duyu, konuşma, dizartri ve ihmaldir. Her başlığın puanlama sistemi 0 ile 4 puan arasındadır. Puan arttıkça inme şiddeti de artar. Toplam puanlama 0 ile 42 arasında değişmektedir (Brott ve diğ. 1989).

1a. Bilinç seviyesi: Değerlendirmede endotrakeal tüp, dil sorunu veya orotrakeal travma tarafından engellense bile uygun bir puan verilmelidir. Üç puan ancak ağırlı uyarana yanıt yok ise verilmelidir.

1b. Bilinç soruları: Hastaya içinde bulunduğu ay ya da yaşı sorulur. Hasta endotrakeal tüp, dil sorunu, orotrakeal travma veya afazi dışında da başka bir engel nedeni ile konuşmıyor ise bir puan verilir. İlk yanıt değerlendirilir. Hastaya tekrar aynı soru sorulmaz. Hastaya cevapta yardımcı olunmamalıdır.

1c. Bilinç emirleri: Hastadan gözlerini açıp – kapaması ve paretik olmayan elini sıkması – açması istenir. Eller kullanılmıyor ise tekli başka bir emir verilir. Elini sıkması açması için hasta çaba harcıyor ancak güçsüzlük nedeni ile hareket uygulanamıyor ise normal kabul edilir. Hasta emre uymuyor ise hareket gösterilir ve hastanın tekrarlaması beklenir. Travma, amputasyon ya da başka bir sakatlık varsa duruma uygun emir verilmelidir. Yalnızca ilk denemeye puan verilmelidir.

2. Bakış: Yalnızca horizontal bakış değerlendirilir. İstemli ya da refleks (oküloşefalik) göz hareketlerine puan verilir, kalorik test yapılmaz. Hastada bakış deviasyonu var ve istemli ya da refleks aktivite ile yenilebiliyorsa bir puan verilir. İzole periferik III, IV ya da VI. sinir perezisi varsa bir puan verilir. Tüm afazik hastalarda bakış değerlendirilebilir. Oküler travma, bandaj, daha önceden var olan körlük ya da başka bir görme kusuru varlığında hastada refleks hareketler değerlendirilir ve puan verilir.

Hasta ile göz teması kurup etrafında dolaşmak bazen parsiyel bakış parezisini yenmekte yararlı olabilir.

3. Görme alanı: Görme alanlar (üst ve alt kadrantlar) karşılaştırma yöntemi ile test edilir, parmak sayma ya da tehdit etme kullanılır. Hasta hareket eden tarafa uygun olarak bakıyorsa normal olarak değerlendirilebilir. Tek taraflı körlük varsa sadece sağlam göz değerlendirilir. Net bir asimetri varsa (kadrantanopsi dahil) bir puan verilir. Herhangi bir nedenle körlük varsa üç puan verilir. Çift taraflı uyarı bu aşamada yapılır: ihmal varsa bir puan verilir ve 11. soruda yanıt olarak kullanılır.

4. Fasiyal paralizi: “Dişlerinizi gösterin, kaşlarınızı kaldırın, gözlerinizi kapatın” anlaması bozuk ya da bilinci kapalı hastada ağırlı uyarana yanıt simetrisi değerlendirilir. Muayeneyi engelleyen bandaj, travma vb varsa mümkün olduğu kadar uzaklaştırılıp bakılmalıdır.

5 ve 6. Motor yanıt (Kol ve bacak): Ekstremiteler uygun pozisyonda incelenir. Kollar uzatılır, eller aşağıya dönük, 90° (oturur) ya da 45° (yatar) pozisyonda tutulur; bacak 30° tutulur. “drift”: kollar 10 saniye, bacak 5 saniye tutulamaz ise işaretlenir. Afazik hastada göstererek, teşvik ederek yaptırılmaya çalışılır fakat ağırlı uyarı kullanılmaz. Önce sağlam taraftan başlanarak her ekstremiteye sırayla test edilir.

7. Ekstremiteler ataksisi: Tek taraflı serebellar lezyon bulmayı hedefler. Gözler açık test edilir. Görme alanı kaybı varsa korunmuş alanda test edilmeye dikkat edilir. Her iki tarafta parmak-burun ve diz-topuk testi yaptırılır ve ancak kas gücüne orantısız ise ataksi olarak kayıt edilir. Anlamayan ya da paretik hastada ataksi yoktur. Ampütasyon ya da eklem füzyonu varsa değerlendirmeye alınmaz.

8. Duyu: İğneyle teste duysal yanıt ya da yüz buruşturma; bilinç değişikliği ya da afazisi olan hastada ağırlı uyarandan kaçma reaksiyonu değerlendirilir. Yalnızca inmeye bağlanan duyu defisiti kayıt edilir. Hemisensori kaybı değerlendirmek için yeteri kadar alan test edilmelidir (kollar, bacaklar, gövde, yüz). “Ağır , tam” kayıp iki puan, ancak söz konusu kayıptan emin olunursa verilir. Afazik ya da bilinç değişikliği olan hastaya 1 ya da 0 verilir. Beyin sapı lezyonu olan ve iki taraflı duyu kaybı olan

hastaya iki puan verilir. Hasta yanıt vermiyor ve kuadriplejik ise iki puan verilir. Komadaki hastaya (soru 1a=3) doğrudan iki puan verilir.

9. Konuşma: En baştan itibaren yapılan testten bilgi edinilir. Resimde olanları tarif etmesi ve nesne resimlerini isimlendirmesi istenir ayrıca cümle serisini okuması istenir. Anlama üstte yapılan ve tüm test boyunca alınan yanıtlarla değerlendirilir. Görme testi engelliyor ise hastanın eline konan nesnelere isimlendirmesi istenir, tekrarlama ve cümle kurma yaptırılır. Entübe hastaya yazı yazdırılır. Komadaki hastaya (soru 1a=3) doğrudan üç puan verilir. Muayeneyi yapan kişi bilinç değişikliği olan hastada bir puan seçmeli ancak üç puan yalnızca hiç ses çıkartmayan ve tekli emirlere uymayan hastaya verilmelidir.

10. Dizartri: Normal olduğu düşünülen hastadan verilen listeden kelimeleri okuması ya da tekrarlama istenir. Ağır afazi varsa spontan konuşmanın artikülasyon netliği değerlendirilir. Entübasyon ya da başka konuşma engeli varsa değerlendirmeye alınmaz. Hastaya test edilenin ne olduğu söylenmez.

11. İhmal: Test boyunca ihmal hakkında yeterli bilgi alınabilir. Eğer hastanın görsel çift eşzamanlı uyarı engelleyen ciddi bir görsel kaybı varsa ve eğer duysal söndürme yoksa skor normaldir. Eğer hastada afazi varsa ama her iki tarafı da etkilemiş görülüyorsa, skor normaldir. Mekan ihmali ya da anozognozi de anormallik bulgusu olarak kabul edilebilir (Akut İskemik İnme Cep Kılavuzu 2007).

3.7.3. Yardım Arama Davranışında Bulunan Kişinin Sosyodemografik Özellikleri ve İnme Hakkında Bilgisi (Ek 3)

Bu form yardım arama davranışında bulunan kişiye yönelik hazırlanmıştır. Formda bireyin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, hasta ile yakınlık düzeyi, inme risk faktörlerine ilişkin bilgisi, inme belirtileri bilgisi gibi yardım arama davranışını etkileyebilecek 14 soru bulunmaktadır.

3.7.4.Sağlık Algısı Ölçeği (Ek 4)

Yardım arama davranışında bulunan kişinin sağlık algısını değerlendirmek amacıyla uygulanmıştır. 15 madde ve dört alt faktörden oluşan beşli likert tipi ölçek, Diamond ve diğ. tarafından 2007 yılında geliştirilmiştir. 1., 5., 9., 10., 11. ve 14. maddeler olumlu tutum, 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15. maddeler olumsuz ifadelerdir. Olumlu ifadeler “çok katılıyorum= 5”, “Katılıyorum= 4”, “Kararsızım= 3”, “katılmıyorum= 2”, “Hiç katılmıyorum= 1” şeklinde puanlanmıştır. Olumsuz ifadeler ise ters puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek en az puan 15, en çok puan 75’dir. Ölçeğin alt gruplarına göre Cronbach Alpha Değerleri: kontrol merkezi 0,90; öz farkındalık 0,91; kesinlik 0,91; sağlığın önemi 0,82’dir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği Kadioğlu ve Yıldız tarafından yapılmıştır (Kadioğlu ve Yıldız 2012).

Sağlık Algısı Ölçeği sorularının iç tutarlılığını gösteren Cronbach’s alfa değerleri incelendiğinde; Kontrol merkezi alt boyutu için 0.737, Öz farkındalık alt boyutu için 0.590, Kesinlik alt boyutu için 0.652 ve Sağlığın önemi alt boyutu için 0.571 olarak saptanmıştır. Ölçeğin toplamına ilişkin Cronbach’s alfa değeri ise 0.811 olarak saptanmıştır, buna göre ölçek yüksek derecede güveniliridir.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) kullanılmıştır. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk testi ve grafiksel değerlendirmeler ile sınanmıştır. Normal dağılım gösteren nicel verilerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Test, normal dağılım göstermeyen verilerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Nitel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi, Fisher-Freeman-Halton Exact testi ve Fisher’s Exact test kullanılmıştır. Anlamlılık en az $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma; inme ünitesi olmayan, inmede yeni tedavi yaklaşımları olan endovasküler tedavi, anjiyoplasti ve stent uygulama, mekanik revaskülarizasyon uygulanmayan, sadece trombolitik tedavi uygulanan bir devlet hastanesinin nöroloji kliniğinde yatan hastalara ilişkin sonuçları yansıtmakta olup, sonuçlar genellenemez. Araştırmanın yapıldığı şehirdeki üniversite hastanesi dahil diğer hastanelerde de inme ünitesi bulunmamakta, endovasküler tedavi, anjiyoplasti ve stent, mekanik revaskülarizasyon uygulanmamaktadır. Hasta ve hasta yakınları ile yüz yüze görüşülerek alınan bilgiler hasta ve yakınlarının beyanı ölçüsünde güvenilirdir.



4. BULGULAR

Çalışma Haziran-Ekim 2019 tarihleri arasında SB'ye bağlı bir devlet hastanesinin nöroloji kliniğinde tedavi gören iskemik inme tanısı almış 111 olgu ile yürütülmüştür.

4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Çalışmaya alınan olguların %50,5'i kadın, %49,5'i erkektir. Olguların yaşları 35 ile 91 arasında değişmekte olup, ortalama $68,24 \pm 11,15$ yıldır; %9,9'u 55 yaşın altında, %27,9'u 55-64 yaş aralığında, %36,1'i 65-74 yaş aralığında, %26,1'i 75 yaş ve üzerindedir.

Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=111)

Özellik		n (%)
Yaş (yıl)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	35-91 (67)
	<i>Ort±SS</i>	68,24±11,15
	< 55 yaş	11 (9,9)
	55-64 yaş	31 (27,9)
	65-74 yaş	40 (36,1)
	≥ 75 yaş	29 (26,1)
Cinsiyet	Kadın	56 (50,5)
	Erkek	55 (49,5)
Medeni durum	Evli	98 (88,2)
	Bekar	13 (11,7)
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	23 (20,7)
	Okur-yazar ve ilkokul	57 (51,4)
	Ortaokul	13 (11,7)
	Lise	18 (16,2)
Yalnız yaşama durumu	Evet	17 (15,3)
	Hayır	94 (84,7)
Çalışma durumu	Çalışıyor	12 (10,8)
	Çalışmıyor	99 (89,2)
Gelir durumu	Düşük	38 (34,2)
	Orta	73 (65,8)

Olguların %88,2'si evli iken %11,7'si bekar, %15,3'ü yalnız yaşamaktadır. Çalışmaya alınan olguların %20,7'si okur-yazar değilken, %51,4'ü okur-yazar veya ilkokul mezunu, %11,7'si ortaokul, %16,2'si lise mezundur.

Olguların %10,8'i herhangi bir işte çalışırken, %89,2'si çalışmamaktadır; %34,2'sinin gelir durumu düşükken, %65,8'inin orta düzeydedir (Tablo 4.1).

4.2. İnme Risk Faktörlerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı

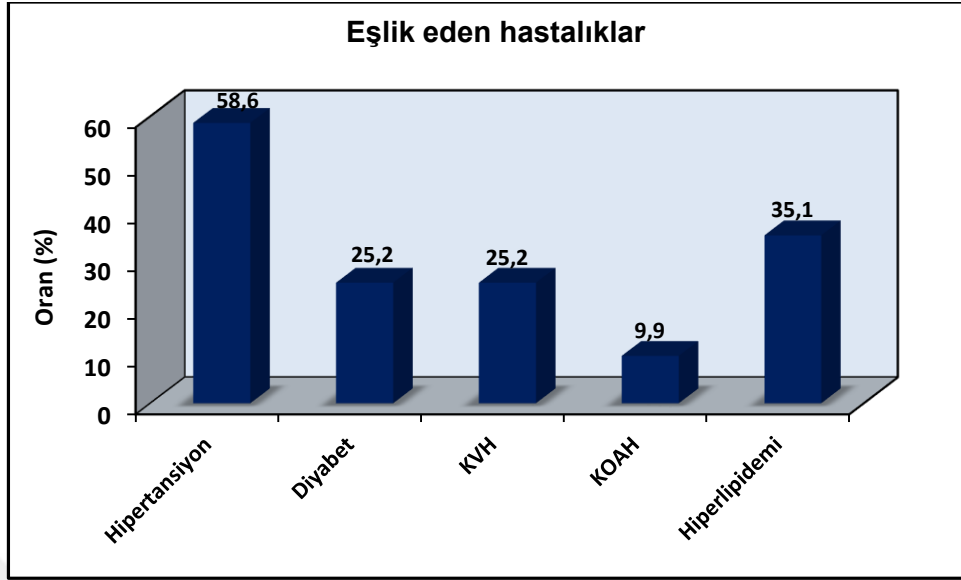
Olguların %42,3'ünde warfarin kullanımı mevcuttur. Katılımcıların %18,0'i sigara kullanmakta olup; bu olguların günlük tükettikleri sigara sayısı ortalama $20,35 \pm 14,49$ adet ve medyan 15 adettir. Olguların %2,7'sinde alkol kullanımı görülmektedir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. İnme Risk Faktörlerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı (N=111)

Değişken		n (%)
*Eşlik eden hastalıklar	Hipertansiyon	65 (58,6)
	Diyabet	28 (25,2)
	KVH	28 (25,2)
	KOAH	11 (9,9)
	Hiperlipidemi	39(35,1)
Warfarin kullanımı	Var	47 (42,3)
	Yok	64 (57,7)
Sigara kullanımı	Var	20 (18,0)
	Yok	92 (82,0)
Günlük tüketilen sigara sayısı (n=20)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	5-60 (15)
	<i>Ort±SS</i>	20,35±14,49
Alkol kullanımı	Var	3 (2,7)
	Yok	108 (97,3)
Kilo (kg)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	50-112 (78)
	<i>Ort±SS</i>	78,48±11,79
Boy (cm)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	150-183 (165)
	<i>Ort±SS</i>	165,93±6,33
BKI (kg/m²)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	19,5-43,8 (28)
	<i>Ort±SS</i>	28,49±3,89
	Normal	15 (13,5)
	Fazla kilolu	65 (58,6)
	Obez	31 (27,9)

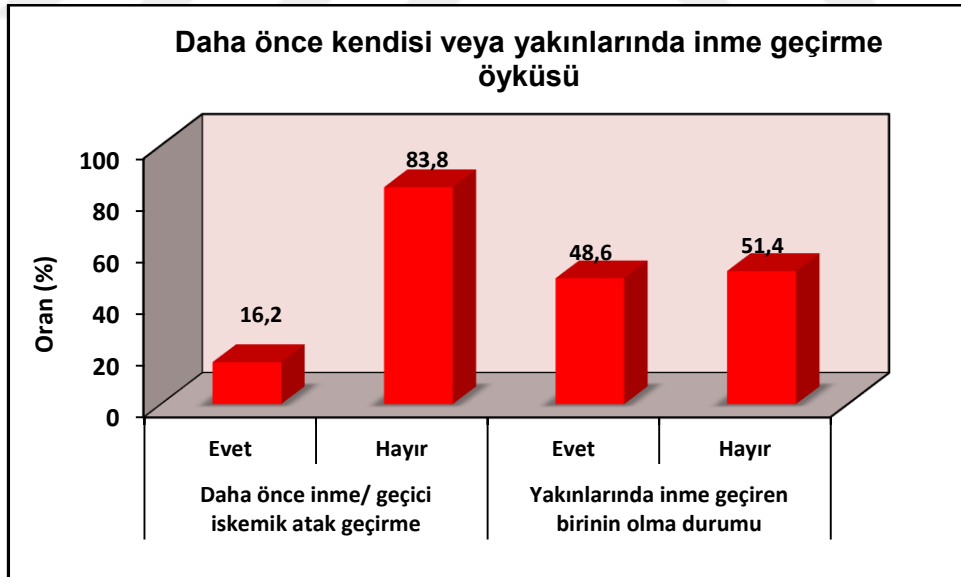
*Birden çok hastalık görülmektedir.

Çalışmaya katılan olguların %58,6'sında hipertansiyon (HT) , %25,2'sinde diyabet (DM), %25,2'sinde kalp damar hastalığı (KVH), %9,9'unda Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), %35.1'inde hiperlipidemi görülmektedir (Şekil 4.1).



Şekil 4.1. Eşlik eden hastalıkların dağılımı

Olguların %16,2'si daha önce inme/geçici iskemik atak geçirirken, %48,6'sının inme geçiren bir yakını bulunmaktadır (Şekil 4.2).



Şekil 4.2. Daha önce kendisi veya yakınlarında inme görülme oranları dağılımı

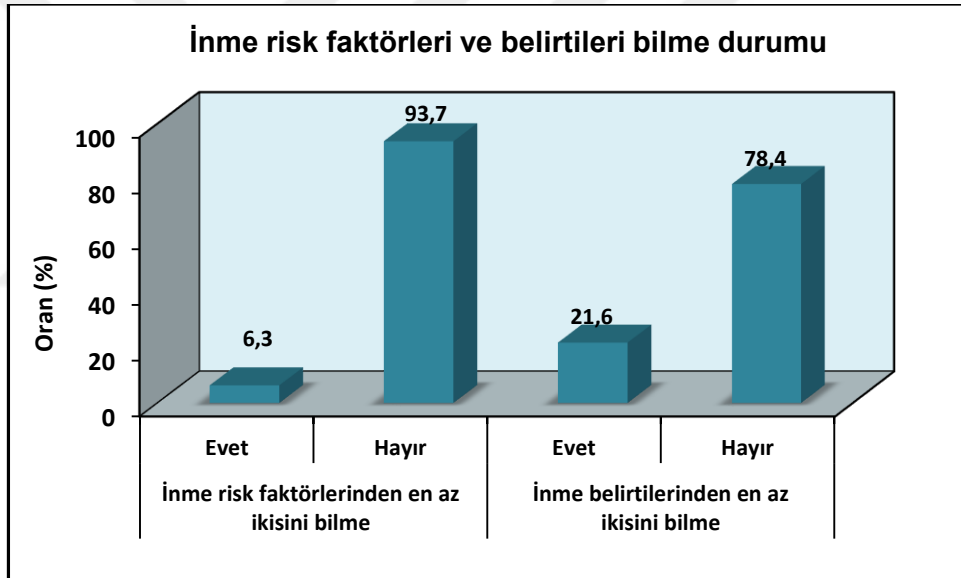
4.3. İnme Belirtileri ve İnme Risk Faktörleri Bilgi Durumu Dağılımı

Çalışmaya katılan olguların %6,3'ü inme risk faktörlerinden en az ikisini bilirken; %21,6'sı inme belirtilerinden en az ikisini bilmektedir (Şekil 4.3). Olguların

%29,2'si inme belirtilerini inme öncesinde, %70,8'i inme sonrasında öğrenmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. İnme Belirtileri ve İnme Risk Faktörleri Bilgi Durumu Dağılımı (N=111)

Değişken		n (%)
İnme risk faktörlerinden en az ikisini bilme	Evet	7 (6,3)
	Hayır	104 (93,7)
İnme belirtilerinden en az ikisini bilme	Evet	24 (21,6)
	Hayır	87 (78,4)
İnme belirtilerini öğrenme zamanı (n=24)	İnme öncesi	7 (29,2)
	İnme sonrası	17 (70,8)



Şekil 4.3. İnme risk faktörleri ve belirtilerini bilme durumları dağılımı

4.4. İlk İnme Belirtilerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Olguların %80,2'sinde ilk belirtiler evde, %19,8'inde ev dışında görülmüştür; %49,5'inde ilk belirtileri fark eden hasta iken, %50,5'inde başkası fark etmiştir. Yardım arama olguların %9,9'unda hasta iken, %90,1'inde diğer kişilerdir.

Olguların %14,4'ü şikayetler başladığında yalnızken, %85,6'sı yalnız değildir. Olguların %9,9'u şikayetlerine yönelik kendi kendine girişim uygulamıştır; %90,9'u

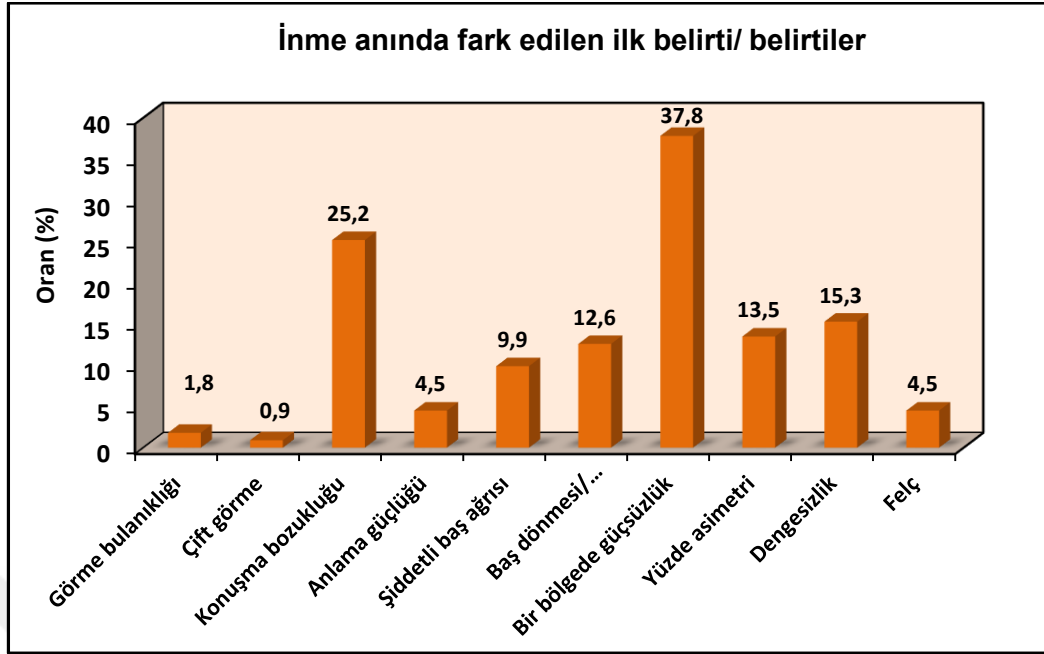
başından su dökerken, 1 hasta yatarak uyumayı tercih etmiştir. Olguların %21,6'sı belirtileri inme ile ilişkilendirirken, %78,4'ü ilişkilendirmemiştir.

Çalışmaya katılan olgular şikayetini ilk olarak; %40,5'i eşine, %37,8'i çocuğuna, %1,8'i acil çağrı merkezine, %15,3'ü arkadaş/ komşusuna, %4,5'i diğer kişilere iletmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. İlk İnme Belirtilerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı (N=111)

Değişken		n (%)
*İnme anında fark edilen ilk belirti/ belirtiler	Görme bulanıklığı	2 (1,8)
	Çift görme	1 (0,9)
	Konuşma bozukluğu	28 (25,2)
	Anlama güçlüğü	5 (4,5)
	Şiddetli baş ağrısı	11 (9,9)
	Baş dönmesi/ sersemlik	14 (12,6)
	Bir bölgede güçsüzlük	42 (37,8)
	Yüzde asimetri	15 (13,5)
	Dengesizlik	17 (15,3)
	Felç	5 (4,5)
Belirtilerin başladığı yer	Ev	89 (80,2)
	Ev dışı	22 (19,8)
Belirtileri ilk fark eden kişi	Hasta	55 (49,5)
	Diğer kişi/kişiler	56 (50,5)
Yardım arayan kişi	Hasta	11 (9,9)
	Diğer kişi/kişiler	100 (90,1)
Şikayetler başladığında yalnız olma durumu	Evet	16 (14,4)
	Hayır	95 (85,6)
Şikayetlerine yönelik kendi uyguladığı girişim	Var	11 (9,9)
	Yok	100 (90,1)
Kendi uyguladığı girişim (n=11)	Başından su dökmek	10 (90,9)
	Yatıp uyumak	1 (9,1)
Belirtileri inme ile ilişkilendirme	Evet	24 (21,6)
	Hayır	87 (78,4)
Şikayeti ilk iletildiği kişi	Eş	45 (40,5)
	Çocuk	42 (37,8)
	Acil çağrı merkezi	2 (1,8)
	Arkadaş/komşu	17 (15,3)
	Diğer	5 (4,5)

*Birden çok belirti görülmektedir.



Şekil 4.4 Hastaneye başvuran olguların inme anında fark ettikleri ilk belirtilerin dağılımı

Hastaneye başvuran olguların inme anında fark ettikleri ilk belirtiler incelendiğinde; %37,8’inde bir bölgede güçsüzlük, %25,2’sinde konuşma bozukluğu, %15,3’ünde dengesizlik, %13,5’inde yüzde asimetri, %12,6’sında baş dönmesi/ sersemlik, %9,9’unda şiddetli baş ağrısı, %4,5’inde anlama güçlüğü, %4,5’inde felç, %1,8’inde görme bulanıklığı ve %0,9’u çift görme olduğu görülmektedir (Şekil 4.4)

4.5. Yardım Arama Davranışlarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Olguların %57,7’si hastaneye ambulansla, %35,1’i özel araçla, %7,2’si diğer ulaşım şekilleri ile gelmiştir.

Olguların %90,1’i belirti zamanını hatırlıyorken, %6,3’ü hatırlamıyor, %3,6’sının ise ilk belirtileri uyku sırasında başlamıştır. Belirti saatini hatırlayan ve uykuda başladığını ifade eden olguların belirti zamanları incelendiğinde; %50,0’sinin sabah, %32,7’sinin öğle, %13,5’inin akşam ve %3,8’inin gece saatlerinde olduğu görülmektedir.

Belirtileri fark ettikten sonra hastaneye gelmeye/ yardım çağırmaya karar verme süresi medyan 45 dakikadır. Hastaneye gelmeye karar verdikten sonra hastaneye ulaşma süreleri 5 ile 45 dakika arasında değişmekte olup, ortalama

16,85±6,87 dakika ve medyan 15 dakikadır. Şikayetler sonrası ilk başvuru yapılan hastaneye olan uzaklık 0,2 ile 30 km arasında değişmekte olup, ortalama 5,16±5,98 km ve medyan 3 km'dir. İlk belirtilerin başlamasından sonra hastaneye/ acil servise başvuru süreleri medyan 60 dakikadır; hastaların %72,1'i ilk iki saatte (erken başvuru) başvuru yaparken, %27,9'u iki saatten sonra (geç başvuru) hastaneye başvurmuştur. Olguların hastaneye başvurma saatleri incelendiğinde; %64,0'ünün 08:00- 17:00 saatlerinde, %22,5'inin 17:00-00:00 saatlerinde, %13,5'inin 00:00-08:00 saatlerinde başvurmuştur.

Olguların %73,0'ü hastaneye hafta içi, %27,0'si hafta sonu günlerinde başvurmuştur (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Yardım Arama Davranışlarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı (N=111)

Değişken		n (%)
Hastaneye ulaşım şekli	Ambulans	64 (57,7)
	Özel araç	39 (35,1)
	Diğer	8 (7,2)
Belirti zamanı	Hatırlıyorum	100 (90,1)
	Hatırlamıyorum	7 (6,3)
	Uykuda	4 (3,6)
Belirti saati (n=104)	Sabah (06:00- 12:00)	52 (50,0)
	Öğle (12:00- 18:00)	34 (32,7)
	Akşam (18:00- 00:00)	14 (13,5)
	Gece (00:00- 06:00)	4 (3,8)
Belirtileri fark ettikten sonra hastaneye gelmeye/ yardım çağdırmaya karar verme süresi (dk)	Min-Mak (Medyan)	5-100800 (45)
	Ort±SS	1174,14±9577,66
Hastaneye gelmeye karar verdikten sonra hastaneye ulaşma süresi (dk)	Min-Mak (Medyan)	5-45 (15)
	Ort±SS	16,85±6,87
Şikayetler sonrası ilk başvuru yapılan hastaneye olan uzaklık (km)	Min-Mak (Medyan)	0,2-30 (3)
	Ort±SS	5,16±5,98
İlk belirtilerin farkedilmesinden sonra hastaneye/ acil servise başvuru süresi (dk)	Min-Mak (Medyan)	20-100800 (60)
	Ort±SS	1197,86±9575,64
	2 saat içinde	80 (72,1)
	2 saatten uzun	31 (27,9)
Hastane başvuru saati	08:00- 17:00	71 (64,0)
	17:00- 00:00	25 (22,5)
	00:00- 08:00	15 (13,5)
Hastaneye başvuru günü	Hafta içi	81 (73,0)
	Hafta sonu	30 (27,0)

4.6. Trombolitik Tedavi Uygulamasına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

İskemik inme tanılı olguların şikayetlerin başlamasından itibaren trombolitik tedavi uygulama zamanları 55 ile 260 dakika arasında değişmekte olup, ortalama $124,38 \pm 47,37$ dakika ve medyan 120 dakikadır.

Trombolitik tedavi uygulama yerleri incelendiğinde; %20,0'si acil serviste, %54,0'ü nöroloji servisinde ve %26,0'sı yoğun bakımda tedavi almıştır.

Olguların %90,0'ında ilk başvuru merkezde tedaviye başlanmıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Trombolitik Tedavi Uygulamasına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

(N=50)

Değişken		n (%)
Trombolitik tedavi uygulaması	Evet	50 (45,04)
	Hayır	61 (54,95)
Şikayetlerin başlamasından itibaren trombolitik tedavi uygulama zamanı	Min-Mak (Medyan)	55-260 (120)
	Ort \pm SS	124,38 \pm 47,37
Trombolitik tedaviye başlama yeri	Acil servis	10 (20,0)
	Nöroloji servisi	27 (54,0)
	Yoğun bakım	13 (26,0)
Tedavinin başlandığı yerin ilk başvuru merkez olma durumu	Evet	45 (90,0)
	Hayır	5 (10,0)

4.7. Hastaların Nörolojik Disfonksiyon Derecelendirmelerinin Dağılımı

Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Ölçeği sorularına verilen yanıtların dağılımı Tablo 4.7'de görülmektedir.

Çalışmaya katılan olguların Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Ölçeği toplam puanları 0 ile 21 arasında değişmekte olup, ortalama $5,57 \pm 4,79$ puandır.

Tablo 4.7. Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Ölçeği Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı (N=111)

Değişken	n (%)	
Bilinç Düzeyi	Uyanık, yer-zaman oryantasyonu tam	96 (86,5)
	Uykulu	15 (13,5)
	Hastayı uyandırmak zor, güçlü uyarana gereksinim var	0 (0)
	Koma	0 (0)
Bilinç Düzeyi-2 soru sorma	İki soruya doğru cevap	86 (77,5)
	Bir soruya doğru cevap	19 (17,1)
	İki soruya da yanlış cevap	6 (5,4)
Bilinç Düzeyi-2 emre uyma	İki emri de doğru bir şekilde yerine getiriyor	87 (78,4)
	Bir emri doğru bir şekilde yerine getiriyor	21 (18,9)
	Her iki emre de yanlış cevap	3 (2,7)
Bakış / Sağ-sol göz hareketleri	Normal	108 (97,3)
	Kısmi bakış paralizi	3 (2,7)
	Total bakış paralizi	0 (0)
Görme Alanı	Normal	105 (94,6)
	Kısmi hemianopsia	6 (5,4)
	Tam hemianopsia	0 (0)
	Bilateral hemianopsi (total körlük)	0 (0)
Fasiyal Motor Fonksiyon	Normal Simetrik	75 (67,6)
	Hafif (tek taraflı)	28 (25,2)
	Kısmi (tek taraflı)	8 (7,2)
	Tam (tek taraflı ya da her iki tarafta)	0 (0)
Üst Ekstremit Motor Yanıt (sağ taraf)	10 sn pozisyonu koruyabilmekte	60 (54,1)
	Kısa bir süre pozisyonu koruyabilmekte	15 (13,5)
	Yerçekimine karşı biraz çaba var	16 (14,4)
	Yerçekimine karşı kol pozisyonunu koruyamamakta hemen düşmekte fakat biraz çaba göstermekte biraz hareket var	15 (13,5)
	Hareket yok	5 (4,5)
Üst Ekstremit Motor Yanıt (sol taraf)	10 sn pozisyonu koruyabilmekte	80 (72,1)
	Kısa bir süre pozisyonu koruyabilmekte	18 (16,2)
	Yerçekimine karşı biraz çaba var	9 (8,1)
	Yerçekimine karşı kol pozisyonunu koruyamamakta hemen düşmekte fakat biraz çaba göstermekte biraz hareket var	3 (2,7)
	Hareket yok	1 (0,9)
Alt Ekstremit Motor Yanıt (sağ taraf)	5 sn pozisyonunu koruyabilmektedir	63 (56,8)
	5 sn içerisinde daha alt bir seviyeye indirmekte	11 (9,9)
	Yerçekimine karşı biraz çaba var	17 (15,3)
	Yerçekimine karşı bacak pozisyonunu koruyamamakta hemen düşmekte fakat biraz çaba göstermekte biraz hareket var	16 (14,4)
	Hareket yok	4 (3,6)

Tablo 4.7. (Devam) Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Ölçeği Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı

Değişken		n (%)
Alt Ekstremit	5 sn pozisyonunu koruyabilmektedir	85 (76,6)
Motor Yanıt (sol taraf)	5 sn içerisinde daha alt bir seviyeye indirmekte	12 (10,8)
	Yerçekimine karşı biraz çaba var	7 (6,3)
	Yerçekimine karşı bacak pozisyonunu koruyamamakta hemen düşmekte fakat biraz çaba göstermekte biraz hareket var	4 (3,6)
	Hareket yok	3 (2,7)
Ekstremit	Ataksi yok	91 (82,0)
Ataksisi	Bir ekstremitede var	17 (15,3)
	İki ekstremitede var	3 (2,7)
Duyu	Normal	101 (91,0)
	Kısmi kayıp	10 (9,0)
	Tam kayıp	0 (0)
Lisan	Normal	68 (61,3)
	Hafif-orta derecede afazi	25 (22,5)
	Ciddi afazi	13 (11,7)
	Konuşamıyor	5 (4,5)
Dizartri	Normal konuşma	54 (48,6)
	Hafif-orta derecede (bazı kelimelerin söylenememesi)	41 (36,9)
	Ciddi dizartri	16 (14,4)
İnmeli Tarafı	Normal	111 (100)
Algılama	Kısmi algılama (görsel veya duyuusal inkar)	0 (0)
	Tam kayıp (tam inkar)	0 (0)
Toplam puan	Min-Mak (Medyan)	0-21 (4)
	Ort±SS	5,57±4,79

4.8. Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Yardım arama davranışında bulunan 100 bireyin %59,0'u kadın, %41,0'i erkektir. Bireylerin yaşları 21 ile 79 arasında değişmekte olup, ortalama 52,81±12,46 yıldır; %14,0'ü 40 yaşın altında, %22,0'si 40-49 yaş aralığında, %33,0'ü 50-59 yaş aralığında, %31,0'i 60 yaş ve üzerindedir.

Bireylerin %94,0'ü evli, %6,0'sı bekar. Yardım arama davranışında bulunan kişilerin %7,0'si okur-yazar değilken, %44,0'ü okur-yazar veya ilköğretim mezunu, %14,0'ü ortaokul, %25,0'i lise, %10,0'u üniversite ve üzeri eğitilidir. Yardım arama

davranışında bulunan bireylerin %45,0'i hastanın çocuğu, %43,0'ü eşi, %7,0'si gelini/damadı, %5,0'i ise diğer yakınıdır. Bireylerin %54,0'ü hasta ile aynı evde yaşamaktadır. Yardım arama davranışında bulunan kişilerin %29,0'u çalışırken; %21,0'inin gelir düzeyi düşük, %79,0'unun orta düzeydedir (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri (N=100)

Değişken		n (%)
Yaş (yıl)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	21-79 (54)
	<i>Ort±SS</i>	52,81±12,46
	< 40 yaş	14 (14,0)
	40-49 yaş	22 (22,0)
	50-59 yaş	33 (33,0)
	≥ 60 yaş	31 (31,0)
Cinsiyet	Kadın	59 (59,0)
	Erkek	41 (41,0)
Medeni durum	Evli	94 (94,0)
	Bekar	6 (6,0)
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	7 (7,0)
	Okur-yazar ve ilkokul	44 (44,0)
	Ortaokul	14 (14,0)
	Lise	25 (25,0)
	Üniversite ve üzeri	10 (10,0)
Hastaya yakınlık düzeyi	Çocuğu	45 (45,0)
	Eşi	43 (43,0)
	Gelin/ damat	7 (7,0)
	Diğer	5 (5,0)
Hasta ile aynı evde yaşama durumu	Evet	54 (54,0)
	Hayır	46 (46,0)
Çalışma durumu	Çalışıyor	29 (29,0)
	Çalışmıyor	71 (71,0)
Gelir durumu	Düşük	21 (21,0)
	Orta	79 (79,0)

4.9. Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireylerin İnme Hakkındaki Bilgilerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Yardım arama davranışında bulunan bireylerin %28,0'inde ailede inme geçiren biri bulunmaktadır (Tabloda gösterilmemiştir). Bireylerin %9,0'u inme risk faktörlerinden en az ikisini bilirken, %28,0'i inme belirtilerinden en az ikisini bilmektedir. Belirtiler bildirildikten/ fark ettikten sonra hastaneye gelme/ yardım çağırma kararı verme süreleri 2 ile 10080 dakika arasında değişmekte olup, ortalama $240,67 \pm 1129,07$ dakika ve medyan 30 dakikadır.

Yardım arama davranışında bulunan olgulara inme anında bildirilen ya da kendi fark ettiği ilk belirtiler incelendiğinde; %38,0'inde bir bölgede güçsüzlük, %33,0'ünde konuşma bozukluğu, %14,0'ünde dengesizlik, %13,0'ünde yüzde asimetri, %9,0'unda baş dönmesi/ sersemlik, %6,0'sında anlama güçlüğü, %5,0'inde felç, %4,0'ünde şiddetli baş ağrısı, %1,0'inde görme bulanıklığı ve %1,0'inde çift görme olduğu görülmektedir (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireylerin İnme Hakkındaki Bilgilerine İlişkin Özelliklerin Dağılımı (N=100)

Değişken		n (%)
İnme risk faktörlerinden en az ikisini bilme	Var	9 (9,0)
	Yok	91 (91,0)
İnme belirtilerinden en az ikisini bilme	Var	28 (28,0)
	Yok	72 (72,0)
Belirtiler bildirildikten/ fark ettikten sonra hastaneye gelme/ yardım çağırma kararı verme süresi (dk)	Min-Mak (Medyan)	2-10080 (30)
	Ort±SS	240,67±1129,07
*İnme anında size bildirilen/ sizin fark ettiğiniz ilk belirti/ belirtiler	Görme bulanıklığı	1 (1,0)
	Çift görme	1 (1,0)
	Konuşma bozukluğu	33 (33,0)
	Anlama güçlüğü	6 (6,0)
	Şiddetli baş ağrısı	4 (4,0)
	Baş dönmesi/ sersemlik	9 (9,0)
	Bir bölgede güçsüzlük	38 (38,0)
	Yüzde asimetri	13 (13,0)
	Dengesizlik	14 (14,0)
	Felç	5 (5,0)

*Birden çok belirti görülmektedir.

4.10. Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireylerin Sağlık Algısı Dağılımı

Yardım arama davranışında bulunan bireylerin Sağlık Algısı Ölçeği sorularına verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 4.10'da görülmektedir

Tablo 4.10. Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireylerin Sağlık Algısı Dağılımı

	Hiç katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Çok katılıyorum	
	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%
1.Sağlığımı çok düşünürüm.	6	6,0	18	18,0	13	13,0	36	36,0	27	27,0
2.Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.	21	21,0	21	21,0	20	20,0	28	28,0	10	10,0
3.Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.	15	15,0	15	15,0	10	10,0	39	39,0	21	21,0
4.Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.	4	4,0	0	0	16	16,0	53	53,0	27	27,0
5.Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım	1	1,0	8	8,0	15	15,0	47	47,0	29	29,0
6.Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.	11	11,0	18	18,0	13	13,0	42	42,0	16	16,0
7.Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.	14	14,0	16	16,0	23	23,0	27	27,0	20	20,0
8.Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.	11	11,0	12	12,0	19	19,0	34	34,0	24	24,0
9.Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım	23	23,0	34	34,0	13	13,0	25	25,0	5	5,0
10.Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.	15	15,0	22	22,0	18	18,0	32	32,0	13	13,0
11.Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.	6	6,0	15	15,0	22	22,0	42	42,0	15	15,0
12.Sağlıklı olmak şans işidir.	24	24,0	24	24,0	20	20,0	25	25,0	7	7,0
13.Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem	18	18,0	26	26,0	8	8,0	35	35,0	13	13,0
14.İstedğim kadar sağlıklı olabilirim	13	13,0	28	28,0	22	22,0	28	28,0	9	9,0
15.Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.	12	12,0	12	12,0	16	16,0	39	39,0	21	21,0

Tablo 4.11. Sağlık Algısı Ölçeği Puanları Dağılımı

	Soru sayısı	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss	Cronbach's alpha
Kontrol merkezi	5	5-25 (16)	15,86±4,39	0,737
Öz farkındalık	3	5-15 (10)	9,93±2,57	0,590
Kesinlik	4	5-19 (14)	13,50±3,59	0,652
Sağlığın önemi	3	3-15 (10)	9,60±2,61	0,571
Toplam	15	25-65 (43)	44,17±9,76	0,816

Sağlık Algısı Ölçeği Kontrol merkezi alt boyutu puanları 5 ile 25 arasında değişmekte olup, ortalama 15.86 ± 4.39 , Öz farkındalık alt boyutu puanları 5 ile 15 arasında değişmekte olup, ortalama 9.93 ± 2.57 'dir. Kesinlik alt boyutu puanları 5 ile 19 arasında değişmekte olup, ortalama 13.50 ± 3.59 , Sağlığın önemi alt boyutu puanları 3 ile 15 arasında değişmekte olup, ortalama 9.60 ± 2.61 'dir. Sağlık Algısı Ölçeği toplam puanı ise 25 ile 65 arasında değişmekte olup, ortalama 44.17 ± 9.76 puandır.

4.12. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Hastaneye Başvuru Süresine İlişkin Değerlendirmeler

Olguların yaşlarına, cinsiyetlerine, eğitim durumlarına, çalışma durumlarına ve yalnız yaşama durumlarına göre hastaneye başvurma süreleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$).

Olguların gelir durumlarına göre hastaneye başvurma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p = 0,001$); geliri orta düzeyde olanlarda hastaneye erken başvuru oranı, geliri düşük olanlardan daha yüksektir (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler (N=111)

Değişken		Hastaneye başvuru süresi		Test değeri; p
		Erken başvuru (< ilk 2 saat) (n=80)	Geç başvuru (≥ ilk 2 saat) (n=31)	
		n (%)	n (%)	
Yaş (yıl)	Min-Mak (Medyan)	35-91 (66)	50-86 (72)	t: -1,149
	Ort±SS	67,49±12,01	70,19±8,37	^a p: 0,253
Yaş grupları	< 55 yaş	9 (11,3)	2 (6,5)	χ^2 : 2,784 ^a p: 0,426
	55-64 yaş	25 (31,2)	6 (19,4)	
	65-74 yaş	26 (32,5)	14 (45,1)	
	≥ 75 yaş	20 (25,0)	9 (29,0)	
Cinsiyet	Kadın	43 (53,7)	13 (41,9)	χ^2 : 1,248 ^a p: 0,264
	Erkek	37 (46,3)	18 (58,1)	
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	15 (18,7)	8 (25,8)	χ^2 : 3,783 ^a p: 0,286
	Okur-yazar ve ilkokul	41 (51,3)	16 (51,6)	
	Ortaokul	8 (10,0)	5 (16,1)	
	Lise	16 (20,0)	2 (6,5)	
Çalışma durumu	Çalışıyor	11 (13,7)	1 (3,2)	χ^2 : 2,566 ^b p: 0,173
	Çalışmıyor	69 (86,3)	30 (96,8)	
Yalnız yaşama durumu	Evet	11 (13,7)	6 (19,4)	χ^2 : 0,541 ^b p: 0,558
	Hayır	69 (86,3)	25 (80,6)	
Gelir durumu	Düşük	20 (25,0)	18 (58,1)	χ^2 : 10,849 ^a p: 0,001**
	Orta	60 (75,0)	13 (41,9)	

^aPearson Ki-kare Test

^bFisher's Exact Test

^cStudent t Test

**p<0.01

4.13. Hastaların İnme Risk Faktörlerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler

Hastada hipertansiyon (p=0,037) diyabet varsa (p=0,042), warfarin kullanıyorsa (p=0,037) erken başvuru oranı daha düşük olup; KVH, KOAH, hiperlipidemi varlığına, sigara ve alkol kullanımlarına göre, BKİ düzeylerine göre hastaneye başvurma süreleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Daha önce inme/ geçici iskemik atak geçirme ve inme geçiren bir yakınının olması erken başvuru oranını etkilememektedir (p>0,05), (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Hastaların İnme Risk Faktörlerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler

Değişken	Hastaneye başvuru süresi			Test değeri; p	
		Erken	Geç		
		başvuru (n=80) n (%)	başvuru (n=31) n (%)		
Eşlik eden hastalıklar	Hipertansiyon	Var	42 (52,5)	23 (74,2)	$\chi^2: 4,333$
		Yok	38 (47,5)	8 (25,8)	^a p: 0,037*
	Diyabet	Var	16 (20,0)	12 (38,7)	$\chi^2: 4,146$
		Yok	64 (80,0)	19 (61,3)	^a p: 0,042*
	KVH	Var	20 (25,0)	8 (25,8)	$\chi^2: 0,008$
		Yok	60 (75,0)	23 (74,2)	^a p: 0,930
	KOAİ	Var	6 (7,5)	5 (16,1)	$\chi^2: 1,863$
		Yok	74 (92,5)	26 (83,9)	^b p: 0,286
	Hiperlipidemi	Var	28 (35,0)	11 (35,4)	$\chi^2: 0,002$
		Yok	52 (65,0)	20 (64,5)	^a p: 0,962
	Warfarin kullanımı	Var	29 (36,3)	18 (58,1)	$\chi^2: 4,355$
		Yok	51 (63,7)	13 (41,9)	^a p: 0,037*
Sigara kullanımı	Var	16 (20,0)	4 (13,0)	$\chi^2: 0,762$	
	Yok	64 (80,0)	27 (87,0)	^a p: 0,383	
Alkol kullanımı	Var	3 (3,8)	0 (0)	$\chi^2: 1,248$	
	Yok	77 (96,2)	31 (100)	^b p: 0,264	
BKI (kg/m ²)	Normal	7 (8,8)	8 (25,8)	$\chi^2: 5,605$	
	Fazla kilolu	49 (61,2)	16 (51,6)	^a p: 0,061	
	Obez	24 (30,0)	7 (22,6)		
Daha önce inme/ geçici iskemik atak geçirme	Evet	10 (12,5)	8 (25,8)	$\chi^2: 2,912$	
	Hayır	70 (87,5)	23 (74,2)	^a p: 0,088	
İnme geçiren yakınının olma durumu	Evet	40 (50,0)	14 (45,2)	$\chi^2: 0,209$	
	Hayır	40 (50,0)	17 (54,8)	^a p: 0,647	

^aPearson Ki-kare Test

^bFisher's Exact Test

*p<0.05

4.14. Hastaların İnme Bilgisine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler

Olguların inme risk faktörlerinden en az ikisini bilme durumlarına göre erken ve geç başvuru oranları anlamlı farklılık göstermemekte (p>0,05), inme belirtilerinden en az ikisini bilen olguların erken başvuru oranı daha düşüktür. (p=0,027) Ayrıca olguların inme belirtilerini öğrenme zamanlarına göre hastaneye başvurma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05), (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Hastaların İnme Bilgisine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler

Değişken		Hastaneye başvuru süresi		Test değeri; p
		Erken başvuru (n=80)	Geç başvuru (n=31)	
		n (%)	n (%)	
İnme risk faktörlerinden en az ikisini bilme	Evet	4 (5,0)	3 (9,7)	$\chi^2: 0,827$
	Hayır	76 (95,0)	28 (90,3)	^b p: 0,397
İnme belirtilerinden en az ikisini bilme	Evet	13 (16,3)	11 (35,5)	$\chi^2: 4,877$
	Hayır	67 (83,7)	20 (64,5)	^a p: 0,027*
İnme belirtilerini öğrenme zamanı (n=24)	İnme öncesi	3 (23,1)	4 (36,4)	$\chi^2: 0,509$
	İnme sonrası	10 (76,9)	7 (63,6)	^a p: 0,659

^aPearson Ki-kare Test

^bFisher's Exact Test

*p<0.05

4.15. Hastaların Hastane Öncesi Döneme İlişkin Özelliklerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler

Hastaların inme başlangıç belirtisi olarak görme bulanıklığı, çift görme, konuşma bozukluğu, anlama güçlüğü, şiddetli baş ağrısı, baş dönmesi/ sersemlik, bir bölgede güçsüzlük, yüzde asimetri, dengesizlik ve felç yaşamaları hastaneye erken başvuru oranlarını etkilememiştir (p>0,05).

Olguların ilk belirtilerin başladığı yerlere, şikayetlerine yönelik kendi uyguladığı girişimlere, belirtileri inme ile ilişkilendirme durumlarına ve şikayetleri ilk iletildiği kişilere göre hastaneye başvurma süreleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05), (Tablo 4.15).

Olguların belirtileri ilk fark eden kişilere göre hastaneye başvurma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,049; p<0,05); inme belirtileri ilk hasta tarafından farkedildiğinde erken başvuru oranı daha düşüktür (Şekil 4.5, 4.6).

Tablo 4.15. Hastaların Hastane Öncesi Döneme İlişkin Özelliklerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler (N=111)

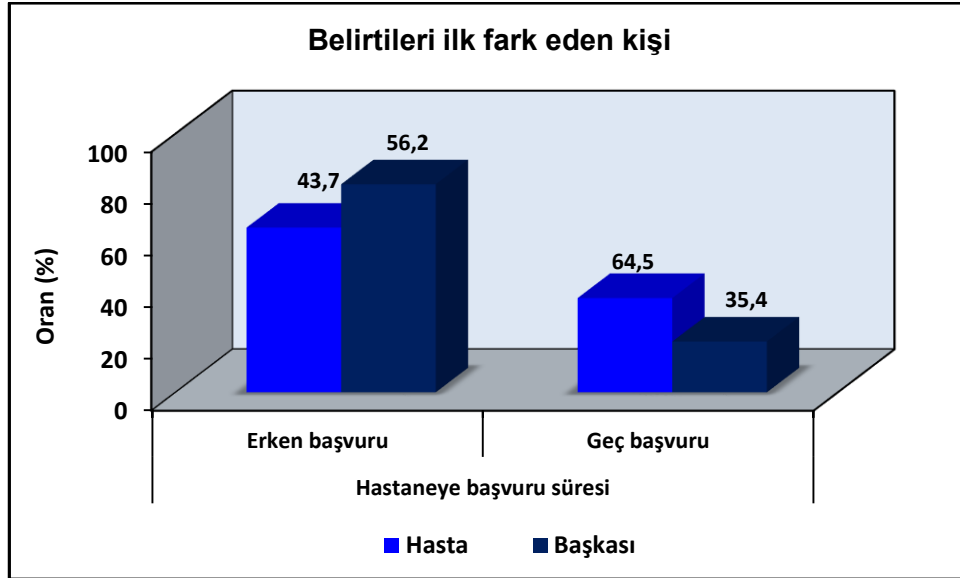
			Hastaneye başvuru süresi		Test değeri; p
			Erken başvuru (n=80)	Geç başvuru (n=31)	
Değişken			n (%)	n (%)	
İnme anında fark edilen ilk belirti/belirtiler	Görme bulanıklığı	Var	0 (0)	2 (6,5)	$\chi^2: 5,256$
		Yok	80(100)	29 (93,5)	$^b p: 0,076$
	Çift görme	Var	1 (1,3)	0 (0)	$\chi^2: 0,391$
		Yok	79 (98,7)	31 (100)	$^b p: 1,000$
	Konuşma bozukluğu	Var	20 (25,0)	8 (25,8)	$\chi^2: 0,008$
		Yok	60 (75,0)	23 (74,2)	$^a p: 0,930$
	Anlama güçlüğü	Var	2 (2,5)	3 (9,7)	$\chi^2: 2,676$
		Yok	78 (97,5)	28 (90,3)	$^b p: 0,132$
	Şiddetli baş ağrısı	Var	6 (7,5)	5 (16,1)	$\chi^2: 1,863$
		Yok	74 (92,5)	26 (83,9)	$^b p: 0,286$
	Baş dönmesi/ sersemlik	Var	8 (10,0)	6 (19,4)	$\chi^2: 1,774$
		Yok	72 (90,0)	25 (80,6)	$^b p: 0,209$
	Bir bölgede güçsüzlük	Var	32 (40,0)	10 (32,3)	$\chi^2: 0,569$
		Yok	48 (60,0)	21 (67,7)	$^a p: 0,451$
	Yüzde asimetri	Var	13 (16,2)	2 (6,5)	$\chi^2: 1,835$
		Yok	67 (83,8)	29 (93,5)	$^b p: 0,227$
	Dengesizlik	Var	13 (16,2)	4 (13,0)	$\chi^2: 0,193$
		Yok	67 (83,8)	27 (87,0)	$^b p: 0,775$
Felç	Var	4 (5,0)	1 (3,2)	$\chi^2: 0,163$	
	Yok	76 (95,0)	30 (96,8)	$^b p: 1,000$	
İlk belirtilerin başladığı yer	Ev	64 (80,0)	25 (80,6)	$\chi^2: 0,006$	
	Ev dışı	16 (20,0)	6 (19,4)	$^a p: 0,939$	
Belirtileri ilk fark eden kişi	Hasta	35 (43,7)	20 (64,5)	$\chi^2: 3,854$	
	Başkası	45 (56,3)	11 (35,5)	$^b p: 0,049^*$	
Şikayetler başladığında yalnız olma durumu	Evet	7 (8,7)	9 (29,0)	$\chi^2: 7,454$	
	Hayır	73 (91,3)	22 (71,0)	$^b p: 0,013^*$	
Şikayetlerine yönelik kendi uyguladığı girişim	Evet	8 (10,0)	3 (9,7)	$\chi^2: 0,003$	
	Hayır	72 (90,0)	28 (90,3)	$^b p: 1,000$	
Belirtileri inme ile ilişkilendirme	Evet	19 (23,7)	5 (16,1)	$\chi^2: 0,766$	
	Hayır	61 (76,3)	26 (83,9)	$^a p: 0,382$	
Şikayeti ilk iletildiği kişi	Eş	32 (40,0)	13 (41,9)	$\chi^2: 1,176$	
	Çocuk	31 (38,7)	11 (35,5)	$^c p: 0,943$	
	Acil çağrı merkezi	1 (1,3)	1 (3,2)		
	Arkadaş/ komşu	12 (15,0)	5 (16,1)		
	Diğer	4 (5,0)	1 (3,2)		

^aPearson Ki-kare Test

^bFisher's Exact Test

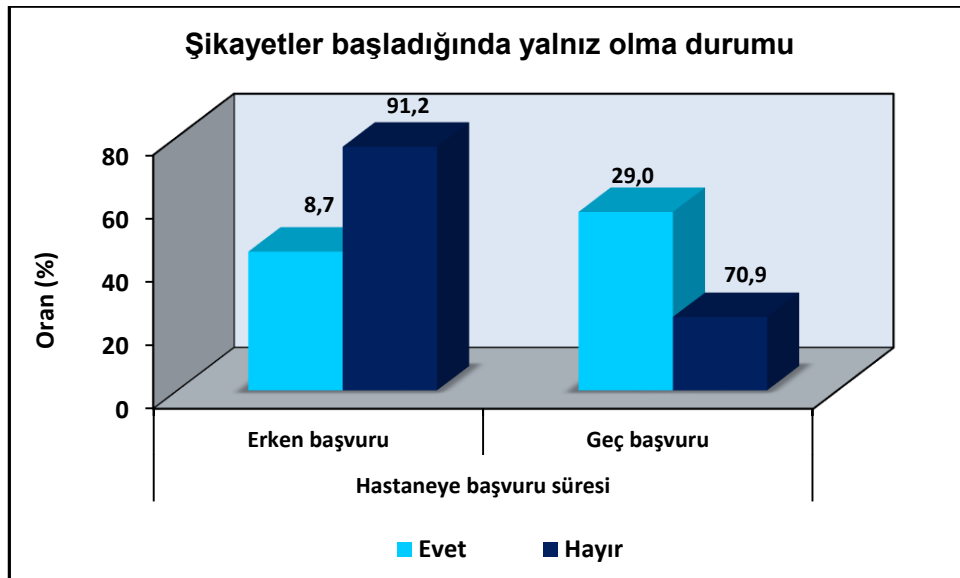
^cFisher-Freeman-Halton Test

*p<0.05



Şekil 4.5. Belirtileri ilk fark eden kişilere göre hastaneye başvurma süreleri dağılımı

Olguların şikayetler başladığında yalnız olma durumuna göre hastaneye başvurma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,013$) şikayetler başladığında yalnız olan olguların erken başvuru oranı daha düşüktür (Şekil 4.6).



Şekil 4.6. Şikayetler başladığında yalnız olma durumuna göre hastaneye başvurma süreleri dağılımı

4.16. Hastaların Yardım Arama Davranışlarına İlişkin Özelliklerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler

Hastaların hastaneye ulaşım şekillerine, belirti saatine, şikayetler sonrası ilk başvuru yapılan hastaneye olan uzaklığa ve hastaneye başvuru gününe göre hastaneye başvuru süreleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Olguların belirtileri zamanlarını hatırlama durumlarına göre hastaneye başvuru süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,002$); belirti zamanlarını hatırlayan olguların erken başvuru oranı daha yüksektir.

Olguların hastaneye gelmeye/ yardım çağırma karar verme süreleri ile hastaneye başvuru süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$); erken başvuru yapan olguların hastaneye gelmeye/ yardım çağırma karar verme süresi daha düşüktür.

Olguların hastaneye başvuru sürelerine göre hastaneye gelmeye karar verdikten sonra hastaneye ulaşma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,031$); erken başvuru yapan olguların hastaneye gelmeye karar verdikten sonra hastaneye ulaşma süresi daha kısadır.

Olguların hastane başvuru saatlerine göre hastaneye başvuru süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,036$); 08:00- 17:00 ve 00:00-08:00 saatlerinde başvuranların erken başvuru yapma oranı daha yüksektir (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Hastaların Yardım Arama Davranışlarına İlişkin Özelliklerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler (N=111)

Değişken		Hastaneye başvuru süresi		Test değeri; <i>p</i>
		Erken başvuru (n=80)	Geç başvuru (n=31)	
		n (%)	n (%)	
Belirti zamanı	Hatırlıyorum	75 (93,8)	25 (80,6)	$\chi^2: 11,254$ <i>p: 0,002**</i>
	Hatırlamıyorum	1 (1,2)	6 (19,4)	
	Uykuda	4 (5,0)	0 (0)	
Belirti saati (n=104)	Sabah	40 (51,0)	12(48,0)	$\chi^2: 0,433$ <i>p: 0,977</i>
	Öğle	25 (32,0)	9 (36,0)	
	Akşam	11 (14,0)	3 (12,0)	
	Gece	3 (3,0)	1 (4,0)	

Tablo 4.16. (Devam) Hastaların Yardım Arama Davranışlarına İlişkin Özelliklerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler (N=111)

Değişken		Hastaneye başvuru süresi		Test değeri; p
		Erken başvuru (n=80)	Geç başvuru (n=31)	
		n (%)	n (%)	
Yardım aramaya karar verme süresi (dk)	Min-Mak	5-120 (30)	90-100800 (180)	Z: -8,178
	(Medyan)			
	Ort±SS	36,13±21,92	4110,97±17999,51	^a p: 0,001**
Hastaneye ulaşma süresi (dk)	Min-Mak	5-30 (15)	10-45 (20)	Z: -2,162
	(Medyan)			
	Ort±SS	16,06±6,59	18,87±7,27	^a p: 0,031*
Şikayetler sonrası ilk başvuru yapılan hastaneye olan uzaklık (km)	Min-Mak	0,2-30 (3)	1-30 (3)	Z: -0,203
	(Medyan)			
	Ort±SS	4,88±5,47	5,87±7,19	^a p: 0,839
Hastaneye ulaşım şekli	Ambulans	48 (60,0)	16 (51,6)	χ^2 : 0,793
	Özel araç	27 (33,7)	12 (38,7)	^a p: 0,673
	Diğer	5 (6,3)	3 (9,7)	
Hastane başvuru saati	08:00- 17:00	56 (70,0)	15 (48,4)	χ^2 : 6,647
	17:00- 00:00	13 (16,2)	12 (38,7)	^a p: 0,036*
	00:00- 08:00	11 (13,8)	4 (12,9)	
Hastaneye başvuru günü	Hafta içi	59 (73,8)	22 (71,0)	χ^2 : 0,088
	Hafta sonu	21 (26,2)	9 (29,0)	^a p: 0,814

^aPearson Ki-kare Test ^bFisher's Exact Test ^cFisher-Freeman-Halton Test
^dMann Whitney U Test *p<0.05 **p<0.01

4.17. Hastaların Nörolojik Disfonksiyon Derecelerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler

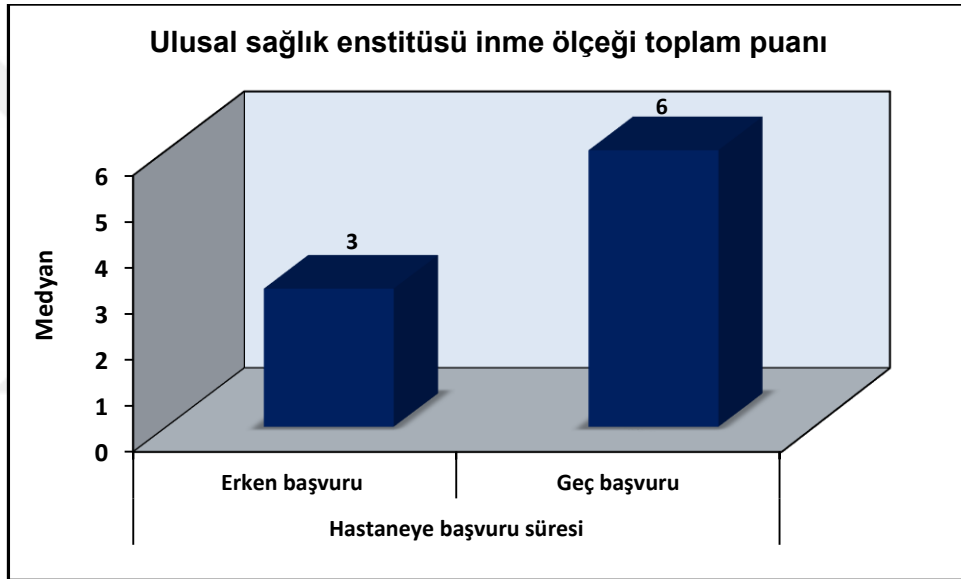
Olguların hastane başvuru sürelerine göre Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,004); erken başvuru yapan olguların inme ölçeği toplam puanları, geç başvuru yapanlardan daha düşüktür (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Hastaların Hastaneye Başvuru Sürelerine Göre İnme Ölçeği Toplam Puanının Değerlendirilmesi (N=111)

Değişken		Hastaneye başvuru süresi		Test değeri; p
		Erken başvuru (n=80)	Geç başvuru (n=31)	
NIHSS toplam puanı	Min-Mak	0-15 (3)	0-21 (6)	Z: -2,865
	(Medyan)			
	Ort±SS	4,78±4,35	7,61±5,31	^d p:0,004**

^dMann Whitney U Test

**p<0.01



Şekil 4.7. Hastaneye başvuru sürelerine göre inme ölçeği toplam puanı dağılımı

4.18. Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireyin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler

Yardım arama davranışında bulunan bireylerin yaşlarına, cinsiyetlerine, eğitim düzeylerine, hastaya olan yakınlıklarına, hasta ile aynı evde yaşama durumlarına ve çalışma durumlarına göre hastaneye başvuru süreleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Yardım arama davranışında bulunan bireylerin medeni durumlarına göre hastaneye başvuru süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır

($p=0.042$); evli olguların hastaneye erken başvurma oranları, bekarlardan daha yüksektir.

Yardım arama davranışında bulunan bireylerin gelir durumlarına göre hastaneye başvuru süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$); orta gelirli olguların hastaneye erken başvurma oranları daha yüksektir (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireyin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler (N=100)

Değişken		Hastaneye başvuru süresi		Test değeri; p
		Erken başvuru (n=72)	Geç başvuru (n=28)	
		n (%)	n (%)	
Yaş (yıl)	< 40 yaş	11 (15,3)	3 (10,7)	$\chi^2: 0,969$ ^a $p: 0,809$
	40-49 yaş	15 (20,8)	7 (25,0)	
	50-59 yaş	25 (34,7)	8 (28,6)	
	≥ 60 yaş	21 (29,2)	10 (35,7)	
Cinsiyet	Kadın	45 (62,5)	14 (50,0)	$\chi^2: 1,302$ ^a $p: 0,254$
	Erkek	27 (37,5)	14 (50,0)	
Medeni durum	Evli	70 (97,2)	24 (85,7)	$\chi^2: 4,734$ ^b $p: 0,042^*$
	Bekar	2 (2,8)	4 (14,3)	
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	3 (4,2)	4 (14,3)	$\chi^2: 5,213$ ^c $p: 0,259$
	Okur-yazar ve ilkokul	35 (48,6)	9 (32,1)	
	Ortaokul	11 (15,3)	3 (10,7)	
	Lise	16 (22,2)	9 (32,1)	
	Üniversite ve üzeri	7 (9,7)	3 (10,7)	
Hastaya yakınlık düzeyi	Çocuğu	33 (45,8)	12 (42,8)	$\chi^2: 2,946$ ^c $p: 0,423$
	Eşi	31 (43,1)	12 (42,8)	
	Gelin/ damat	6 (8,3)	1 (3,5)	
	Diğer	2 (2,8)	3 (10,7)	
Hasta ile aynı evde yaşama durumu	Evet	38 (52,8)	16 (57,1)	$\chi^2: 0,155$ ^a $p: 0,694$
	Hayır	34 (47,2)	12 (42,9)	
Çalışma durumu	Çalışıyor	20 (27,8)	9 (32,1)	$\chi^2: 0,187$ ^a $p: 0,666$
	Çalışmıyor	52 (72,2)	19 (67,9)	
Gelir durumu	Düşük	9 (12,5)	12 (42,9)	$\chi^2: 11,199$ ^a $p: 0,001^{**}$
	Orta	63 (87,5)	16 (57,1)	

^aPearson Ki-kare Test

^bFisher's Exact Test

^cFisher-Freeman-Halton Test

* $p<0.05$

** $p<0.01$

4.19. Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireyin İnme Yönelik Bilgisine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler

Yardım arama davranışında bulunan bireylerin inme risk faktörlerinden en az ikisini bilmesi ve inme belirtilerinden en az ikisini bilmesi hastaneye başvuru sürelerini etkilememiştir ($p>0,05$), (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireyin İnme Yönelik Bilgisine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler (n=100)

Değişken		Hastaneye başvuru süresi		Test değeri; p
		Erken başvuru (n=72) n (%)	Geç başvuru (n=28) n (%)	
İnme risk faktörlerinden en az ikisini bilme	Var	8 (11,1)	1 (3,6)	$\chi^2: 1,399$ ^b p: 0,438
	Yok	64 (88,9)	27 (96,4)	
İnme belirtilerinden en az ikisini bilme	Var	21 (29,2)	7 (25,0)	$\chi^2: 0,174$ ^a p: 0,677
	Yok	51 (70,8)	21 (75,0)	

^aPearson Ki-kare Test ^bFisher's Exact Test **p<0.01

4.20. Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireyin Farkettiği İnme Belirtilerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler

Yardım arama davranışında bulunan bireylerin inme anında hastada gözlediği/iletelen belirtilerden görme bulanıklığı, çift görme, konuşma bozukluğu, şiddetli baş ağrısı, baş dönmesi/ sersemlik, bir bölgede güçsüzlük, yüzde asimetri, dengesizlik ve felç görülme durumlarına göre hastaneye başvuru süreleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Yardım arama davranışında bulunan bireylerin inme anında anlama güçlüğü belirtisi farketmesi veya kendisine bu belirtinin iletilmesi halinde erken başvuru oranları daha düşüktür ($p=0,001$), (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireyin Farkettiği İnme Belirtilerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmeler (N=100)

Değişken		Hastaneye başvuru süresi		Test değeri; p
		Erken başvuru (n=72) n (%)	Geç başvuru (n=28) n (%)	
İnme anında size bildirilen/ sizin fark ettiğiniz ilk belirtiler	Görme bulanıklığı	Var	0 (0)	$\chi^2: 2,597$
		Yok	72 (100)	$^b p: 0,280$
	Çift görme	Var	1 (1,4)	$\chi^2: 0,393$
		Yok	71 (98,6)	$^b p: 1,000$
	Konuşma bozukluğu	Var	21 (29,2)	$\chi^2: 1,709$
		Yok	51 (70,8)	$^a p: 0,238$
	Anlama güçlüğü	Var	1 (1,4)	$\chi^2: 9,694$
		Yok	71 (98,6)	$^b p: 0,006^{**}$
	Şiddetli baş ağrısı	Var	3 (4,2)	$\chi^2: 0,019$
		Yok	69 (95,8)	$^b p: 1,000$
	Baş dönmesi/ sersemlik	Var	6 (8,3)	$\chi^2: 0,140$
		Yok	66 (91,7)	$^b p: 0,707$
	Bir bölgede güçsüzlük	Var	27 (37,5)	$\chi^2: 0,027$
		Yok	45 (62,5)	$^a p: 0,869$
	Yüzde asimetri	Var	9 (12,5)	$\chi^2: 0,057$
		Yok	63 (87,5)	$^b p: 0,753$
	Dengesizlik	Var	11 (15,3)	$\chi^2: 0,349$
		Yok	61 (84,7)	$^b p: 0,752$
Felç	Var	4 (5,5)	$\chi^2: 0,167$	
	Yok	68 (94,5)	$^b p: 1,000$	

^aPearson Ki-kare Test

^bFisher's Exact Test

^{**}p<0.01

4.21. Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireyin Sağlık Algısına Göre Hastaneye Başvuru Sürelerinin Değerlendirilmesi

Yardım arama davranışında bulunan bireylerin sağlık algısı ölçeği kontrol merkezi, öz farkındalık, kesinlik, sağlığın önemi ve toplam puanları; hastaneye başvuru sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). İstatistiksel önemi olmamakla birlikte erken başvuru yapanlarda sağlık algısı ölçeğinin toplam puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 4.21).

Tablo 4.21. Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireyin Sağlık Algısına Göre Hastaneye Başvuru Sürelerinin Değerlendirilmesi

Sağlık algısı ölçeği		Hastaneye başvuru süresi		Test değeri; p
		Erken başvuru (n=72)	Geç başvuru (n=28)	
Kontrol merkezi	<i>Min-Mak</i> (<i>Medyan</i>)	8-25 (16)	5-23 (19)	<i>t: -1,321</i>
	<i>Ort±SS</i>	15,50±4,10	16,79±5,02	<i>°p: 0,190</i>
Öz farkındalık	<i>Min-Mak</i> (<i>Medyan</i>)	5-14 (10)	5-15 (9,5)	<i>t: 1,309</i>
	<i>Ort±SS</i>	10,14±2,49	9,39±2,73	<i>°p: 0,193</i>
Kesinlik	<i>Min-Mak</i> (<i>Medyan</i>)	5-19 (14)	6-19 (14)	<i>t: -1,054</i>
	<i>Ort±SS</i>	13,26±3,70	14,11±3,30	<i>°p: 0,294</i>
Sağlığın önemi	<i>Min-Mak</i> (<i>Medyan</i>)	3-15 (10)	4-14 (8)	<i>t: 1,704</i>
	<i>Ort±SS</i>	9,88±2,43	8,89±2,96	<i>°p: 0,092</i>
Toplam	<i>Min-Mak</i> (<i>Medyan</i>)	25-65 (44,5)	28-59 (39)	<i>t: 1,794</i>
	<i>Ort±SS</i>	45,25±9,74	41,39±9,43	<i>°p: 0,076</i>

°Student t Test

5. TARTIŞMA

Nöroloji kliniğinde yatarak tedavi gören akut iskemik inme geçiren hastaların hastaneye başvuru sürelerini etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular literatür çerçevesinde aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır.

- İnme Başlangıç Belirtilerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerinin Tartışılması
- Hastaların Yardım Arama Davranışlarına İlişkin Özelliklerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerinin Tartışılması
- Trombolitik Tedavi Uygulanmasına İlişkin Özelliklerinin Tartışılması
- Hastaların Nörolojik Disfonksiyon Derecelerine Göre Hastaneye Başvuru Süresinin Tartışılması
- Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireyin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmelerin Tartışılması
- Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireylerin İnme Hakkındaki Bilgilerine ve Fark Ettikleri İlk İnme Belirtilerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Özelliklerin Tartışılması
- Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireylerin Sağlık Algısına Göre Sürelerinin Tartışılması
- Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Hastaneye Başvuru Süresine İlişkin Değerlendirmelerin Tartışılması
- Hastaların İnme Risk Faktörlerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmelerin Tartışılması
- Hastaların İnme Bilgisine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmelerin Tartışılması

5.1. İnme Başlangıç Belirtilerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerinin Tartışılması

İskemik inmede belirtiler iskemik alanın yerine ve genişliğine göre değişkendir. Araştırma kapsamında hastaneye başvuran olguların inme anında fark ettikleri ilk belirti bir bölgede güçsüzlük iken (%37,8), %25,2'sinde konuşma

bozukluğu, %15,3'ünde dengesizlik, %13,5'inde yüzde asimetri, %12,6'sında baş dönmesi/ sersemlik, %9,9'unda şiddetli baş ağrısı, %4,5'inde anlama güçlüğü, %4,5'inde felç, %1,8'inde görme bulanıklığı ve %0,9'unda çift görmedir (Şekil 4.4). Nepal ve diğ.'nin (2019) yaptığı çalışmada inme hastalarının ilk fark ettikleri belirtiler olguların %67,5'inde ekstremitte güçsüzlüğü, %67,1'inde ise konuşma bozukluğu olarak tespit edilmiştir. En az görülen belirti ise görme bozukluğu (%10,1) olmuştur. Benzer bir çalışmada olguların büyük bir kısmında ilk belirti bir bölgede güçsüzlük ve konuşma bozukluğu iken, en az görülen belirtiler kusma ve baş ağrısıdır (Siddiqui ve diğ. 2008). Tan ve diğ.'nin (2001) yapmış olduğu çalışmada inme başlangıcında olguların %61,5'inde hemiparezi, %42,3'ünde ise konuşma bozukluğu saptanmıştır. Hastalardaki ilk inme belirtileri ile literatür paralellik göstermektedir.

İnme başlangıç belirtilerine göre hastane başvuru sürelerinin etkilenebileceği öngörülmekle birlikte çalışmamızda inmenin başlangıç belirtisine göre hastaneye erken başvuru oranı değişmemiştir ($p>0,05$), (Tablo 4.15).

Korkmaz ve diğ.'nin (2010) yapmış olduğu çalışmada konuşma bozukluğu yaşayan hastaların hastaneye erken başvurduğu, hemiparezi yaşayan hastaların ise hastaneye geç başvurduğu saptanmıştır (Korkmaz ve diğ. 2010). Yine başka bir çalışmada yüzde asimetri ve konuşma bozukluğu hastaneye erken başvuruya sebep olurken, vücudun bir bölgesinde güçsüzlük, baş ağrısı ve duygusal bozukluklar ise inme ile ilişkilendirilmemiştir (Nepal ve diğ. 2019). Soto-Camara ve diğ.'nin (2019) yapmış olduğu çalışmada erken başvuruya sebep olan tek semptom konuşma bozukluğu olarak belirtilmiştir.

Çalışmamızda olguların %80,2'sinde inmeye ilişkin ilk belirtiler hastanın evde bulunduğu anda yaşanırken, %19,8'inde ev dışında iken yaşanmıştır (Tablo 4.4). İnmeye ilişkin ilk belirtilerin evde başladığı hasta oranı Soto-Cámara ve diğ.'nin (2019) yapmış olduğu çalışmada %75,7, Jin ve diğ.'nin (2012) yaptığı çalışmada %82,6 olup, sonucumuza oldukça benzerdir. Sonucumuzu destekleyen bir diğer çalışma, 2019 yılında 228 iskemik inme tanılı hasta ile yapılan ve ilk belirtilerin evde görüldüğü hasta oranını %84,2 olarak hesaplayan çalışmadır (Nepal ve diğ. 2019). Ayrıca Doggen ve diğ.'nin (2016) yapmış olduğu çalışmada da semptomları evde başlayan hasta sayısı tüm hastaların yaklaşık olarak dörtte üçünü (%77,7) oluşturmaktadır.

İnme belirtilerinin ev veya ev dışında başlaması hastaneye başvurma süresini etkilememektedir ($p>0,05$), (Tablo 4.15).

Çalışmamızla paralel olarak Nepal ve diğ.'nin (2019) yapmış olduğu çalışmada semptomların başladığı yerin ev ya da ev dışı olmasının hastaneye başvuru süresini etkilemediği tespit edilmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak literatürdeki bazı çalışmalarda semptomların ilk başladığı yerin ev olması durumunda hastaneye başvuru süresi uzamaktadır (Jin ve diğ. 2012; Soto-Cámara ve diğ. 2019). Bu durum çalışmalarda inmenin ev dışında olmasının, belirtilere diğer kişilerin tanık olması ve inme ile ilişkilendirme olasılığının artması olarak yorumlanmıştır.

Çalışmamıza katılan olguların %49,5'inde ilk inme belirtilerini hasta fark ederken, %50,5'inde başkası fark etmiştir. İnme sonrası yardım arama davranışında bulunan kişi, çalışmaya katılan hastaların %9,9'unda ($n=11$) kendisi iken, %90,1'inde ($n=100$) hasta dışındaki kişilerden oluşmaktadır (Tablo 4.4).

Yanagida ve diğ.'nin (2015) 469 inme hastası ile yapmış olduğu çalışmada hastaların %61,4'ü ilk inme belirtilerini kendisi fark ederken, %12,2'sinde aile üyelerinden veya akrabalarından birisi, %9,8'inde eş, %16,6'sında diğer kişiler tarafından fark edilmiştir (Yanagida ve diğ. 2015).

İnme belirtilerini ilk olarak hasta farkettiğinde hastaneye başvuru gecikmeleri daha fazladır ($p=0,049$); (Şekil 4.5). İnmeye eşlik eden belirtilerin hastanın fiziksel kapasitesini sınırlandırması ve inmenin ileri yaş hastalığı olması hastanın başvuru süresinin uzamasında etkili olmuş olabilir.

Çalışmamızdan farklı olarak Korkmaz ve diğ.'nin (2010) yaptığı çalışmada akrabaların semptomları tanınması ile hastaneye başvuru süresi arasında ilişki bulunmadığı görülmüştür.

Çalışmamızda olguların %14,4'ü ($n=16$) şikayetler başladığında yalnızken, %85,6'sı ($n=95$) yalnız değildir. Tunç ve Küçüküçlü'nün (2011) yapmış olduğu çalışmada hastaların %90,1'inin şikayetleri başladığında yanında biri varken %9,9'unda şikayetler başladığı sırada yalnız olduğu bulunmuştur. Yine Morris ve diğ.'nin (2000) yaptığı çalışmada hastaların %34'ünde şikayetler başladığında yanında kimse olmadığı görülmektedir (Morris ve diğ.'nin 2000). Literatürde inme belirtileri başladığında hastanın yalnız olup olmadığını sorgulayan çok fazla araştırma sonucu ile karşılaşılsa da, hastaların yalnız yaşama durumlarını sorgulayan araştırmalar

oldukça fazladır. İnme geçiren hastaların inme öncesi yalnız yaşama oranları çeşitli çalışmalarda %4,1 (Tan ve diğ. 2001), %4,7 (Jin ve diğ. 2012), %10,9 (Siddiqui ve diğ. 2008), %30,6 (Faiz ve diğ. 2018) ve %37 (Fladt ve diğ. 2019) olarak belirtilmiştir. Toplumdan topluma değişmekle birlikte giderek artan yalnız yaşama oranları, inme gibi erken müdahalenin önemli olduğu hastalıklarda olumsuz sonuçlara neden olabilir. Ancak hastaların yalnız yaşaması belirtiler başladığında yalnız olduğu anlamına gelmeyebilir. Bu nedenle konu ile ilgili araştırmalarda inme belirtileri başladığında hastanın yalnız olup olmadığının sorgulanmasının daha doğru bir yaklaşım olacağı düşünülmektedir.

İNME İLE İLGİLİ ŞİKAYETLER BAŞLADIĞINDA YALNIZ OLAN HASTALARDA HASTANESİNE ERKEN BAŞVURU ORANI DAHA DÜŞÜKTÜR ($p=0,013$); (Şekil 4.6).

Çalışmamızla benzerlik gösteren Morris ve diğ.'nin (2000) yaptığı çalışmada şikayetler başladığında hastaların yalnız olma durumlarına göre hastaneye başvuru sürelerinde gecikme olduğu görülmektedir. Yine Tunç ve Küçükgüçlü'nün (2011) yaptığı çalışmada şikayetleri başladığında yanında biri olan hastaların hastaneye başvuru süreleri daha kısa bulunmuştur.

Olguların %9,9'u ($n=11$) belirtiler başladığında yardım arama davranışında bulunmadan önce, şikayetlerine yönelik bazı girişimler uygulamışlardır. Hastaların %90,9'u ($n=10$) başına su dökerken, 1 hasta belirtiler başladığında yatarak uyumayı tercih etmiştir. İnme belirtileri sonrası başına su dökme kültürümüzde yaygın bir uygulama olup, bu uygulamaya lise öğretmenleri ile yapılan inme alarm belirtileri ve risk faktörleri farkındalığını belirleme çalışmasında da yer verilmiştir. Söz konusu çalışmada öğretmenlerin %15,5'i inme belirtilerini hissettiklerinde/gördüklerinde "başına su dökceklerini" belirtmişlerdir (Çelik ve Boyraz 2015). Yine Tunç ve Küçükgüçlü'nün (2011) yapmış olduğu çalışmada hastaların %5,2'si belirtileri farkettiklerinde "başına soğuk su döktüklerini" belirtmişlerdir. İnme sonrası yapılan bu tür uygulamalar acil tedavi erişimini engelleyebilir.

Ancak çalışmamızda hastaların inme belirtilerine yönelik kendi kendine girişim uygulaması hastane başvuru süresini etkilememiştir ($p>0,05$), (Tablo 4.15).

Olguların sadece %21,6'sı ($n=24$) belirtileri yaşadığında inme ile ilişkilendirebilmiştir. Çalışmada yer alan hastaların inme belirtilerini inme ile ilişkilendirme oranının oldukça düşük olduğu söylenebilir. Oysaki inme belirtilerinin

farkındalığı acil tedaviye erişimde ve inme tedavisindeki başarılı sonuçlarda çok etkilidir. İnme belirtileri bilgisinin değerlendirildiği diğer çalışmalarda da inme bilgiyi yetersiz tanımlansa da, çalışmamıza göre daha yüz güldürücüdür. 2010 yılında 117 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada hastaların %51,3'ü semptomları inme ile ilişkilendirebilmiştir (Korkmaz ve diğ. 2010). Çin'de yürütülen ve 1200 inme ve GİA tanısı almış hastanın dahil olduğu çalışmada, hastaların %3,3'ü 8 inme belirtisinin tamamını, %28,3'ü 3 belirtiyi doğru olarak işaretlemiştir (Zeng ve diğ. 2012). Ancak inme sonrasında hastanın bilgiyi artabileceğinden, inme belirtileri bilgisi ile inme sırasında belirtilerin inme ile ilişkilendirilmesinin aynı anlama gelmediği sonuçları yorumlamada gözden kaçmamalıdır.

Belirtileri inme ile ilişkilendirme durumlarına göre hastaneye başvurma süreleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$), (Tablo 4.15).

Korkmaz ve diğ.'nin (2010) yapmış olduğu çalışmada hastaların semptomları inme ile ilişkilendirebilmesinin hastaneye erken başvuru süresini kısalttığı belirtilmiştir.

Çalışmamızda şikayetlerini ilk olarak eşine iletenler çalışmaya katılan olguların %40,5'ini oluştururken, %37,8'inin şikayetlerini çocuğuna, %1,8'inin acil çağrı merkezine, %15,3'ünün arkadaş/ komşusuna iletmiş saptanmıştır (Tablo 4.4).

Denti ve diğ.'nin (2017) yaptığı çalışmada hastaların %8,3'ünü ilk olarak acil çağrı merkezini, %74,0'ı akraba ya da arkadaşını aradığı belirtilmiştir (Denti ve diğ. 2017). Yapılan benzer bir çalışmada ise araştırmaya katılan hastaların %45'i acil çağrı merkezini ararken, %7'si aile üyelerine haber vermiş, %6'sı ise diğer kişilere şikayetlerini iletmiştir (Fladt ve diğ. 2019).

İnme belirtilerini ilk iletmiş kişilere göre hastaneye başvurma süreleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$), (Tablo 4.15).

Dogger ve diğ.'nin (2016) yapmış olduğu çalışmada hastaların %28,4'ü kendisi yardım arama davranışında bulunurken, %32,9'unun eşi, %23,5'inin aile üyelerinden biri, arkadaş ya da tanıdığı biri tarafından yardım arama davranışında bulunduğu tespit edilmiştir (Dogger ve diğ. 2016). Yardım arama davranışı hastanın evde kimlerle yaşadığı, yalnız olup olmadığı ile ilişkilidir.

5.2. Hastaların Yardım Arama Davranışlarına İlişkin Özelliklerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerinin Tartışılması

Olguların %90,1'i (n=100) belirti zamanını hatırlıyorken, %6,3'ü (n=7) hatırlamadığını, %3,6'sı (n=4) ise ilk belirtilerin uyku sırasında başladığını belirtmiştir. Belirti başlangıç saatini hatırladığını ifade eden olguların belirti zamanları incelendiğinde; hastaların yarısında (%50) 06.00-12.00 saatleri arasında, %32,7'sinin 12.00-18.00 saatleri arasında, %13,5'inin 18.00-24.00 saatleri arasında, 4 hastada ise (%3,8) belirtilerin gece uykuda başladığı görülmektedir (Tablo 4.5).

Benzer bir çalışma Faiz ve diğ. (2012) tarafından yürütülmüş ve hastaların %56,8'i belirtilerin başlangıç zamanını hatırladığını, %20,5'i hatırlamadığını, %22,7'si belirtilerin uykuda başladığını belirtmiştir. Faiz ve diğ.'nin (2014) yaptığı çalışmada semptom başlangıcı belirsiz olan hastaların dışlandığı görülmektedir. Faiz ve diğ. (2018) tarafından yapılan bir başka çalışmada da hastaların %65,3'ü belirti zamanını bildiklerini ifade etmişlerdir. Korkmaz ve diğ.'nin (2010) çalışmasında inme belirtilerinin en fazla (%31,6) 12.00-18.00 saatleri arasında başladığı belirtilmiştir. Yine benzer bir çalışmada hastaların neredeyse yarısı (%47,2) belirtilerin 06.00-14.00 saatleri arasında başladığını ifade etmiştir (Soto-Cámara ve diğ. 2019). Belirti zamanlarını gündüz saatleri ve gece olarak ikiye ayırarak inceleyen bir araştırmada da ilk inme belirtileri hastaların %62,6'sında gündüz saatlerinde başlamıştır (Jin ve diğ. 2012). Çalışmamız ve literatür paralelinde ilk inme belirtilerinin gündüz saatlerinde, özellikle de sabah saatlerinde başladığı söylenebilir.

Çalışmamızda belirti zamanlarını hatırlayan olguların erken başvuru oranı daha fazladır (p=0,002); (Tablo 4.16).

Yapılan çalışmalardan bazılarında hastaların semptomlarla uyanmasının hastaneye başvuru süresini kısalttığı bulunmuştur (Morris ve diğ. 2000; Tunç ve Küçüküçlü 2011). Korkmaz ve diğ.'nin (2010) yaptığı çalışmada ise semptomları anlamayan hastalarda hastaneye geç başvuru daha fazladır.

Literatürde hastane öncesinde en önemli zaman kaybının karar verme aşamasında yaşandığı belirtilmektedir (Faiz ve diğ. 2012, Faiz ve diğ. 2014).

Çalışmamızda belirtileri fark ettikten sonra hastaneye gelmeye/ yardım çağırılmaya karar verme süresi medyan 45 dakikadır (Tablo 4.5). Hastalığa ait belirtiler,

hastalığın ciddiyeti konusundaki bilgi eksikliği hastanın yardım aramaya karar vermesini etkilemektedir. Belirtiler sonrası yardım aramaya karar verme süresi medyan 1,5 saat olarak hesaplanmış olup, bu süre total başvuru süresinin %55'ini oluşturmaktadır (Faiz ve diğ. 2012). Bir diğer çalışmada hastaların hastaneye gelmeye karar verme süresi ortanca 60 dakikadır (Tunç ve Küçükgüçlü 2011).

Hastaların hastaneye gelmeye/yardım çağırmaya karar verme süreleri hastaneye erken başvuru oranlarında son derece etkilidir ($p=0,001$); (Tablo 4.16). Karar verme süresinin hastaneye başvuru süresini etkileyen en önemli faktör olduğu çeşitli çalışmalarda da vurgulanmıştır (Chang ve diğ. 2004; Keskin ve diğ. 2005; Tunç ve Küçükgüçlü 2011; Faiz ve diğ. 2012; Faiz ve diğ. 2014).

Hastaneye gelmeye karar verdikten sonra hastaneye ulaşma süreleri 5 ile 45 dakika arasında değişmekte olup, ortalama $16,85\pm 6,87$ dakika ve medyan 15 dakikadır. Şikayetler sonrası ilk başvuru yapılan hastaneye olan uzaklık 0,2 ile 30 km arasında değişmekte olup, ortalama $5,16\pm 5,98$ km ve medyan 3 km'dir (Tablo 4.5).

Hastaların hastaneye ulaşma süreleri erken başvuru oranlarını etkilemiştir ($p=0,031$). Erken başvuru yapan olguların hastaneye ulaşma süreleri daha kısadır. Belirtilerin yaşandığı yerin hastaneye olan uzaklığına göre hastaneye başvurma süreleri farklılık göstermemektedir ($p>0,05$), (Tablo 4.16).

Tunç ve Küçükgüçlü'nün (2011) yaptığı çalışmada hastaneye erken başvuru yapan hastaların, çalışmamızla benzer şekilde, hastaneye ulaşma süresi daha kısadır. Her ne kadar çalışmamızda gösterilmemiş olsa da, hastane mesafesi başvuru süresini etkileyen bir değişken olarak belirtilmektedir. Nepal ve diğ.'nin (2019) yapmış olduğu çalışmada hastaneye erken başvuran hastaların %73,9'unun hastaneye olan uzaklığı 20 km'den daha azdır. Tunç ve Küçükgüçlü'nün (2011) yaptığı çalışmada ilçeden gelen hastalar; büyükşehir, belde ve köyden gelen hastalardan daha geç başvuruda bulunmuşlardır. Yine yapılan bir başka çalışmada kırsal bölgede ikamet etmenin hastaneye başvuru süresini etkilemediği bulunmuş olup (Seremve ve diğ. 2017), bu yönü ile çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

İlk belirtilerin başlamasından sonra hastaneye/ acil servise başvuru süreleri medyan 60 dakikadır; hastaların %72,1'i ($n=80$) ilk iki saatte (erken başvuru) başvuru yaparken, %27,9'u ($n=31$) iki saatten sonra (geç başvuru) hastaneye başvurmuştur (Tablo 4.5).

Chen ve diğ.'nin (2007) yapmış olduğu çalışmada hastaların hastaneye başvuru sürelerinin medyan 71 dk olduğu ve hastaların %72'sinin ilk 2 saat içerisinde hastaneye geldiği görülmektedir. Yine Tayvan'da yapılan bir başka çalışmada semptomların başlamasından hastaneye başvuruya kadar geçen zaman ortalama 90 dk olup, hastaların %26'sı hastaneye ilk 2 saat içerisinde başvururken %46'sının ilk 1 saat içerisinde tıbbi yardım istediği bulunmuştur (Chang ve diğ. 2004). Lacy ve diğ.'nin (2001) yaptığı çalışmada hastaların %32'sinin semptomlar başladıktan sonraki 1,5 saat içerisinde, %40'ının ise 3 saat içinde hastaneye başvuruda buldukları görülmektedir.

Faiz ve diğ. (2012) tarafından Norveç'te yürütülen çalışmada 440 hastaya ait veriler incelenmiş, belirti sonrası hastaların hastaneye başvuru süresi medyan 3 saat (179 dakika) olarak hesaplanmıştır. Çalışmada hastaların yarısının hastaneye başvuru süresi 3 saatten fazla olup, %12,5'inde başvuru süresi 24 saati geçmiştir. Aynı çalışmada başvuru süresi ortalaması 14,2 saat olarak hesaplanmıştır. Ortanca ve ortalama başvuru süreleri arasındaki fark ise dağılımın çarpıklığı ve uç değerlerdeki verilerden kaynaklanmıştır. Aynı sorun çalışmamızda da olduğundan, 20 saat (1197,86±9575,64 dakika) olan ortalama süre ile 1 saat (60 dakika) olan medyan süre arasında çok büyük fark oluşmuştur. Bu nedenle başvuru süresi medyan olarak sunulmuştur. Melon ve diğ. (2013) tarafından İrlanda'da yürütülen inmeli hastaların dahil edildiği 870 hastayı kapsayan çalışmada hastaların %42'si ilk 1 saat içinde hastaneye başvuru sağlamıştır.

Zamanla erken tedavinin önemi konusunda farkındalığın arttığı düşünülerek inme sonrası hastaneye başvuru süresinde kısalma olabileceği öngörülse de, ülkemizde bu konuda yürütülen çalışma oldukça sınırlıdır. Memiş ve diğ. tarafından (2005) Aydın'da 98 hasta ile yürütülen çalışmada hastaların %67'si ilk 3 saatte başvurularını sağlamış olup, bölgede erken başvuru konusundaki farkındalığın oldukça yüksek olduğu söylenebilir. İzmir'de 2011 yılında yürütülen tez çalışmasında ise inme geçiren 517 bireyin hastaneye başvuru süresi medyan 210 dakika (3.5 saat) olup, %47'sinin (n= 243) ilk üç saatte hastaneye başvurduğu saptanmıştır (Tunç ve Küçüküçlü 2011).

Çalışmamızdaki hastaların %57,7'si hastaneye ambulansla gelirken, özel araçla gelen hasta sayısı %35,1 olarak saptanmıştır (Tablo 4.5).

Soto-Cámara ve diğ.'nin (2019) yapmış olduğu çalışmada hastaların %68,63'ü hastaneye ambulans ile gelirken, yapılan bir diğer çalışmada hastaların %30,7'si

hastaneye ambulans ile geldiği saptanmıştır (Nepal ve diğ. 2019). Fladt ve diğ.'nin (2019) yapmış olduğu çalışmada ambulansla gelen hastaların (%62), diğer ulaşım şekilleriyle gelen hastalardan fazla olduğu saptanmıştır (Fladt ve diğ. 2019). Korkmaz ve diğ.'nin (2010) 117 inme hastasıyla yapmış olduğu çalışmada hastaların %23,1'i hastaneye ambulans ile geldiğini belirtmiştir. Tedaviye erken erişimde ambulans hizmetlerinin kullanımı etkili olup (Faiz ve diğ. 2012), hizmetin artırılmasında toplumun bilinçlenmesinin yanı sıra, ambulans hizmetlerinin niteliği, şehrin ulaşım yoğunluğu da önemlidir.

Hastaların hastaneye ulaşım şekline göre hastaneye başvurma süreleri farklılık göstermemektedir ($p>0,05$), (Tablo 4.16).

Bazı çalışmalarda hastaneye erken başvuru yapan hastalarda ambulans kullanımını daha fazla iken (Morris ve diğ. 2000; Agyeman ve diğ. 2006; Mandelzweig ve diğ. 2006; Jin ve diğ. 2012), bazı çalışmalarda da çalışmamızda olduğu gibi ulaşım şekli hastaneye başvuru süresini etkilememektedir (Korkmaz ve diğ. 2010; Nepal ve diğ. 2019).

Çalışmamızda olgular hastaneye en çok 08:00- 17:00 saatler arasında başvuru yaparken en az başvurunun ise 00:00-08:00 saatlerinde olduğu bulunmuştur. Ayrıca araştırmaya katılan hastaların %73'ü hastaneye hafta içi başvuru yaparken, %27'sinin hafta sonu başvuru yaptığı saptanmıştır (Tablo 4.5). Gece başvuru oranları düşük olmakla birlikte, çalışmamızdaki hastalarda inme başlangıcı gece daha az olduğundan bu durum beklenen bir sonuçtur.

Soto-Cámara ve diğ.'nin (2019) akut iskemik inmede hastane öncesi gecikmeleri kısaltmaya yönelik 322 kişinin dahil edildiği çalışmada hastaneye sabah 06:00-14:00 saatleri arasında başvuranlar olguların %47'sini oluştururken gece 22:00-08:00 başvuru yapanlar %15'ini oluşturmaktadır. Bunun yanında çalışma günlerinde başvuranlar %68 iken hafta sonu başvuranlar %32 olarak bulunmuştur (Soto-Cámara ve diğ. 2019). Çalışma sonucu çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Hastaların hastaneye başvuru gününe göre hastaneye başvuru süreleri farklılık göstermemektedir ($p>0,05$), (Tablo 4.16).

Literatüre baktığımızda da hastaların hastaneye başvuru günü istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Memiş ve diğ.'nin 2008; Nepal ve diğ. 2019; Soto-Camara ve diğ. 2019).

Hastaların hastaneye başvuru saatlerine göre hastaneye başvurma süreleri değişmektedir ($p=0,036$); 08:00- 17:00 saatleri arasında başvuranların %78,9'u erken başvurudur (Tablo 4.16).

Çalışmalarda erken başvurunun gündüz ve akşam daha fazla olduğu belirtilmekte, çalışma sonucumuz desteklenmektedir. Korkmaz ve diğ (2010) 12.00-18.00 saatleri arasında, Soto-Camara ve diğ. (2019) 08.00-22.00 saatleri arasında, Nepal ve diğ. (2019) 07.00-19.00 saatleri arasında, Tunç ve Küçükgüçlü (2011) 18.00-24.00 saatleri arasında daha fazla erken başvuru olduğunu göstermişlerdir. Hastaneye 00.00-06.00 saatleri arasında başvuranlarda ise hastaneye başvuruda ciddi oranda gecikme olduğu belirtilmiştir (Korkmaz ve diğ. 2010).

5.3. Trombolitik Tedavi Uygulanmasına İlişkin Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmamıza katılan iskemik inme tanılı olguların %45'ine trombolitik tedavi uygulanmıştır. Şikayetlerin başlamasından itibaren trombolitik tedavi uygulama zamanları ise; 55 ile 260 dakika arasında değişmekte olup, ortalama $124,38 \pm 47,37$ dakika, medyan 120 dakikadır. Trombolitik tedavi hastaların %20'sinde acil serviste uygulanırken, %54'ü nöroloji servisinde ve %26'sında yoğun bakım ünitesinde uygulanmıştır (Tablo 4.6).

Doggen ve diğ.'nin (2016) 182 hasta ile yapmış olduğu çalışmada hastaların %17'sine trombolitik tedavi uygulanmıştır. Denti ve diğ.'nin (2017) yapmış olduğu çalışmada hastaların %25,3'üne ($n=301$) trombolitik tedavi uygulanırken, Yanagida ve diğ.'nin (2015) 469 kişiyle yaptığı çalışmada ise hastaların sadece 36'sına trombolitik tedavi uygulanmıştır. Söz konusu araştırmalar sadece iskemik inme tanılı hastalarla gerçekleştirilmemiş olup, TİA ve hemorajik inme hastaları da dahil edilmiştir. Nepal ve diğ.'nin (2019) yapmış olduğu çalışmada 46 hastanın hastaneye erken geldiği ve bu hastaların 30 tanesine trombolitik tedavi uygulandığı belirtilmiştir.

Sorgun ve Işııkay'ın (2012) yaptığı bir çalışmada semptomların başlangıcından trombolitik tedavi uygulamaya kadar geçen süre 90-110 dakika arasında değişmekle birlikte ortalama 155 ± 33 dakika olarak hesaplanmıştır. Trombolitik tedavi hastaların %21,9'una ilk 120 dakikada uygulanırken, %68,8'ine 120-180 dakika arasında ve %9,9'una 180-270 dakika arasında uygulanmıştır (Sorgun ve Işııkay 2012). Doggen ve diğ.'nin (2016) yaptığı çalışmada hastaların %93,5'ine semptomlardan sonraki ilk 270 dakika içerisinde trombolitik tedavi uygulandığı tespit edilmiştir (Doggen ve diğ. 2016).

Trombolitik tedavi etkinliğini artırmada tedaviye erken erişim sağlanması için ilk başvuru yeri ve ilk tanılama yeri olan acil serviste tedaviye başlanması, tedavi gecikmelerinin azaltılmasında etkili olabilir.

Tunç ve Kkl'nn (2011) 517 hasta ile yapmış oldukları çalışmada hastaların başvuru yaptıkları sağlık kuruluşunun ilk merkez olup olmadığını sorgulamışlar ve hastaların %26,9'unun daha önce başka bir sağlık kuruluşuna başvururken %73,1'inin ise ilk başvuru merkezi olduğunu tespit etmişlerdir. Çalışmamızda ise olguların %90'ında (n=45) ilk başvurulan merkezde tedaviye başlanmıştır (Tablo 4.6).

5.4. Hastaların Nörolojik Disfonksiyon Derecelerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerinin Tartışılması

Hastaların NIHSS'den aldıkları toplam puan 0-21 arasında, medyan 4, ortalama $5,57\pm 4,79$ 'dur (Tablo 4.7). İnme belirtileri sonrası hastaneye başvuru süresinin incelendiği diğer çalışmalarda da hastaların inmeden etkilenme dereceleri çalışmamızda yer alan hastalara yakındır.

Faiz ve diğ.'nin (2012) yaptığı çalışmada NIHSS (Min-Mak 2-8) medyan 4 bulunmuştur. Soto-Cámara ve diğ.'nin (2019) yaptığı çalışmada ise NIHSS toplam puanının 16 ve altında olan hasta yüzdesi %82.92 iken, NIHSS toplam puanının 16 üzerinde olan hasta yüzdesi %17.08 olduğu bulunmuştur. Yine Yanagida ve diğ.'nin (2019) yaptığı çalışmada NIHSS toplam puanı 1-8 arasında değişmekte olup, medyan 4 olarak tespit edilmiştir. NIHSS medyan 2 olan çalışma da literatürde bulunmaktadır (Faiz ve diğ. 2014).

Hastaların hastaneye başvuru sürelerine göre NIHSS toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,004$); beklenenin aksine erken başvuru yapan olgularda ölçeğin toplam puanı, geç başvuru yapanlardan daha düşüktür (Tablo 4.17). Çalışma sonucumuz benzer çalışma sonuçlarından farklıdır. Yapılan çalışmalarda NIHSS puanı yüksek olan hastaların hastaneye daha erken sürede başvuruda buldukları görülmektedir (Chang ve diğ. 2004; Keskin ve diğ. 2005; Agyeman ve diğ. 2006; Faiz ve diğ. 2012; Faiz ve diğ. 2014).

5.5. Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireyin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmelerin Tartışılması

İnme belirtileri sonrası hastanın fiziksel ve bilişsel durumu yardım aramak için her zaman uygun olmayabilir. Bu durumda hastaneye başvuru süresinde asıl belirleyici olan hasta yerine yardım arama davranışında bulunan bireyin kararı ve özellikleridir. Bu nedenle araştırmada yardım arama davranışında bulunan hasta dışı bireyin özelliklerine de yer verilmiştir.

Yaş ortalaması $52,81 \pm 12,46$ yıl olan yardım arama davranışında bulunan bireylerin %59'u kadın, %94'ü evli, %44'ü okur-yazar veya ilköğretim mezunu, %45'i hastanın çocuğu, %54'ü hasta ile beraber yaşamakta, %29'u çalışmakta olup, %79'u orta düzeyde gelire sahiptir (Tablo 4.8).

Yardım arama davranışında bulunan bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyleri, hastaya olan yakınlıkları, hasta ile aynı evde yaşama durumları ve çalışma durumları hastaneye başvuru süresini etkilememiştir ($p>0,05$); (Tablo 4.18).

Yardım çağrısında bulunan bireylerin medeni durumlarına göre hastaneye başvuru süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,042$); (Tablo 4.18).

Yardım arama davranışında bulunan bireylerde hastaneye erken başvurma oranları orta gelirli olanlarda düşük gelirli olanlara göre daha yüksektir ($p=0,001$); (Tablo 4.18). Bu durum düşük gelir düzeyine sahip kişilerde sağlığa atfedilen önemin de daha az olduğunu düşündürülebilir.

5.6. Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireylerin İnme Hakkındaki Bilgilerine ve Fark Ettikleri İlk İnme Belirtilerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Özelliklerin Tartışılması

Yardım arama davranışında bulunan bireylerin %28'inde ailede inme geçiren biri bulunmaktadır (Tabloda gösterilmemiştir). Bireylerin %9'u inme risk faktörlerinden en az ikisini bilirken, %28'i inme belirtilerinden en az ikisini bilmektedir (Tablo 4.9).

Yardım arama davranışında bulunan bireylerin inme risk faktörlerinden ve inme belirtilerinden en az ikisini bilme durumlarına göre hastaneye başvuru süreleri etkilenmemektedir ($p>0,05$), (Tablo 4.19).

Çalışmamızdaki sonuç anlamlılık göstermese de yardım arama davranışında bulunan kişinin inme hakkında bilgisinin olması inme anında ya da belirtileri farketdiği sırada bu durumu inme ile ilişkilendirebilmesi hastaneye başvuru süresini önemli ölçüde kısaltabilir. Belirtileri önemsememe belirtilerin şiddetini ise gözardı etme, nasılsa geçer düşüncesi ya da inme hakkında bildiklerini inme anında ilişkilendirememe gibi durumlar hastaneye başvuru süresinde gecikmelere neden olabilir (Lacy ve diğ. 2001; Silvestrelli ve diğ. 2006; Faiz ve diğ. 2014).

Belirtiler bildirildikten/ fark ettikten sonra hastaneye gelme/ yardım çağırma kararı verme süreleri 2 ile 10080 dakika arasında değişmekte olup, ortalama $240,67 \pm 1129,07$ dakika ve medyan 30 dakikadır (Tablo 4.9).

Yardım arama davranışında bulunan olgulara inme anında bildirilen ya da kendi fark ettiği ilk belirtiler incelendiğinde; en yüksek oranda (%38) bir bölgede güçsüzlüğün farkedildiği görülmektedir (Tablo 4.9). Diğer bir ifade ile yardım arama davranışında en etkili inme belirtisinin “bir bölgede güçsüzlük” olduğu söylenebilir.

Chang ve diğ.'nin (2004) yaptığı çalışmada hasta dışında bir başkasının farketdiği ilk belirtiler; zihinsel değişim (%53), bir bölgede güçsüzlük (%45) ve konuşma bozukluğu (%40) olarak belirtilmiştir.

Yardım arama davranışında bulunan bireylerin inme geçiren hastada gözlediği veya hasta tarafından kendisine iletilen belirtilerden görme bulanıklığı, çift görme, konuşma bozukluğu, şiddetli baş ağrısı, baş dönmesi/ sersemlik, bir bölgede güçsüzlük, yüzde asimetri, dengesizlik ve felç görülme durumlarına göre hastaneye başvuru süreleri etkilenmemiştir ($p>0,05$). Yardım arama davranışında bulunan

bireylerin inme anında anlama güçlüğü belirtisi farketmesi veya kendisine bu belirtinin iletilmesi halinde ise erken başvuru oranları daha düşüktür ($p=0,001$), (Tablo 4.20). Bunun sebebi yardım arama davranışında bulunan hasta yakınının yaş faktörünü göz önünde bulundurması olabilir. Yaşlı bireylerde bu gibi davranışların görülebileceği düşüncesinin olması hasta yakınının hastaneye başvuru süresini uzatabileceği ya da herhangi bir sağlık kuruluşundan yardım isteme gereksinimini görmemesi olarak açıklanabilir.

5.7. Yardım Arama Davranışında Bulunan Bireylerin Sağlık Algısına Göre Hastaneye Başvuru Sürelerinin Tartışılması

Yardım arama davranışında bulunan bireylerin sağlık algısı değerlendirildiğinde %53'ü sağlıklı olmayı Allah'ın lütfu olarak değerlendirmiş, takiben %47 oranında birey de egzersiz yapmayı ve doğru beslenmeyi sağlıklı kalmanın yolu olarak tanımlamıştır (Tablo 4.10).

Çoğu kronik hastalıktan farklı olarak inme geçiren hastanın bilinç durumu etkilenebilir, konuşma güçlüğü olabilir, hareketleri kısıtlanabilir ve sonuçta yardım çağrısı yapacak durumda olmayabilir. İnmeye tanıklık eden kişi tarafından hasta adına yardım arama kararı verilmesine oldukça sık rastlanır. Araştırmamızda da 111 inme hastasının 100'ünde hasta dışı bireyler tarafından yardım aranmıştır. Bu nedenle inmede hastane başvuru süresi ve etkileyen faktörlerin incelenmesinde, hastadan çok yardım arama davranışında bulunan bireyin özelliklerine odaklanması daha doğru bir yaklaşım olabilir. İnmeye tanıklık eden bireyin yardım arama kararı ve davranışında etkili faktörlerin bilinmesi, inme sonrası hastaneye başvuru süresini değiştirebilir. İnme belirtilerinin tanınması gibi pek çok ilişkili faktörden biri de bireylerin sağlık algısı olabilir. Sağlık inanç modeline göre; sağlık durum algısı, sağlık davranışlarını ve sağlık sorumluluğunu etkilemektedir. Bireyin sağlık algısı sadece kendi sağlığı ile ilgili konularda değil, başkalarının sağlığı ile ilgili konularda da belirleyici olabilir. Yardım çağrısında bulunan bireylerin sağlık algıları, olay karşısında nasıl tepki vereceklerini, davranış biçimlerini, sağlık durumuna ilişkin inançlarını göstermektedir. Bu düşünceden hareketle çalışmamızda inmeye tanıklık eden bireylerin sağlık algısının başvuru süresine etkisi incelenmiştir. Ancak yardım arama davranışında bulunan bireylerin sağlık algısı ölçeği kontrol merkezi, öz farkındalık,

kesinlik, sağlığın önemi alt boyut ve toplam puanları; hastaneye başvuru sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). İstatistiksel önemi olmamakla birlikte erken başvuru yapan hasta yakınlarında sağlık algısı ölçeğinin toplam puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 4.21).

5.8. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Hastaneye Başvuru Süresine İlişkin Değerlendirmelerin Tartışılması

Çalışmamıza katılan hastaların yaşlarına, cinsiyetlerine, eğitim düzeylerine, çalışma ve yalnız yaşama durumlarına göre hastaneye başvuru süreleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Çeşitli çalışmalarda çalışmamız paralelinde hastaların yaşlarına (Yu ve diğ. 200; Siddiqui ve diğ. 2008; Korkmaz ve diğ. 2010; Faiz ve diğ. 2014; Nepal ve diğ. 2019), cinsiyetlerine (Lacy ve diğ. 2001; Siddiqui ve diğ. 2008; Faiz ve diğ. 2014; Nepal ve diğ. 2019), eğitim düzeylerine (Yu ve diğ. 2001; Mandelzweig ve diğ. 2006; Siddiqui ve diğ. 2008; Korkmaz ve diğ. 2010; Faiz ve diğ. 2014), yalnız yaşama durumları ve çalışma durumlarına göre (Lacy ve diğ. 2001; Mandelzweig ve diğ. 2006; Faiz ve diğ. 2014) hastaneye başvuru süresinin etkilenmediği ifade edilmektedir.

Farklı olarak inme sonrası hastaneye zamanında başvuranlarda (ilk 4,5 saat içinde) yaş ortalamasını daha fazla, yalnız yaşama oranlarını daha az (Fladt ve diğ. 2019), kadın oranlarını daha az (Mandelzweig ve diğ. 2006; Jin ve diğ. 2012) gösteren az sayıda çalışma da mevcuttur. Lacy ve diğ.'nin (2001) çalışmasında da 65-74 yaş grubundaki hastaların hastaneye başvuru süresi 55 yaş ve üstü hastaların hastaneye başvuru süresinden daha kısa olup, sonuç Fladt ve diğ.'nin (2019) çalışmasına paraleldir.

Çalışmamızda hastaların gelir durumlarına göre hastaneye başvurma süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$). Geliri orta düzeyde olanların hastaneye erken başvurma oranı, geliri düşük olanlardan daha yüksektir (Tablo 4.12). Nepal ve diğ.'nin (2019) çalışmasında iyi gelir durumunun hastaneye başvuru süresini kısalttığı gösterilmiştir.

5.9. Hastaların İnme Risk Faktörlerine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmelerin Tartışılması

Hipertansiyonu ($p=0,037$), diyabeti olan ($p=0,042$) ve warfarin kullanan hastaların ($p=0,037$) erken başvuru oranı daha düşük olmakla birlikte; KVVH, KOAH, hiperlipidemi varlığı, sigara ve alkol kullanımı, BKİ düzeyi, daha önce inme/ geçici iskemik atak geçirme ve inme geçiren bir yakınının olması erken başvuru oranını etkilememektedir ($p>0,05$), (Tablo 4.13).

Jin ve diğ.'nin (2012) yapmış olduğu çalışmada hastada hipertansiyon, hiperlipidemi, daha önce geçici iskemik atak veya inme geçirme hastaneye başvuru süresini kısaltmamıştır. Fakat koroner arter hastalığı ve diyabeti olan hastaların hastane öncesi gecikme süreleri daha kısadır.

Faiz ve diğ.'nin (2014) yaptığı çalışmada daha önce inme geçirme hastaneye başvuru süresini etkilememiştir. Yine Jin ve diğ.'nin (2012) yaptığı çalışmada da daha önce inme ya da GİA geçiren hastaların hastaneye erken başvuru oranını etkilemediği görülmekte olup, çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızın aksine Keskin ve diğ.'nin (2005) yaptığı çalışmada daha önce inme geçiren hastaların hastaneye daha geç başvurduğu bulunmuştur.

5.10. Hastaların İnme Bilgisine Göre Hastaneye Başvuru Sürelerine İlişkin Değerlendirmelerin Tartışılması

Çalışmamıza dahil edilen hastaların inme risk faktörlerini bilmesi (en az iki risk faktörü) erken başvuru oranlarını etkilemezken ($p>0,05$), inme belirtilerini bilmesi (en az iki belirti) erken başvuru oranlarını artırmıştır ($p=0,027$). İnme belirtilerini inme öncesinde veya inme sonrasında öğrenmesi, hastaneye başvuru süresini etkilememiştir ($p>0,05$), (Tablo 4.14).

Tunç ve Küçükgüçlü (2011) ve Faiz ve diğ.'nin (2014) yapmış olduğu çalışmada hastaların inme hakkında bilgisi olmasının hastaneye erken ya da geç başvuruyu etkilemediği belirtilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Yaptığımız çalışma doğrultusunda aşağıdaki sonuçlar bulunmuştur;

- Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması $68,24 \pm 11,15$ yıldır. Hastaların %50,5'i kadın, %15,3'ü yalnız yaşamakta, %51,4'ü okur-yazar veya ilköğretim mezunu, %89,2'si herhangi bir işte çalışmamakta ve %65,8'inin orta düzeyde gelire sahip olduğu görülmektedir (Tablo 4.1).
- İnme risk faktörlerine bakıldığında %42,3'ünde warfarin kullanımı olduğu, günlük tükettikleri sigara sayısı ortalama $20,35 \pm 14,49$ adet olduğu, BKİ ölçümlerine bakıldığında ise ortalama $28,49 \pm 3,89$ kg/m^2 olduğu ve %58,6'sının fazla kilolu olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2).
- İnme belirtileri ve inme risk faktörleri bilgi durumu dağılımına bakıldığında hastaların %6,3'ü inme risk faktörlerinden en az ikisini bildiği, %21,6'sı inme belirtilerinden en az ikisini bildiği, %70,8'inin inme belirtilerini inme sonrasında öğrendiği görülmektedir (Tablo 4.3).
- İlk inme belirtilerine ilişkin özelliklerin dağılımına bakıldığında; hastaların %80,2'sinde ilk belirtilerin evde görüldüğü, %50,5'inde ilk belirtileri başkasının fark ettiği, %90,1'inde yardım arayanın diğer kişiler olduğu, %85,6'sının şikayetler başladığında yalnız olmadığı, %9,9'unun şikayetlerine yönelik kendi kendine girişim uyguladığı, bu hastaların %90,9'unun başından su döktüğü, %78,4'ünün belirtileri inme ile ilişkilendirmediği, %40,5'inin şikayetleri ilk eşine ilettiği (Tablo 4.4), hastaneye başvuran hastaların %37,8'inin inme anında fark ettikleri ilk belirtinin bir bölgede güçsüzlük olduğu tespit edilmiştir (Şekil 4.4).
- Yardım arama davranışlarına ilişkin özelliklerin dağılımına bakıldığında hastaların %57,7'sinin hastaneye ambulansla geldiği, %90,1'inin belirtileri başladığı saati hatırladığı, hastaların %50'sinin ilk belirtileri sabah yaşadığı, belirtileri fark ettikten sonra hastaneye gelmeye/ yardım çağırmaya karar verme süresinin medyan 45 dakika olduğu, hastaneye gelmeye karar verdikten sonra hastaneye ulaşma süreleri ortalama $16,85 \pm 6,87$ dakika olduğu, şikayetler sonrası ilk başvuru yapılan hastaneye olan uzaklığın ortalama $5,16 \pm 5,98$ km

olduğu, ilk belirtilerin başlamasından sonra hastaneye/ acil servise başvuru süresinin medyan 60 dakika olduğu, hastaların %72,1'nin ilk iki saatte (erken başvuru) başvuru yaptığı, %64'ünün hastaneye 08:00- 17:00 saatlerinde, %73'ünün ise hastaneye hafta içi başvurduğu görülmektedir (Tablo 4.5).

- Trombolitik tedavi uygulamasına ilişkin özelliklerinin dağılımına bakıldığında; iskemik inme tanılı hastaların şikayetlerin başlamasından itibaren trombolitik tedavi uygulama zamanlarının ortalama $124,38 \pm 47,37$ dakika olduğu, tedavinin %54'ünün nöroloji servisinde yapıldığı ve %90'ının ilk başvuru merkezde tedaviye başlandığı bulunmuştur (Tablo 4.6).
- NIHSS puanı ortalama $5,57 \pm 4,79$ olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.7).
- Yardım arama davranışında bulunan bireylerin yaş ortalamasının $52,81 \pm 12,46$ yıl olduğu, %59'unun kadın, %94'ünün evli, %44'ünün okur-yazar veya ilkokul mezunu, %45'inin hastanın çocuğu olduğu, %54'ünün hasta ile aynı evde yaşadığı, %29'unun çalıştığı ve %79'unun gelir düzeyinin orta olduğu bulunmuştur (Tablo 4.8).
- Yardım arama davranışında bulunan bireylerin inme hakkındaki bilgilerine ilişkin özelliklerin dağılımına bakıldığında; bireylerin %9'unun inme risk faktörlerinden en az ikisini bildiği, %28'inin inme belirtilerinden en az ikisini bildiği, belirtiler bildirildikten/ fark ettikten sonra hastaneye gelme/ yardım çağırma kararı verme süresinin medyan 30 dakika olduğu, inme anında bildirilen ya da kendisinin fark ettiği ilk belirtiler incelendiğinde; %38'inde bir bölgede güçsüzlük olduğu görülmüştür (Tablo 4.9).
- Yardım arama davranışında bulunan bireylerin sağlık algısı dağılımı değerlendirildiğinde; %53'ü sağlıklı olmayı Allah'ın bir lütfu olarak değerlendirdiği görülmüştür (Tablo 4.10).
- Hastaneye başvuru süresine ilişkin değerlendirme sonuçlarına bakıldığında; hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumları, çalışma durumları ve yalnız yaşama durumları hastaneye başvuru sürelerini değiştirmemektedir ($p > 0,05$). Gelir durumu orta düzeyde olan hastaların hastaneye daha erken başvurduğu görülmüştür ($p = 0,001$), (Tablo 4.12).
- İnme geçiren hastaların inme risk faktörlerine göre hastaneye başvuru sürelerine ilişkin değerlendirmeler incelendiğinde; hipertansiyonu ($p = 0,037$),

diyabeti ($p=0,042$), warfarin kullanımı olan hastaların ($p=0,037$) hastaneye erken gelme oranlarının daha düşük olduğu, KVH, KOAH, hiperlipidemi varlığı, sigara ve alkol kullanımları, BKI düzeylerinin, hastaların daha önce inme/ geçici iskemik atak geçirmesi ve inme geçiren bir yakınının olmasının erken başvuru oranını etkilemediği bulunmuştur ($p>0,05$), (Tablo 4.13).

- İnme geçiren hastaların inme bilgisine göre hastaneye başvuru sürelerine ilişkin değerlendirmelere bakıldığında; hastaların inme risk faktörlerinden en az ikisini bilme durumlarının hastaneye başvuru süresini etkilemediği ($p>0,05$), inme belirtilerinden en az ikisini bilen hastaların hastaneye erken başvuru oranlarının daha düşük olduğu ($p=0,027$), inme belirtilerini öğrenme zamanlarının hastaneye başvuru süresini etkilemediği görülmektedir ($p>0,05$), (Tablo 4.14).
- İnme geçiren hastaların hastane öncesi döneme ilişkin özelliklerine göre hastaneye başvuru sürelerine ilişkin değerlendirmelerine bakıldığında inme anında fark edilen ilk belirtilerden görme bulanıklığı, çift görme, konuşma bozukluğu, anlama güçlüğü, şiddetli baş ağrısı, baş dönmesi/ sersemlik, bir bölgede güçsüzlük, yüzde asimetri, dengesizlik ve felç görülme durumuna göre hastaneye başvuru süresinin etkilenmediği ($p>0,05$), hastaların ilk belirtilerin başladığı yere, şikayetlerine yönelik kendi uyguladığı girişimlere, belirtileri inme ile ilişkilendirme durumlarına ve şikayetleri ilk ilettiği kişilere göre hastaneye başvurma sürelerinin etkilenmediği ($p>0,05$); (Tablo 4.15), belirtileri ilk fark eden kişi kendisi olan hastaların ($p=0,049$); (Şekil 4.5, 4.6) ve şikayetler başladığında yalnız olan hastaların hastaneye daha geç başvurduğu görülmektedir ($p=0,013$); (Şekil 4.6).
- İnme geçiren hastaların yardım arama davranışlarına ilişkin özelliklerine göre hastaneye başvuru sürelerine ilişkin değerlendirmeler incelendiğinde; hastaların hastaneye ulaşım şekilleri, belirti saati, şikayetler sonrası ilk başvuru yapılan hastaneye olan uzaklık ve hastaneye başvuru gününe göre hastaneye başvurma süreleri etkilenmemekte olup ($p>0,05$) belirtilerin başladığı zamanı hatırlayan hastaların hastaneye daha erken başvuruda bulunduğu ($p=0,002$), belirtileri fark ettikten sonra hastaneye gelmeye/ yardım çağırma kararı verme süreleri erken başvuru yapan hastalarda daha düşük olduğu ($p=0,001$),

erken başvuru yapan hastaların hastaneye gelmeye karar verdikten sonra hastaneye ulaşma süresinin daha kısa olduğu ($p=0,031$), hastaneye 08:00-17:00 saatlerinde başvuran hastaların hastaneye başvuru süresinin daha kısa olduğu tespit edilmiştir ($p=0,036$); (Tablo 4.16).

- İnme geçiren hastaların hastaneye başvuru sürelerine göre inme ölçeği toplam puanının değerlendirilmesine bakıldığında hastaların hastane başvuru sürelerine göre NIHSS toplam puanı yüksek olan hastalarda hastaneye gecikmelerin daha fazla olduğu görülmektedir ($p=0,004$); (Tablo 4.17).
- Yardım arama davranışında bulunan bireyin sosyo-demografik özelliklerine göre hastaneye başvuru sürelerine ilişkin değerlendirmeler incelendiğinde; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyleri, hastaya olan yakınlık, hasta ile aynı evde yaşama durumu ve çalışma durumlarına göre hastaneye başvuru sürelerinin etkilenmediği ($p>0,05$), medeni durumlarına göre hastaneye başvuru süreleri etkilenmekle birlikte ($p=0,042$); yardım arayan kişinin evli olması hastaneye başvuru süresini kısaltmakta olduğu görülmüştür. Yine gelir durumunun hastaneye başvuru süresini etkilediği ($p=0,001$); orta gelirli olguların hastaneye daha erken başvuruda bulunduğu görülmektedir (Tablo 4.18).
- Yardım arama davranışında bulunan bireyin farketmediği inme belirtilerine göre hastaneye başvuru sürelerine ilişkin değerlendirmelere bakıldığında; bireylerin inme anında hastada gözlediği/iletildiği belirtilerden görme bulanıklığı, çift görme, konuşma bozukluğu, şiddetli baş ağrısı, baş dönmesi/ sersemlik, bir bölgede güçsüzlük, yüzde asimetri, dengesizlik ve felç görülme durumlarına göre başvuru sürelerinin etkilenmediği ($p>0,05$), yardım arama davranışında bulunan bireylerin inme anında anlama güçlüğü belirtisi farketmesi veya kendisine bu belirtinin iletilmesi halinde başvuru sürelerinde gecikme olduğu görülmektedir ($p=0,001$); (Tablo 4.19).
- Yardım arama davranışında bulunan bireyin inmeye yönelik bilgisine göre hastaneye başvuru sürelerine ilişkin değerlendirmelere bakıldığında; inme risk faktörlerinden ve inme belirtilerinden en az ikisini bilme durumlarına göre hastaneye başvuru süresinin etkilenmediği görülmektedir ($p>0,05$); (Tablo 4.20).

- Yardım arama davranışında bulunan bireyin hastaneye başvuru sürelerine göre sağlık algısının değerlendirilmesine bakıldığında; Sağlık Algısı Ölçeği kontrol merkezi, öz farkındalık, kesinlik, sağlığın önemi ve toplam puanlarının; hastaneye başvuru süresini etkilemediği ($p>0,05$). İstatistiksel önemi olmamakla birlikte erken başvuru yapanlarda sağlık algısı ölçeğinin toplam puan ortalaması daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.21).

6.2. Öneriler

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz;

Hastaneye erken başvurunun önemi vurgulanarak mortalitenin azaltılması ve kalıcı sakatlıkların önüne geçilmesi için toplumun bilinçlendirilmesi,

Hastaneye başvuru gecikmelerinde önemli zaman kaybının yardım aramaya karar verme aşamasında yaşanması nedeniyle inme belirtileri hakkında toplumun bilinçlendirilmesi,

Yalnız yaşamanın inme sonrası tedavi gecikmelerinde önemli bir etken olduğu, yalnız yaşayan bireylerin hastaneye hızlı erişimini sağlamak için yerel yönetimlerin de içinde yer aldığı çeşitli çalışmalar planlanması,

Acil servise gelen inme hastalarına hızlı müdahale edilebilmesi için 112 acil ekibinin inme konusunda periyodik olarak eğitim alması, erken tedavi erişiminde hastane ulaşımında ambulans hizmetlerinin daha fazla kullanılabilmesi,

Hastaneye gelen inme vakalarının erken tanınması için sağlık profesyonellerinin inme hakkında bilinçlendirilmesi,

Çalışmanın yürütüldüğü ildeki hastanelerde inme ünitesi açılması ve /veya inme risk faktörleri ve inme belirtileri hakkında geniş kitlelere farkındalık eğitimi düzenlenmesi sonrası çalışmanın tekrarlanması olarak sıralanabilir.

KAYNAKLAR

- ADAMS, H.P., BENDIXEN, B.H., KAPPELLE, L.J., BİLLER, J., LOVE, B.B., GORDON, D.L., MARSH, E.E. 1993. Classification of Subtype of Acute İschemic Stroke. Definitions for Use in a Multicenter Clinical Trial. TOAST. *Stroke*. 1993 Jan;24(1):35-41 ([<https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/01.STR.24.1.35>]) (Erişim Tarihi:15.08.2019).
- AGYEMAN, O., NEDELTCHEV, K., ARNOLD, M., FİSCHER, U., REMONDA, L., ISENEGGER, J., SCHROTH, G., MATTLE, H.P. 2006. Time to Admission in Acute İschemic Stroke and Transient İschemic Attack. *Stroke*. Apr;37(4):963-6 ([<https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/01.STR.0000206546.76860.6b>]) (Erişim Tarihi: 12.07.2019).
- Akut İskemik İnme Cep Kılavuzu Türk Nöroloji Derneği Beyin Damar Hastalıkları Çalışma Grubu. 2007. ([<https://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/TND%20kilavuz%2002-2007.pdf>]) (Erişim Tarihi : 23.08.2019).
- ARBOIX, A. 2015. Cardiovascular Risk Factors for Acute Stroke: Risk Profiles in The Different Subtypes of İschemic Stroke. *World J Clin Cases*. May 16;3(5):418-29. ([<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4419105/>]) (Erişim Tarihi: 13.03.2019).
- ARRİCH, J., LALOUSCHEK, W., MÜLLNER, M. 2004. Influence of Socioeconomic Status on Mortality After Stroke: Retrospective Cohort Study *Stroke*. Feb;36(2):310-4. ([<https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/01.STR.0000152962.92621.b5>]) (Erişim Tarihi: 11.05.2019).
- ARULPRAKASH, N., UMAİORUBAHAN, M. 2018. Causes of Delayed Arrival with Acute İschemic Stroke Beyond the Window Period of Thrombolysis. *J Family Med Prim Care*. Nov-Dec;7(6):1248-1252. ([<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6293923/?report=reader>]) (Erişim Tarihi: 11.05.2019).

BENJAMÍN, E.J., BLAHA, M.J., CHÍUVE, S.E., CUSHMAN, M., DAS, S.R., DEO, R., DE FERRANTÍ, S.D., FLOYD, J., FORNAGE, M., GILLESPIE, C., ISASÍ, C.R., JIMÉNEZ, M.C., JORDAN, L.C., JUDD, S.E., LACKLAND, D., LICHTMAN, J.H., LISABETH, L., LIU, S., LONGENECKER, C.T., MACKKEY, R.H., MATSUSHITA, K., MOZAFFARIAN, D., MUSSOLINO, M.E., NASÍR, K., NEUMAR, R.W., PALANIAPPAN, L., PANDEY, D.K., THIAGARAJAN, R.R., REEVES, M.J., RITCHIEY, M., RODRÍGUEZ, C.J., ROTH, G.A., ROSAMOND, W.D., SASSON, C., TOWFIGHÍ, A., TSAO, C.W., TURNER, M.B., VİRANÍ, S.S., VOEKS, J.H., WILLEY, J.Z., WILKINS, J.T., WU, J.H., ALGER, H.M., WONG, S.S., MUNTNER, P. 2017. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease and Stroke Statistics. *Circulation*. Mar 7;135(10):146-603. ([<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmid/28122885/>]) (Erişim Tarihi:18.05.2019).

BENJAMÍN, E.J., VİRANÍ, S.S., CALLAWAY, C.W., CHAMBERLAİN, A.M., CHANG, A.R., CHENG, S., CHÍUVE, S.E., CUSHMAN, M., DELLİNG, F.N., DEO, R., DEFERRANTÍ, S.D., FERGUSON, J.F., FORNAGE, M., GILLESPIE, C., ISASÍ, C.R., JIMÉNEZ, M.C., JORDAN, L.C., JUDD, S.E., LACKLAND, D., LICHTMAN, J.H., LISABETH, L., LIU, S., LONGENECKER, C.T., LUTSEY, P.L., MACKKEY, J.S., MATCHAR, D.B., MATSUSHITA, K., MUSSOLINO, M.E., NASÍR, K., O'FLAHERTY, M., PALANIAPPAN, L.P., PANDEY, A., PANDEY, D.K., REEVES, M.J., RITCHIEY, M.D., RODRÍGUEZ, C.J., ROTH, G.A., ROSAMOND, W.D., SAMPSON, U.K.A., SATOU, G.M., SHAH, S.H., SPARTANO, N.L., TİRSCHWELL, D.L., TSAO, C.W., VOEKS, J.H., WILLEY, J.Z., WILKINS, J.T., WU, J.H., ALGER, H.M., WONG, S.S., MUNTNER, P. 2018. American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease and Stroke Statistics-2018. *Circulation*. Mar 20;137(12):67-492 ([<https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIR.0000000000000558>]) (Erişim Tarihi: 17.05.2019).

BİLGİLİ, L., GÖZÜM, S. 2014. İnmeli Hastaların Evde Bakımı: Bakım Verenler İçin Rehber. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 7(2), S:128-150 ([<http://www.deuhyoedergi.org/index.php/DEUHYOED/article/view/88/341>]) (Erişim Tarihi: 23.07.2019).

BOEHME, A.K., ESENWA, C., ELKİND, M.S.V. 2017. Stroke Risk Factors, Genetics and Prevention. *120(3) S:472–95.*

BOĞIATZİ, C., HACKAM, D., G., MCLEOD, A., I., SPENCE, J., D. (2014). Secular Trends in İschemic Stroke Subtypes and Stroke Risk Factors. *Stroke*. Nov;45(11):3208-13. ([<https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/STROKEAHA.114.006536>]) (Erişim Tarihi: 13.11.2019).

BOULANGER, J.M., LİNSAY, M.P., GUBİTZ, G., SMİTH, E.E., STOTTS, G., FOLEY, N., BHOGAL, S., BOYLE, K., BRAUN, L., GODDARD, T., HERAN, M., KANYA-FORSTER, N., LANG, E., LAVOİE, P., MCCLELLAND, M., O'KELLY, C., PAGEAU, P., PETTERSEN, J., PURVİS, H., SHAMY, M., TAMPİERİ, D., VANADEL, B., VERBEEK, R., BLACQUİERE, D., CASAUBON, L., FERGUSON, D., HEGEDUS, Y., JACQUİN, G.J., KELLY, M., KAMAL, N., LİNKEWİCH, B., LUM, C., MANN, B., MİLOT, G., NEWCOMMON, N., POİRİER, P., SİMPKİN, W., SNİEDER, E., TRİVEDİ, A., WHELAN, R., EUSTACE, M., SMİTKO, E., BUTCHER, K. 2018. Canadian Stroke Best Practice Recommendations for Acute Stroke Management: Prehospital, Emergency Department, and Acute Inpatient Stroke Care, 6th Edition, Update 2018. *International Journal of Stroke* . Dec;13(9):949-984. ([<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1747493018786616>]) (Erişim Tarihi: 27.06.2019).

BROTT, T., ADAMS, H.P., OLİNGER, C.P., MARLER, J.R., BARSAN, W.G., BİLLER, J., SPİLKER, J., HOLLERAN, R., EBERLE, R., HERTZBERG, V., RORİCK, M., MOOMAW, C.J., WALKER, M. 1989. Measurements of Acute Cerebral İnfarction: A Clinical Examination Scale. *Stroke*. Jul;20(7):864-70 ([<https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/01.STR.20.7.864>]) (Erişim Tarihi: 17.08.2019).

COUPLAND, A.P., THAPAR A., QURESHİ, M.I., JENKİNS, H., DAVİES, A.H. 2017. The Definition Of Stroke. *J R Soc Med*. Jan;110(1):9-12 110(1). S:9-12.

CHANG, K.C., TSENG, M.C., TAN, T.Y. 2004. Prehospital Delay After Acute Stroke in Kaohsiung, Taiwan. *Stroke*. Mar;35(3):700-4

(<https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/01.STR.0000117236.90827.17>)
(Erişim Tarihi: 18.11.2019).

CHEN, C.H., HUANG, P., YANG, Y.H., LİU, C.K., LİN, T.J., LİN, R.T. 2007. Pre-Hospital and in-Hospital Delays After Onset of Acute İschemic Stroke: A Hospital-Based Study in Southern Taiwan. *Kaohsiung J Med Sci.* Nov;23(11):552-9
(<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/S1607551X%2808%2970002-0?sid=nlm%3Apubmed>) (Erişim Tarihi: 23.11.2019).

ÇELİK, G., BOYRAZ, S. 2015. Lise Öğretmenlerinde İnme Alarm Belirtileri ve Risk Faktörleri Farkındalığı. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi.* 21(2):108-118
(https://www.journalagent.com/tbdhd/pdfs/TBDHD-65265-RESEARCH_ARTICLE-CELIK.pdf) (Erişim Tarihi: 25.10.2019).

ÇOBAN, O. 2009. Beyin Damar Hastalıklarında Tanımlar, Sınıflama, Epidemiyoloji Ve Risk Faktörleri. (www.itfnoroloji.org/svh/bdhtanimlar.htm) (Güncelleme Tarihi:12.01.2009) (Erişim Tarihi: 26.09.2019).

ÇOBAN, K.E., ASLAN, E.K., KIRBAŞ, D. 2011. İskemik Serebrovasküler Hastalıkta Metabolik Sendrom Sıklığı ve Karotis İntima-Media Kalınlığı İlişkisi *Nöropsikiyatri Arşivi.* 48 S: 234-7 (<http://noropsikiyatriarsivi.com/sayilar/407/buyuk/234-237.pdf>) (Erişim Tarihi:15.08.2019).

DENTİ, L., CAMİNİTİ, C., SCODİTTİ, U., ZİNİ, A., Malferrari, G., ZEDDE, M.L., GUIDETTİ, D., BARATTİ, M., VAGHİ, L., MONTANARİ, E., MARCOMİNİ, B., RİVA, S., IEZZİ, E., CASTELLİNİ, P., OLIVATO, S., BARBİ, F., PERTİCAROLİ, E., MONACO, D., IAFELİCE, I., BİGLİARDİ, G., VANDELLİ, L., GUARESCHİ, A., ARTONİ, A., ZANFERRARİ, C., SCHULZ, P., J. 2017. Impact on Prehospital Delay of a Stroke Preparedness Campaign: A SW-RCT (Stepped-Wedge Cluster Randomized Controlled Trial). *Stroke.* Dec;48(12):3316-3322.
(<https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/STROKEAHA.117.018135>) (Erişim Tarihi:18.11.2019).

DOGGEN, C.J., ZWERİNK, M., DROSTE, H.M., BROUWERS, P.J., VAN HOUWELİNGEN, G.K., VAN EENENNAAM, F.L., EGBERİNK, R.E., 2016.

Prehospital Paths and Hospital Arrival Time of Patients with Acute Coronary Syndrome or Stroke, a Prospective Observational Study. 16:3. ([<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4706997/>]) (Erişim Tarihi: 27.11.2019).

DUMAN, T., DEDE, H.Ö. 2010. İnmeye Ait Prognostik Faktörler: Hastaya Ait Faktörlerin Gözden Geçirilmesi. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, *Hatay Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi* 16(1) S: 7-16 ([http://www.journalagent.com/tbdhd/pdfs/TBDHD_16_1_7_16.pdf]) (Erişim Tarihi:19.09.2019).

FAİZ, K.W., SUNDSETH, A., THOMMESSEN, B., RÖNNİNG, O.M. 2012. Prehospital Delay in Acute Stroke and TIA. *Emerg Med J.* Aug;30(8):669-74. ([<https://emj.bmj.com/content/30/8/669.long>]) (Erişim Tarihi:23.11.2019).

FAİZ, K.W., SUNDSETH, A., THOMMESSEN, B., RÖNNİNG, O.M. 2014. Factors Related to Decision Delay in Acute Stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* Mar;23(3):534-9. ([[https://www.strokejournal.org/article/S1052-3057\(13\)00174-2/fulltext](https://www.strokejournal.org/article/S1052-3057(13)00174-2/fulltext)]) (Erişim Tarihi: 17.11.2019).

FAİZ, K.W., SUNDSETH, A., THOMMESSEN, B., RÖNNİNG, O.M. 2018. Patient Knowledge on Stroke Risk Factors, Symptoms and Treatment Options. *Vasc Health Risk Manag.* Feb 7;14:37-40. ([<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5808699/>]) (Erişim Tarihi: 23.11.2019).

FEİĞİN, V.L., KRİSHNAMURTHİ, R.V., PARMAR, P. 2015. Update on the Global Burden of İschemic and Hemorrhagic Stroke in 1990–2013. *Neuroepidemiology.* 45(3):161-76. ([<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4633282/>]) (Erişim Tarihi:18.04.2019).

FEİĞİN, V.L., NORRVİNG, B., MENSAH, G.A. 2017. Global Burden of Stroke. *Circ Res.* Feb 3;120(3):439-448.

FESÇİ, H., KUTLUTÜRKAN, S., ÖZER, Z. 2006. Serebrovasküler Hastalık Ve Hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 9(2).

FLADT, J., MEIER, N., THILEMANN, S., POLYMERIS, A., TRAENKA, C., SEIFFGE, D.J., SUTTER, R., PETERS, N., GENSICKE, H., FLÜCKIGER, B., DE HOOGH, K., KÜNZLI, N., BRINGOLF-ISLER, B., BONATI, L.H., ENGELTER, S.T., LYRER, P.A.D.E., MARCHIS, G.M.J. 2019. Reasons for Prehospital Delay in Acute Ischemic Stroke. *Am Heart Assoc*. Oct 15;8(20):13101. ([<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6818040/>]) (Erişim Tarihi: 19.11.2019).

GÜNDÜZ, B. 2006. İnme ve Prognozu Etkileyen Faktörler. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* ;52 (Özel Ek B) S:30-33 ([<http://www.ftrdergisi.com/uploads/sayilar/226/buyuk/B30-B331.pdf>]) (Erişim Tarihi: 15.07.2019).

HANKEY, G.J. 2005. Preventable Stroke and Stroke Prevention (2005). *J Thromb Haemost*. Aug;3(8):1638-45. ([<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1538-7836.2005.01427.x>]) (Erişim Tarihi: 22.10.2019).

HJELMBLİNK, F., HOLMSTRÖM, I., KJELDMAND, D. 2010. Stroke Patients' Delay of Emergency Treatment. *Scand J Caring Sci*. Jun;24(2):307-11 ([<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.14716712.2009.00721.x>]) (Erişim Tarihi: 15.10.2019).

HSIEH, M.J., TANG, S.C., CHIANG, W.C., TSAI, L.K., JENG, J.S., MA, M.H., Taipei Ems Stroke Collaborative Group. 2016. Effect of Prehospital Notification on Acute Stroke Care: a Multicenter Study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. Apr 27; 24 S:57. ([<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4847216/>]) (Erişim Tarihi:18.11.2019).

HUI, C., PATTI, L., JOSHI, J., MORGAN, M., AGARWAL, A. Ischemic Stroke. 2019. ([<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499997/?report=printable>]) (Erişim Tarihi: 13.06.2019).

JİN, H., ZHU, S., WEİ, J.W., WANG, J., LİU, M., WU, Y., WONG, L.K., CHENG, Y., XU, E., YANG, Q., ANDERSON, C.S., HUANG, Y. Chinaquest (Quality Evaluation of Stroke Care and Treatment) Investigators. 2012. Factors Associated with Prehospital Delays in the Presentation of Acute Stroke in Urban China Stroke. Feb;43(2):362-70 ([<https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/STROKEAHA.111.623512>]) (Erişim Tarihi: 15.11.2019).

KADIOĞLU, H., YILDIZ, A. 2012. Sağlık Algısı Ölçeği'nin Türkçe Çevriminin Geçerlilik ve Güvenilirliği Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği AD, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul 32(1):47-53 ([<https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-saglik-algisi-olceginin-turkce-cevriminin-gecerlilik-ve-guvenilirliigi-61682.html>]) (Erişim Tarihi: 13.03.2019).

KARADAKOVAN, A., USTA YEŞİLBALKAN, Ö. (2004) Öğrencilerin Nörolojik Hastalarda Saptadıkları Nanda Hemşirelik Tanılarının İncelenmesi. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 7(3).

KARAGÖZ, Y., 2014. SPSS 21.1 Uygulama, Biyoistatistik; 1.basım, S:698)

KATAN, M., LUFT, A. 2018. Global Burden of Stroke. *Semin Neurol*. Apr;38(2):208-211.

KESKİN, Ö., KALEMOĞLU, M., ULUSOY, E., UZUN, H., YILDIRIM, İ. 2005. Akut İnmeli Olgularda Hastane Öncesi Gecikme Nedenlerinin İrdelenmesi. *Nobel Med* 1(1): 14-17 ([<http://www.nobelmedicus.com/Content/1/1/14-17.pdf>]) (Erişim Tarihi: 18.11.2019).

KİM, J.T., CHO, B.H., CHOİ, K.H., PARK, M.S., KİM, B.J., PARK, J.M., KANG, K., LEE, S.J., KİM, J.G., CHA, J.K., KİM, D.H., NAH, H.W., PARK, T.H., PARK, S.S., LEE, K.B., LEE, J., HONG, K.S., CHO, Y.J., PARK, H.K., LEE, B.C., YU, K.H., OH, M.S., KİM, D.E., RYU, W.S., CHOİ, J.C., KWON, J.H., KİM, W.J., SHİN, D.I., IL SOHN, S., HONG, J.H., SUNG LEE, J., LEE, J., BAE, H.J., SAVER, J.L., CHO, K.H. 2019. Association Between Time to Treatment and Functional Outcomes According to the Diffusion-Weighted Imaging Alberta Stroke Program Early Computed Tomography Score in Endovascular Stroke Therapy. *Eur J Neurol*. Sep 19. ([<https://doi.org/10.1111/ene.14083>]) (Erişim Tarihi: 13.03.2019).

KORKMAZ, T., GÜRKAN, E., KUTLUK, K., ERBİL, B., KARBEK, F.A., SÖNMEZ, N., DEMİR, Ö.M. 2010. An Evaluation of Pre-Admission Factors Affecting the Admission Time of Patients with Stroke Symptoms. İnme Semptom veya Bulguları ile Acil Servise Başvuran Hastaların Başvuru Zamanlarını Etkileyen Hastane Öncesi Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi - Turk J Emerg Med* 10(3):106-111 ([<https://pdfs.semanticscholar.org/9754/b8b97728cd4fa456d964e30a795ab4c2a83c.pdf>]) (Erişim Tarihi: 19.11.2019).

LACY, C.R., SUH, D.C., BUENO, M., KOSTİS, J.B. 2001. Delay in Presentation and Evaluation For Acute Stroke: Stroke Time Registry for Outcomes Knowledge and Epidemiology (S.T.R.O.K.E.). *Stroke*. Jan;32(1):63-9. ([<https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/01.STR.32.1.63>]) (Erişim Tarihi: 14.11.2019).

LUTZ, B.J., GREEN, T. 2016. Nursing's Role in Addressing Palliative Care Needs of Stroke Patients. *Stroke*. Dec;47(12):263-265 ([<https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/STROKEAHA.116.013282>]) (Erişim Tarihi: 29.09.2019).

MANDELZWEİG, L., GOLDBOURT, U., BOYKO, V., TANNE, D. 2006. Perceptual, Social, and Behavioral Factors Associated with Delays in Seeking Medical Care in Patients with Symptoms of Acute Stroke. *Stroke*. May;37(5):1248-53 ([<https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/01.STR.0000217200.61167.39>]) (Erişim Tarihi: 10.12.2019).

MELLON, L., HİCKEY, A., DOYLE, F., DOLAN, E., WİLLİAMS, D. 2013. Can a Media Campaign Change Health Service Use in a Population with Stroke Symptoms? Examination of The First Irish Stroke Awareness Campaign. *Emerg Med J*. Jul;31(7):536-540. ([<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23892414>]) (Erişim Tarihi: 15.11.2019).

MEMİS, S., TUGRUL, E., EVCİ, E.D., ERGİN, F. 2008. Multiple Causes For Delay in Arrival at Hospital in Acute Stroke Patients in Aydın, Turkey. *BMC Neurol*. May 13;8:15. ([<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2387166/>]) (Erişim Tarihi:7.10.2019).

- MİDİ, İ., AFŞAR, N. 2010. İnme Risk Faktörleri. Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul. [(http://www.klinikgelisim.org.tr/kg_10_1/1.pdf)]. (Erişim Tarihi: 19.09.2019).
- MİNN, Y.K., CHO, S.J., KİM, S.G., KWON, K.H., KİM, J.H., OH, M.S., CHU, M.K., LEE, J.H., HWANG, S.H., LEE, B.C. 2008. Long-Term Outcomes of Acute İschemic Stroke in Patients Aged 80 Years and Older. *Yonsei Med J* 49(3):400 – 404. ([<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2615344/pdf/ymj-49-400.pdf>]) (Erişim Tarihi: 13.03.2019).
- MORRİS, D.L., ROSAMOND, W., MADDEN, K., SCHULTZ, C., HAMILTON, S. 2000. Prehospital and Emergency Department Delays After Acute Stroke: The Genentech Stroke Presentation Survey. *Stroke*. Nov;31(11):2585-90. ([<https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/01.STR.31.11.2585>]) (Erişim Tarihi: 18.10.2019).
- MOZAFFARIAN, D., BENJAMİN, E.J., GO, A.S., ARNETT, D.K., BLAHA, M.J., CUSHMAN, M., DE FERRANTI, S., DESPRÉS, J.P., FULLERTON, H.J., HOWARD, V.J., HUFFMAN, M.D., JUDD, S.E., KISSELA, B.M., LACKLAND, D.T., LICHTMAN, J. H., LISABETH, L.D., LIU, S., MACKKEY, R.H., MATCHAR, D.B., MCGUIRE, D.K., MOHLER, E.R., MOY, C.S., MUNTNER, P., MUSSOLINO, M.E., NASİR, K., NEUMAR, R.W., NICHOL, G., PALANIAPPAN, L., PANDEY, D.K., REEVES, M.J., RODRÍGUEZ, C.J., SORLIE, P.D., STEIN, J., TOWFIGHI, A., TURAN, T.N., VIRANI, S.S., WILLEY, J.Z., WOO, D., YEH, R.W., TURNER, M.B. 2015. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics--2015 update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. Jan 27;131(4):29-322 ([<https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIR.000000000000152>]) (Erişim Tarihi: 21.06.2019).
- NAKUŞ, E. 2015. Kronik Börek Yetmezliği Hastalarında İskemik İnme Risk Faktörleri ve İnme Alt Tiplerinin İncelenmesi.
- NEPAL, G., YADAV, J.K., BASNET, B., SHRESTHA, T.M., KHAREL, G., OJHA, R. 2019. Status of Prehospital Delay and İntravenous Thrombolysis in the Management Of Acute

İschemic Stroke in Nepal. *BMC Neurol.* Jul 9;19(1):155. ([<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6615236>]) (Erişim Tarihi: 11.11.2019).

ÖZTÜRK, Ş., 2009. Serebrovasküler Hastalık Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri Dünya ve Türkiye Perspektifi. *Turkish Journal of Geriatrics.*13 (1) S: 51-58.

POWERS, W.J., DERDEYN, C.P., BİLLER, J., COFFEY, C.S., HOH, B.L., JAUCH, E.C., JOHNSTON, K.C., JOHNSTON, S.C., KHALESSİ, A.A., KİDWELL, C.S., MESCHİA, J.F., OVBIAGELE, B., YAVAGAL, D.R. 2015. American Heart Association Stroke Council 2015 American Heart Association/American Stroke Association Focused Update of the 2013 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 46(10):3020-35. ([<https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/STR.0000000000000074>]) (Erişim Tarihi:17.09.2019).

ROGER, V.L., GO, A.S., LLOYDJONES, D.M., BENJAMİN, E.J., BERRY, J.D., BORDEN, W.B., BRAVATA, D.M., DAİ, S., FORD, E.S., FOX, C.S., FULLERTON, H.J., GİLLESPİE, C., HAİLPERN, S.M., HEİT, J.A., HOWARD, V.J., KİSSELA, B.M., KİTTNER, S.J., LACKLAND, D.T., LİCHTMAN, J.H., LİSABETH, L.D., MAKUC, D.M., MARCUS, G.M., MARELLİ, A., MATCHAR, D.B., MOY, C.S., MOZAFFARIAN, D., MUSSOLİNO, M.E., NİCHOL, G., PAYNTER, N.P., SOLİMAN, E.Z., SORLİE, P.D., SOTOODEHNİA, N., TURAN, T.N., VİRANİ, S.S., WONG, N.D., WOO, D., TURNER, M.B. 2012. Heart Disease and Stroke Statistics—2012. *Circulation.* Jan 3;125(1):188-97 ([<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22179539>]) (Erişim Tarihi: 21.03.2019).

SACCO, R.L., KASNER, S.E., BRODERİCK, J.P., CAPLAN, L.R., CONNORS, J.J., CULEBRAS, A., ELKİND, M.S., GEORGE, M.G., HAMDAN, A.D., HİGASHİDA, R.T., HOH, B.L., JANİS, L.S., KASE, C.S., KLEİNDORFER, D.O., LEE, J.M., MOSELEY, M.E., PETERSON, E.D., TURAN, T.N., VALDERRAMA, A.L., SADLER, E., WOLFE, C.D., JONES, F., MCKEVİTT, C. 2017. Exploring Stroke Survivors' and Physiotherapists' Views of Self-Management After Stroke: A Qualitative Study in

The UK. *BMJ Open*. Mar 10. 7(3):011631
 ([<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5353340/pdf/bmjopen-2016-011631.pdf>]) (Erişim Tarihi: 13.06.2019).

SEREMWE, F., KASEKE, F., CHIKWANHA, T.M., CHIKWASHA, V. 2017. Factors Associated with Hospital Arrival Time After The Onset of Stroke Symptoms: A Cross-Sectional Study at Two Teaching Hospitals in Harare, Zimbabwe. *Malawi Med J*. Jun;29(2):171-176 ([<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5610291/>]) (Erişim Tarihi: 25.11.2019).

SİDDİQUİ, M., SİDDİQUİ, S.R., ZAFAR, A., KHAN, F.S. 2008. Factors Delaying Hospital Arrival of Patients with Acute Stroke. *J Pak Med Assoc*. Apr;58(4):178-82 ([https://jpma.org.pk/article-details/1367?article_id=1367]) (Erişim Tarihi:27.10.2019).

SİLVESTRELLİ, G., PARNETTİ, L., TAMBASCO, N., COREA, F., CAPOCCHİ, G. 2006. Characteristics of Delayed Admission to Stroke Unit. *Clin Exp Hypertens*. May;28(3-4):405-11. ([<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Characteristics+of+Delayed+Admission+to+Stroke+Unit>]) (Erişim Tarihi:23.11.2019).

SORGUN, M.H., İŐIKAY, C.T. 2012. Akut İskemik İnmede İntravenöz Trombolitik Tedavi. *Dahili Tıp Bilimleri/Medical Sciences Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 65 (2) ([<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/38626>]) (Erişim Tarihi:19.10.2019).

SOTO-CÁMARA, R., GONZÁLEZ-SANTOS, J., GONZÁLEZ-BERNAL, J., MARTÍN-SANTIDRÍAN, A., CUBO, E., TREJO-GABRİEL-GALÁN, J., M. 2019. Factors Associated with Shortening of Prehospital Delay Among Patients with Acute Ischemic Stroke. *J Clin Med*. Oct 17;8(10). ([<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6832968>]) (Erişim Tarihi: 10.11.2019).

- TAN, T.Y., CHANG, K.C., LIU, C.W. 2002. Factors Delaying Hospital Arrival After Acute Stroke in Southern Taiwan. *Chang Gung Med J.* Jul;25(7):458-63. ([cgmj.cgu.edu.tw/2507/250705.pdf]) (Erişim Tarihi: 22.11.2019).
- TOPÇU, S., 2017. İnmeli Hastalarda Öz Etkililik ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi. İstanbul.
- TOPÇU, S., OĞUZ, S. 2017. Self-Efficacy and Quality of Life After Stroke- İnmeye Sonrası Öz Etkililik ve Yaşam Kalitesi. *Journal of Human Sciences* 14(2):1388-1396. ([<https://j-humansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/view/4503/2182>]) (Erişim Tarihi: 18.10.2019).
- TUNÇ, C. 2011. İnmeli Bireylerin Hastaneye Başvurma Sürelerini Etkileyen Etmelerin Değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ([<https://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12397/9965/304493.pdf?sequence=1&isAllowed=y>]) (Erişim Tarihi: 14.04.2019).
- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU. 2019. Ölüm Nedeni İstatistikleri 2018. ([<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626>]) (Güncelleme Tarihi: 26.04.2019) (Erişim Tarihi:03.09.2019).
- UZUNER, N., KUTLUK, K., BALKAN, S. 2015. İnmeye Tanı Tedavi Kılavuzu. Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği. Trakya Üniversitesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Edirne.
- VAN MIERLO, M., VAN HEUGTEN, C., POST, M.W., HOEKSTRA, T., VISSER-MEILY, A. 2017. Trajectories of health-related quality of life after stroke: results from a one-year prospective cohort study. *Disabil Rehabil.* May 40(9):997-1006.
- VINTERS, H.V. 2013. American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Epidemiology and Prevention; Council on Peripheral Vascular Disease; Council on Nutrition, Physical Activity and Metabolism. An updated definition of stroke for the 21st century: a

statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. Jul;44(7):2064-89.

WINSTEIN, C.J., STEIN, J., ARENA, R., BATES, B., CHERNEY, L.R., CRAMER, S.C., DERUYTER, F., ENG, J.J., FISHER, B., HARVEY, R.L., LANG, C.E., MACKAY-LYONS, M., OTTENBACHER, K.J., PUGH, S., REEVES, M.J., RICHARDS, L.G., STIERS, W., ZOROWITZ, R.D. 2016. American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Quality of Care and Outcomes. Research Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. Jun;47(6):98-169 ([<https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/STR.000000000000098>]) (Erişim Tarihi: 10.09.2019).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2002. Risk Factors 2002. ([https://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_03_risk_factors.pdf]) (Erişim Tarihi: 20.09.2019).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2006. Neurological Disorders: Public Health Challenges. *Stroke*. 3(9) S:151-163. ([https://www.who.int/mental_health/neurology/chapter_3_b_neuro_disorders_public_h_challenges.pdf?ua=1]) (Erişim Tarihi: 24.05.2019).

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019. Global Burden of Stroke. ([https://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_15_burden_stroke]) (Erişim Tarihi:01.09.2019).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2019. Deaths From Stroke. ([https://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_16_death_from_stroke.pdf?ua=1]) (Erişim Tarihi:01.09.2019).

YANAGIDA, T., FUJIMOTO, S., INOUE, T., SUZUKI, S. 2015. Prehospital Delay and Stroke-Related Symptoms. *Intern Med*. 54(2):171-7 ([https://www.jstage.jst.go.jp/article/internalmedicine/54/2/54_54.2684/_pdf/-char/en]) (Erişim Tarihi: 19.10.2019).

YU, R.F., SAN JOSE, M.C., MANZANILLA, B.M., ORÍS, M.Y., GAN, R. 2001. Sources and Reasons for Delays in the Care of Acute Stroke Patients. *J Neurol Sci.* Jul 15;199(1-2):49-54 ([<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12084442>]) (Erişim Tarihi: 18.11.2019).

ZENG, Y., HE, G.P., Yİ, G.H., HUANG, Y.J., ZHANG, Q.H., HE, L.L. 2012. Knowledge of stroke warning signs and risk factors among patients with previous stroke or TIA in China. *J Clin Nurs.* Oct;21(19-20):2886-95. ([<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1365-2702.2012.04118.x>]) (Erişim Tarihi: 23.10.2019).

ZHANG, Y., ZHANG, Q.Q., FU, C., WANG, L., ZHANG, G.Q., CAO, P.W., CHEN, G.F., FU, X.M. 2019. Clinical Efficacy of Tirofiban Combined With a Solitaire Stent in Treating Acute İschemic Stroke. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research.* 52(10):8396. ([<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6753854/pdf/1414-431X-bjmbr-52-10-e8396.pdf>]) (Erişim Tarihi:12.04.2019).

EKLER

EK 1. Hasta Bilgi Formu

EK 2. Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Ölçeği (NIHSS)

EK 3. Yardım Arama Davranışında Bulunan Kişinin Sosyodemografik Özellikleri Ve İnme Hakkındaki Bilgisi

EK 4. Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)

EK 5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

EK 6. Etik Kurul Kararı

EK 7. Kurum İzni

EK 8. Özgeçmiş

EK 1.HASTA BİLGİ FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma, inme geçiren hastalarda hastaneye başvuru süresini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Soruları cevaplamanız tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Verilecek yanıtlar, bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde kesinlikle gizli tutulacaktır.

Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği
Ebru MACİT

A. Demografik Özellikler

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: a) Kadın b) Erkek
3. Medeni durumunuz: a) Evli b) Bekar
4. Eğitim düzeyiniz:
a) okur-yazar değil
b) okur-yazar ve ilkokul mezunu
c) ortaokul mezunu
d) lise mezunu
e) üniversite mezunu ve üzeri
5. Eğitim yılı:.....
6. Yalnız mı yaşıyorsunuz? a) evet b) hayır
7. Çalışma durumunuz: a) çalışıyor b) çalışmıyor
8. Gelir durumunuz: a) az b) orta c) çok

B. Aşağıdaki tanılanmış risk faktörlerinden hangisi/hangileri bulunmaktadır?

9. Hipertansiyon a) var b) yok
10. Diyabet a) var b) yok
11. Kalp damar hastalığı a) var b) yok
12. KOAH a) var b) yok
13. Kolesterol a) var b) yok
14. Hiperlipidemi a) var b) yok
15. Varfarin kullanımı a) var b) yok
16. Sigara kullanımı a) var b) yok
Var ise; günde kaç adet sigara içiyorsunuz?.....
17. Alkol kullanımı a) var b) yok
Var ise; günde ne kadar?.....
18. BKİ..... Vücut ağırlığı.....kg
Boy.....cm

19. Daha önce inme/geçici iskemik atak(24 saatten kısa süren kolda,bacakta veya yüzde uyuşma, kolda, bacakta veya vücudun yarısında kuvvet kaybı, bulanık görme vb.....) geçirdiniz mi? a)evet b)hayır
20. Yakınlarınız arasında inme geçiren var mı ? a)evet b)hayır
21. İnme dışındaki hastalıklarınız a)var..... b)yok
22. İnme risk faktörlerine ilişkin bilgisi a)var b)yok
(hipertansiyon, diyabet, sigara kullanımı faktörlerinden en az ikisini bilme)
23. İnme belirtileri bilgisi a)var b)yok
(yüzde uyuşma, kol ve/veya bacakta güçsüzlük, konuşma zorluğu belirtilerinden en az ikisini bilme)
24. Var ise; ne zaman öğrendiniz? a)inme öncesi b)inme sonrası

C. Hastane Öncesi Dönem

25. İnme anında fark ettiğiniz ilk belirti/belirtiler nedir?
a) Görme bulanıklığı
b) Çift görme
c) Konuşma bozukluğu
d) Anlama güçlüğü
e) Şiddetli baş ağrısı
f) Baş dönmesi/sersemlik hissi
g) Vücudun herhangi bir bölgesinde güçsüzlük
h) Yüzde sarkma/ yüzde asimetri
i) Dengesizlik/düşme
j) Felç
k) Diğer.....
26. Belirtilerin ilk başladığı yer? a)ev b)ev dışı
27. Belirtileri ilk farkeden kişi? a)hasta b)diğer.....
28. Yardım arama davranışında bulunan kişi
a) Hasta b) Diğer

(Yardım arama davranışında bulunan kişi hasta dışında biri ise ek 3'ü uygulayınız.)

29. Şikayetler başladığında yalnız mıydınız? a)evet b)hayır
30. Şikayetinize yönelik kendi kendinize uyguladığınız herhangi bir girişiminiz oldu mu?
a)evet (ağrı kesici almak, sarımsak yemek vs).
b)hayır
31. Belirtiler inme ile ilişkilendirdiniz mi? a)evet b)hayır

D. Yardım Arama Davranışları

32. Şikayetinizi ilk kime ilettiniz?
a)eş b)çocuk c)acil çağrı merkezi d)diğer.....
33. Hastaneye ulaşım şekliniz nasıl?
a)Ambulans b)Özel araç c)Toplu taşıma d)Diğer
34. Belirtilerin başladığı saat? a) belirtilerle uyandım b)hatırlamıyorum saat.....
35. Belirtileri fark ettikten ne kadar süre sonra hastaneye gelmeye/yardım çağırmaya karar verdiniz?.....
36. İlk belirtilerin başlamasından hastaneye/acil servise başvuruya kadar geçen süre.....saat.....dk
37. Hastaneye gelmeye karar verdikten ne kadar zaman sonra hastaneye ulaştınız?.....
38. Hastaneye başvuru saati ?
39. Hastaneye başvuru günü? a)hafta içi b)hafta sonu
40. Şikayetler başladığında bulunduğunuz yerin ilk başvuru yaptığınız hastaneye uzaklığı.....km.
41. Şikayetler başladığı yerden başvuru yapılan hastaneye araçla tahmini varış süresi ne kadardır?.....dk

E. Hastane Sonrası Dönem

Sadece iskemik inme tanılı hastalar için sorulacak

42. Şikayetlerin başlamasından itibaren trombolitik tedavi uygulama zamanı
43. Trombolitik tedavi uygulama yeri a) acil servis b) nöroloji servisi
c) yoğun bakım d) diğer.....
44. Tedavinin başladığı yer ilk başvuru merkez mi? a) evet b) hayır

EK 2. AMERİKAN ULUSAL SAĞLIK ENSTİTÜSÜ İNME ÖLÇEĞİ (NIHSS)

Bu ölçek inmenin neden olduğu özürlülüğü objektif bir şekilde ölçmeyi hedeflemektedir. 11 öğeden oluşan ölçekte her bir öğe 0 ile 4 puan arasında bir puan ile değerlendirilir. 0 normal fonksiyonu ifade ederken yetersizlik oluşturan durumun şiddeti arttıkça puan da artar. Tüm öğelerin puanları toplanır. Toplam skor 0-42 arasında değişir.

Parametreler		Puan
Bilinç Düzeyi	Uyanık, yer-zaman oryantasyonu tam	0
	Uykulu	1
	Hastayı uyandırmak zor, güçlü uyarana gereksinim var	2
	Koma	3
Bilinç Düzeyi-2 soru sorma	İki soruya doğru cevap	0
	Bir soruya doğru cevap	1
	İki soruya da yanlış cevap	2
Bilinç Düzeyi-2 emire uyma	İki emiri de doğru bir şekilde yerine getiriyor	0
	Bir emiri doğru bir şekilde yerine getiriyor	1
	Her iki emire de yanlış cevap	2
Bakış / Sağ-sol göz hareketleri	Normal	0
	Kısmi bakış paralizi	1
	Total bakış paralizi	2
Görme Alanı	Normal	0
	Kısmi hemianopsia	1
	Tam hemianopsia	2
	Bilateral hemianopsi (total körlük)	3
Fasiyal Motor Fonksiyon	Normal, Simetrik	0
	Hafif (tek taraflı)	1
	Kısmi (tek taraflı)	2
	Tam (tek taraflı yada her iki tarafta)	3
Üst Ekstremit Motor Yanıt	10 sn. pozisyonu koruyabilmekte	0
	Kısa bir süre pozisyonu koruyabilmekte	1
	Yerçekimine karşı biraz çaba var	2
	Yerçekimine karşı kol pozisyonunu koruyamamakta. hemen düşmekte fakat, biraz çaba göstermekte, biraz hareket var	3
	Hareket yok	4
Alt Ekstremit Motor Yanıt	5 sn. pozisyonunu koruyabilmektedir	0
	5 sn. içerisinde daha alt bir seviyeye indirmekte	1
	Yerçekimine karşı biraz çaba var	2
	Yerçekimine karşı bacak pozisyonunu koruyamamakta. hemen düşmekte fakat, biraz çaba göstermekte, biraz hareket var	3
	Hareket yok	4
Ekstremit Ataksisi (parmak-burun, topuk-diz testi)	Ataksi yok	0
	Bir ekstremitede var	1
	İki ekstremitede var	2
Duyu	Normal	0
	Kısmi kayıp	1
	Tam kayıp	2
Lisan	Normal	0
	Hafif-orta derecede afazi	1
	Ciddi afazi	2
	Konuşmıyor	3
Dizartri	Normal konuşma	0
	Hafif-orta derecede (bazı kelimelerin söylenememesi)	1
	Ciddi dizartri	2
İnmeli Tarafı Algılama	Normal	0
	Kısmi algılama (görsel veya duyuusal inkar)	1
	Tam kayıp (tam inkar)	2

EK 4. SAĞLIK ALGISI ÖLÇEĞİ

Lütfen her cümleyi okuyun ve sizi en iyi tanımlayan cevabı seçin. Hiç katılmıyorum ile Çok katılıyorum dahil 5 muhtemel cevap vardır. Çoğu yerde çoğu zaman nasıl hissettiğinizi, düşündüğünüzü veya nasıl davrandığınızı belirtin. Her cümle için sadece ve sadece bir tane cevap seçin ve sizin cevabınıza uyan numaranın altını işaretleyin. Bu bir test değildir. "İyi" ve "Kötü" cevaplar yoktur.

“Hiç katılmıyorum= 1”, “katılmıyorum= 2”, “Kararsızım= 3”, “Katılıyorum= 4”, “çok katılıyorum= 5”

	1	2	3	4	5
1-Sağlığımı çok düşünürüm.					
2-Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.					
3-Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.					
4-Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.					
5-Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım					
6-Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.					
7- Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.					
8 -Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.					
9-Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım					
10-Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.					
11-Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.					
12-Sağlıklı olmak şans işidir.					
13-Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem					
14-İstediğim kadar sağlıklı olabilirim					
15- Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.					

EK 5. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmanın Amacı: Bu çalışma, Nöroloji Kliniğinde yatan **İnmeli Hastalarda Hastaneye Başvuru Süresini Etkileyen Faktörleri Değerlendirme** amacı ile planlanmıştır.

Araştırmada İzlenecek Yöntem:

Araştırma tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırma Etik kurul ve kurum izinlerinin alınmasını takiben Haziran 2019-Ekim 2019 tarihleri arasında Tekirdağ Devlet Hastanesi Nöroloji Kliniğinde inme tanısı ile yatan hastalarla yürütülecektir. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan hasta ve yakınlarıyla yüz yüze görüşme tekniği ile, hatırlama güçlüğü olmaması açısından hastanın servise yattığı ilk 24 saatte ilk görüşme ile hasta tanılama formu ve inme şiddeti ölçeği uygulanacaktır. Yardım arama davranışında bulunan hasta yakınına da sosyodemografik özellikleri ve inme belirtileri bilgisini kapsayan bir form ile Sağlık Algısı Ölçeği uygulanacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara formların uygulanması yaklaşık olarak 20 dakika sürmesi öngörülmektedir.

Alternatif Tedavi veya Girişimler: YOK

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler: YOK

Araştırma İlacının Olası Yan Etkileri: YOK

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

Ebru MACİT

0552 352 22 05

Bu araştırmaya katılmanız tamamen gizli tutulacak ve verdiğiniz bilgiler gizli kalacaktır. Araştırmaya katılmanıza ilişkin bilgisi olan tek kişi araştırmacı olacaktır. Kayıtlarınızdaki bilgiler sadece bu araştırma amacıyla ve bu araştırmayı izleyen yayınlar için kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacak ve diğer amaçlar için kullanılmayacak veya üçüncü şahıslara açıklanmayacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya 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.

Kendi başıma adı geçen bu araştırmada katılımcı olarak yer alma kararı aldım. Bu konuda yapılan daveti kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllülük ile 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 6. ETİK KURUL KARARI

GİRİŞİMSİZ OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	Araştırmanın Açık Adı	Akut İskemik İnmede Hastaneye Başvuru Süresini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi			Tarih:	30.05.2019	
	Koordinatör/Sorumlu Araştırmacı Unvanı/Adı/Soyadı/ Uzmanlık Alanı/ Bulunduğu Merkezi	Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KURTULUŞ TOSUN / Hemşirelik / Tekirdağ Namik Kemal Üniversitesi SYO			Protokol No:	2019.103.06.24	
	Araştırmanın Türü, Destekleyicisi Ve Merkezleri	Türü	Prospektif	<input checked="" type="checkbox"/>	Merkezleri	Tek Merkezli	<input checked="" type="checkbox"/>
			Retrospektif	<input type="checkbox"/>		Çok Merkezli	<input type="checkbox"/>
KARAR BİLGİLERİ	Araştırmanın Türü, Destekleyicisi ve Bütçesi	Diger ise belirtiniz:				Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıda katılan etik kurul üye tam sayısının oy birliği ile karar verilmiştir.	
		TÜBİTAK	<input type="checkbox"/>				
		TNKÜ BAP	<input type="checkbox"/>				
		Araştırmacı	<input type="checkbox"/>	200 ₺			

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI | İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Ebru YEŞİLDAG	Çocuk Cerrahisi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. M. Metin DONMA	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ali Rıza KIZILAR	Biyofizik	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yakup ALBAYRAK	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Aliye ÇELİKKOL	Tıbbi Biyokimya	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Berna ERDAL	Tıbbi Mikrobiyoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Birol TOPÇU	Biyostatistik	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Demet ÖZKARAMANLI GÜR	Kardiyoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ümit ÇETİN	Ortopedi ve Travmatoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sonat Pınar KARA	İç Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Ufuk COŞKUNKAN	Genel Cerrahi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KURTULUŞ TOSUN	İç Hastalıklar Hemşireliği	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ebru YEŞİLDAG
İmza:

Bilgi İçin: Engin Deniz RENÇBER
Dahili: (0282) 250 59 04

EK 7. KURUM İZİNİ

T.C
TEKİRDAĞ VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : 93966460-044
Konu : Araştırma İzin Talebi/Ebru MACİT

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Ebru MACİT'in 13/05/2019 tarihli dilekçesi.

İlgide kayıtlı dilekçe ile, Hastanenizde hemşire olarak görev yapan Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi Ebru MACİT tarafından “**Akut İskemik İnmede Hastaneye Başvuru Süresini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi**” isimli yüksek lisans tezine ait anketi, Haziran 2019- Ekim 2019 tarihleri arasında 4 (dört) ay süre ile Tekirdağ Devlet Hastanesi Nöroloji Kliniğinde inme tanısı ile yatan hastalardan, çalışmaya katılmaya gönüllü olan hasta ve yakınlarına uygulayabilmek için gerekli izin talebinde bulunulmuştur.

Araştırma başvurusu komisyon tarafından incelenmiş ve uygulamanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, katılımın gönüllülük esasına göre yapılması, çalışma sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi, tamamlanan araştırma raporunun 2 nüsha olarak ve ayrıca CD formatında Müdürlüğümüz Eğitim Birimine teslim edilmesi şartıyla çalışmanın yapılmasının uygun olduğuna karar verilmiştir.

Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır.
Zafer SOYKIRLI
Başkan

EK:

- 1- Protokol (2 Sayfa)
- 2- Soru ve Onam Formu (10 Sayfa)

Dağıtım:
Tekirdağ Devlet Hastanesi
Ebru MACİT (e-posta: ebrumacitt@gmail.com)

EK 8. ÖZGEÇMİŞ**ÖZGEÇMİŞ****Kişisel Bilgiler**

Adı-Soyadı	Ebru MACİT
Doğum Tarihi	12.06.1988
Doğum Yeri	Balıkesir
Telefon	0552 352 22 05
e-mail	ebrumacitt@gmail.com

Eğitim Düzeyi

Öğrenim	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Namık Kemal Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Devam ediyor
Lisans	İzmir Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2007-2012
Lise	Balıkesir Atatürk Sağlık Meslek Lisesi	2003-2007

İş Deneyimi

Kurum	Görevi	Süre
Tekirdağ Devlet Hastanesi	Hemşire	2015-halen

Bilgisayar Bilgisi

Program	Seviye
Microsoft Office (Word, Excel, Power Point)	İyi