

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İNME GEÇİREN HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ VE
TEDAVİYE UYUNÇ ÜZERİNE KLİNİK ECZACININ
KATKISI**

Ecz. Oğuzhan FIRAT

Klinik Eczacılık Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ANKARA
2019**

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İNME GEÇİREN HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ VE
TEDAVİYE UYUNÇ ÜZERİNE KLİNİK ECZACININ
KATKISI**

Ecz. Oğuzhan FIRAT

**Klinik Eczacılık Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. S. Kutay DEMİRKAN**

**ANKARA
2019**

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İNME GEÇİREN HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ VE TEDAVİYE
UYUNÇ ÜZERİNE KLİNİK ECZACININ KATKISI

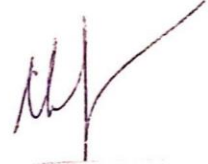
Öğrenci: Oğuzhan FIRAT

Danışman: Prof. Dr. S. Kutay DEMİRKAN

Bu tez çalışması 21.08.2019 tarihinde jürimiz tarafından "Klinik Eczacılık Programı"nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.


Jüri Başkanı:

Prof. Dr. Mesut Sancar
(Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi
Klinik Eczacılık Anabilim Dalı)



Tez Danışmanı:

Prof. Dr. S. Kutay Demirkan
(Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi
Klinik Eczacılık Anabilim Dalı)



Üye:

Prof. Dr. M. Akif Topçuoğlu
(Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Nöroloji Anabilim Dalı)



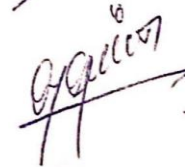
Üye:

Prof. Dr. E. Murat Arsava
(Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Nöroloji Anabilim Dalı)



Üye:

Doç. Dr. Aygin Ekincioğlu
(Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi
Klinik Eczacılık Anabilim Dalı)



Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

Prof. Dr. Diclehan Orhan

Enstitü Müdürü



23 Ağustos 2019

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- o Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. (1)
- o Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir. (2)
- o Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir

21 / 08 / 2019

Ecz. Oğuzhan FIRAT



1“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

(1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

(2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internette paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

(3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Prof.Dr. S.Kutay DEMİRKAN danışmanlığında tarafımdan retildeğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Ecz. Oğuzhan FIRAT



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi birikimi ve tecrübelerini benimle paylaşan, değerli zamanlarından fedakarlık ederek yanımda olan saygıdeğer danışmanım Prof. Dr. S. Kutay DEMİRKAN'a ,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana sağladıkları katkılardan dolayı değerli hocalarım Doç. Dr. Aygin EKİNCİOĞLU'na ve Dr. Öğr. Üyesi Ayçe ÇELİKER'e,

Bu çalışmanın oluşturulmasında ve yürütülmesinde klinik tecrübeleri ile yol gösteren Sayın Prof. Dr. M. Akif TOPÇUOĞLU, Prof. Dr. E. Murat ARSAVA ve Prof. Dr. Canan TOGAY IŞIKAY'a

Çalışma süresi boyunca bana sağladıkları hoşgörülü çalışma ortamından dolayı, Hacettepe Üniversitesi Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesi ve İnme Ünitesi'nin özverili doktor ve hemşirelerine,

Destekleriyle yanımda olan, değerli dostlarım Uzm. Ecz. Burcu KELLEÇİ ÇAKIR, Ecz. Müge SAVAŞ, Uzm. Ecz. Elif ARAS ve sevgili bölüm arkadaşlarıma,

Hayatımın her evresinde bana destek olan Hacer KAYA'ya ve bugünlere gelmemde büyük pay sahibi olan değerli aileme,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Fırat, O., İnme Geçiren Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve Tedaviye Uyunc Üzerine Klinik Eczacının Katkısı, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Klinik Eczacılık Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2019. İnme, 24 saatten fazla süren bir fokal nörolojik sorunun aniden ortaya çıkması olarak tanımlanan, hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, depresif semptomlara yol açan, tekrarlayıcı karakterde bir durum olup ve önde gelen maluliyet nedenlerinden biridir. Bu çalışmanın amacı, inme öyküsü olan hastalarda ikinci kez inme gelişim riskinin azaltılmasında, tedaviye uyuncun ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde klinik eczacının katkısının belirlenmesi ve hastaların memnuniyetinin değerlendirilmesidir. Bu çalışma 01 Ekim 2018 ile 01 Temmuz 2019 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Nöroloji Yoğun Bakım, Nöroloji Servisi ve İnme Ünitesi'nde ve Ankara Üniversitesi Nöroloji Anabilim Dalı İbn-i Sina Hastanesi Nöroloji Yoğun Bakım ve Nöroloji Servisi'nde prospektif, randomize kontrollü olarak yapılmıştır. Çalışmaya ilk kez inme geçiren hastalar dahil edilmiş ve klinik eczacı tarafından 3 ay boyunca takip edilmiştir. Çalışmaya 102 hasta dahil edilmiş ve hastalar ile 294 görüşme gerçekleştirilmiştir. Müdahale grubundaki hastalara klinik eczacı tarafından ilaç uyuncu, yaşam kalitesinin artırılması ve inme hakkında sözlü ve yazılı eğitim verilmiştir. Müdahale grubundaki hastaların ilaç uyuncularının zaman içerisindeki değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Müdahale grubundaki hastaların taburculuk sonrası 1. ve 3. aylarda enerji ve iş/üretkenlik alt ölçeklerinden aldıkları puanlar kontrol grubundaki hastalara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Müdahale grubundaki hastaların memnuniyetinin kontrol grubundaki hastalardan daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Sonuç olarak, klinik eczacı tarafından verilen eğitim ile inme hastaların ilaç uyuncunda ve yaşam kalitesinde iyileşmeler olduğu görülmüştür. Multidisipliner ekibin bir parçası olan klinik eczacıların inme geçirmiş hastaların tedaviye daha iyi uyunc sağlamasında, inme sonrası yaşam kalitelerinde daha hızlı iyileşme olmasında ve ikinci inmeden korunmasında önemli rollerinin olduğu göz önünde tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İnme, klinik eczacı, uyunc, yaşam kalitesi, depresyon, memnuniyet

ABSTRACT

Firat, O., Clinical Pharmacist's Contribution to Quality of Life and Adherence to Treatment in Patients with Stroke, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences, Master Thesis in Clinical Pharmacy, Ankara, 2019. Stroke is defined as the sudden onset of a focal neurological problem lasting more than 24 hours, is one of the leading causes of repetitive and disability, affecting the quality of life of the patients negatively, causing depressive symptoms. The aim of this study was to determine the clinical pharmacist's contribution to reduce the risk of stroke development, adherence with treatment and improving quality of life in patients with a history of stroke, and assessing patient satisfaction. This prospective, randomized and controlled study was carried out between 01 October 2018 and 01 July 2019 at Hacettepe University Faculty of Medicine Neurology Department Neurology Intensive Care, Neurology Service and Stroke Unit and Ankara University Neurology Department Ibn-i Sina Hospital Neurology Intensive Care and Neurology Service. Patients with stroke for the first time were included in the study and followed up by the clinical pharmacist for 3 months. Total of 102 patients were included in the study and 294 interviews were conducted with the patients. The change in the drug adherence of the patients in the intervention group over time was statistically significant ($p < 0.001$). The scores of the patients in the intervention group from the energy and work/productivity subscales at the first and third months after discharge were found to be higher than the patients in the control group ($p < 0.05$). The satisfaction of the patients in the intervention group was found to be higher than the patients in the control group ($p < 0.001$). As a result, it was observed that stroke patients had improved drug adherence and quality of life with education given by clinical pharmacist. In patients with a history of stroke, to provide better compliance with treatment, to improve quality of life after stroke, and to protect from the second stroke the important contribution of clinical pharmacist, as a member of multidisciplinary team, needs to be considered.

Keywords: Stroke, clinical pharmacist, adherence, quality of life, depression, satisfaction

İÇİNDEKİLER

	SAYFA
ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN SAYFASI	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
ŞEKİLLER	xiii
TABLolar	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. İnme ve Görülme Sıklığı	4
2.2. İnme ve Risk Faktörleri	5
2.3. İnme Tedavisi	9
2.3.1. Akut İskemik İnme Tedavisi	9
2.3.2. Hemorajik İnme Tedavisi	12
2.4. İnme Hastalarında Yaşam Kalitesi	15
2.5. Tedaviye Uyunç	17
2.6. Klinik Eczacılık ve İnme Tedavisindeki Rolü	19
3. GEREÇ ve YÖNTEM	21
4. BULGULAR	25
4.1. Tanımlayıcı İstatistikler	25
4.2. Tedaviye Uyunç	32
4.3. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	35
4.4. Memnuniyetin Değerlendirilmesi	37
4.5. İnme Sonrası Depresyonun Değerlendirilmesi	38
4.6. Karşılaştırmalı Analizler	38
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	61

7. KAYNAKLAR

62

8. EKLER**EK-1:** Etik Kurul Onayı**EK-2:** Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu**EK-3:** Veri Toplama Formu**EK-4:** Morisky Uyunç Ölçeği**EK-5:** İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (SSQOL)**EK-6:** Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9)**EK-7:** Kronik Hastalarda Hasta Odaklı Eczacılık Hizmetleri ile İlgili Memnuniyet Anketi (PSPSQ 2.0)**EK-8:** Orijinallik Raporu**9. ÖZGEÇMİŞ**

SİMGELER ve KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACCP	Amerikan Klinik Eczacılık Birliği (<i>The American College of Clinical Pharmacy</i>)
AHA	Amerikan Kalp Derneği (<i>American Heart Association</i>)
ALT	Alanin Aminotransferaz
ASA	Amerikan İnme Derneği (<i>American Stroke Association</i>)
AST	Aspartat Aminotransferaz
aPTT	Aktive Parsiyel Tromboplastin Zamanı
BKİ	Beden Kitle İndeksi
DDVAP	de-amino d-arginin Vazopressin
dl	Desilitre
DSM-IV	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (<i>The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü (<i>World Health Organization</i>)
EQ5D	EuroQOL5D
FEIBA	Aktive PCC Faktörü VIII İnhibitör Bypass Aktivitesi
GİA	Geçici İskemik Atak (<i>Transient Ischaemic Attack</i>)
GWAS	Genom Çapında İlişkilendirme Çalışmaları (<i>Genome-wide Association Studies</i>)
HDL	Yüksek Dansiteli Lipoprotein (<i>High Density Lipoprotein</i>)
INR	Uluslararası Normalleştirilmiş Oran (<i>International Normalized Ratio</i>)
i.v	İntravenöz
kg	Kilogram
L	Litre

LDL	Düşük Dansiteli Lipoprotein (<i>Low Density Lipoprotein</i>)
mg	Miligram
MMAS	Modifiye İlaç Uyunc Ölçeği (<i>Modified Morisky Scale</i>)
mm Hg	Milimetre Civa
MRI	Manyetik Rezonans Görüntüleme (<i>Magnetic Resonance Imaging</i>)
mRS	Modifiye Rankin Skalası (<i>Modified Rankin Scale</i>)
NIHSS	Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Ölçeği (<i>National Institute of Health Stroke Scale</i>)
QOL	Yaşam Kalitesi (<i>Quality of Life</i>)
PCC	Protrombin kompleksi konsantrasyonu
PHQ-9	Hasta Sağlık Anketi (<i>Patient Health Questionnaire</i>)
PSPSQ	Kronik Hastalarda Hasta Odaklı Eczacılık Hizmetleri ile İlgili Memnuniyet Anketi (<i>The Patient Satisfaction with Pharmacist Services Questionnaire</i>)
rFVIIa	Rekombinant aktive faktörü VIIa
r-tPA	Rekombinant Doku Tipi Plazminojen Aktivatörü (<i>Tissue plasminogen activator</i>)
SA-SIP 30	İnme İçin Uyarlanmış Hastalık Etki Profili (<i>Stroke-Adapted 30-Item Version of the Sickness Impact Profile</i>)
s.c	Subkütan
SF-36	Kısa Form-36 (<i>Short Form-36</i>)
SIS-59	İnme Etki Skalası (<i>Stroke Impact Scale</i>)
SSQOL	İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Skalası (<i>Stroke Specific Quality of Life Scale</i>)
U	Ünite

ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
3.1.	Çalışma akış şeması	23

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
2.1. İnmede risk faktörleri	5
2.2. İntraserebral kanama tedavisi	14
2.3. Yaşam kalitesi ölçekleri	16
2.4. Tedavi uyuncunda engeller	18
4.1. Hastalara ait demografik veriler	26
4.2. Hastaların yaş, BKİ ve hastanede kalış süreleri	27
4.3. Hastaların aldığı tanılar	27
4.4. Eşlik eden hastalıklar	28
4.5. Hastalara ait laboratuvar sonuçları	29
4.6. Hastalara ait kan basıncı değerleri	30
4.7. Hastalara ait Modifiye Rankin Skorları	31
4.8. mRS'ye göre hastaların bağımlılık durumları	32
4.9. İlaç tedavisine ait bilgi ve motivasyon düzeyi parametreleri	33
4.10. Hastalara ait uyunç parametreleri	33
4.11. Hastalara ait uyunç parametreleri	34
4.12. SSQOL alt başlıklarının değerlendirilmesi	35
4.13. Hastalara ait memnuniyet parametreleri	37
4.14. Hastaların depresyon durumları	38
4.15. Uyunç parametreleri ve depresyon düzeyi ilişkisi	39
4.16. Yaşam kalitesi ve depresyon düzeyi ilişkisi	39
4.17. İlaç sayısı ve uyunç parametreleri ilişkisi	40
4.18. Yaş ve uyunç parametreleri ilişkisi	40
4.19. Uyunç parametreleri ve yaşam kalitesi ilişkisi	41
4.20. Yaş değerlerinin depresyon düzeyi, yaşam kalitesi ilişkisi	41
4.21. İlaç sayısı ve yaşam kalitesi ilişkisi	41
4.22. Hastanede kalış süresi ve yaşam kalitesi ilişkisi	42
4.23. Hastanede kalış süresi ve uyunç parametreleri ilişkisi	42
4.24. Cinsiyete göre uyunç parametreleri	43
4.25. Cinsiyete göre yaşam kalitesi	43
4.26. Eğitim durumları ve uyunç parametreleri ilişkisi	44
4.27. Eğitim düzeyi ve yaşam kalitesi ilişkisi	45

4.28.	Medeni durum ve uyunç parametreleri ilişkisi	46
4.29.	Medeni durum ve yaşam kalitesi ilişkisi	47
4.30	Sigara kullanımı ve uyunç parametreleri ilişkisi	47
4.31.	Alkol tüketimi ve uyunç parametreleri ilişkisi	48
4.32.	Eğitim düzeyine göre memnuniyet parametreleri	49
4.33.	Yaşam kalitesi ile memnuniyet parametreleri ilişkisi	49
4.34.	Eğitim düzeyi, cinsiyet ve medeni duruma göre depresyon düzeyi	50

1. GİRİŞ

İnme, 24 saatten fazla süren bir fokal nörolojik sorunun aniden ortaya çıkması olarak tanımlanmaktadır. Akut inme, inmenin ilk 24 saatlik periyodunu ifade ederken, geçici iskemik atak (GİA) ise 24 saatten daha az süren (genellikle 5–20 dakika) fokal nörolojik hasar olarak tanımlanmaktadır. İnme, kaynağın nedenine göre iskemik (%87) ya da hemorajik (%13) olarak sınıflandırılmaktadır. İskemik inme serebral arter (%50 trombotik veya aterosklerotik, %25 embolik ve mikroarter oklüzyonu, %25 laküner inme) tıkanıklığı ile oluşabilmektedir. Hemorajik inme ise temelde spontan, anevrizma rüptürü veya travma sonrasında meydana gelmektedir (1).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde her yıl yaklaşık 800 bin inme vakası meydana gelmektedir. İnme, önde gelen bir maluliyet sebebi olmakla birlikte hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. İnme ya da GİA geçiren bir hasta, önceden böyle bir olay geçirmeyen bir kişiye göre daha fazla risk altındadır. Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association, AHA), sekonder inmenin önlenmesinde hastaların bakımını düzenlemek amacıyla Amerikan İnme Derneği (American Stroke Association, ASA) ile ortak yönergeler yayımlamıştır (2). Bu yönergeye göre ilk inme ve GİA sonrası antiplatelet ilaç tedavisi, kardiyembolik olmayan inmelerin önlenmesinde temel yaklaşım olarak belirtilmektedir. Kan basıncı >140/90 mmHg olan hastalarda antihipertansif ilaçların tedaviye eklenmesi, aterosklerotik kökenli veya düşük dansiteli lipoprotein (LDL) >100 mg/dL olan hastalar için ise statinlerin tedaviye eklenmesi önerilmektedir. İnme sonrası ve geçici iskemik atak geçirmiş olan tüm hastaların mutlaka diyabet hastalığı açısından izlenmesi gerektiği, ayrıca hastaların yaşam kalitesini artıracak önlemler arasında sigara ve alkolün bırakılması, beslenme durumunun iyileştirilmesi ve fiziksel aktivitenin artırılması gibi önerilere yer verilmiştir (3). İnme geçiren hastaların akut dönemde %21-74'ünün, inme sonrasındaki ilk 1 yıl içinde %5-25'inin hayatını kaybettiği, %5-14'ünün ilk 1 yılda tekrar inme geçirdiği bildirilmektedir. İnme sonrasında meydana gelen sorunların hayatın fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlarında ciddi kısıtlamalar ve sorunlara yol açtığı, yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği bilinmektedir. Bunun yanı sıra akut iskemik inmelerin birçoğu önlenebilmektedir. İnmenin önlenmesinde en iyi strateji olarak hastaların sahip oldukları risk faktörlerinin belirlenmesi ve ortadan kaldırılması önerilmektedir. İnmeyi

önlemek ve riski azaltmak için primer bakımda risk faktörlerinin değerlendirilmesi ve tanımlanması gerekmektedir (4).

İlaç ve yaşam tarzı değişikliğini birleştiren ikinci kez inme gelişimini önleme stratejisi, inme geçiren hastalarda tekrarlayan vasküler olayları 5 yıl içinde %80 oranında azaltabilmektedir (5).

İnme gelişimine neden olan risk faktörleri, kesin ve olası risk faktörleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Kesin risk faktörleri yaş, cinsiyet, ırk, ailede inme öyküsü, geçirilmiş inme, atriyal fibrilasyon, hipertansiyon, kalp hastalıkları, diyabet, yüksek hematokrit, orak hücreli anemi, geçici iskemik atak, hiperlipidemi olarak belirtilmiştir. Olası risk faktörleri ise ağır alkol tüketimi, sigara, obezite, fiziksel inaktivite, oral kontraseptif kullanımı, diyet, stres, sosyal yoksunluk-kayıp olarak belirtilmektedir (4).

İnme geçiren hastalarda koruyucu tedavinin ve tedaviye uyuncun tekrarlayan inmeyi önlediği ve diğer kronik hastalıkların yönetimini kolaylaştırdığı, sağlık bakım maliyetlerini, tekrarlayan hastaneye yatış ve mortaliteyi azalttığı gösterilmiştir (6). İnme ve GİA sonrası koruyucu tedaviye uyuncun genellikle düşük olduğu belirtilmektedir. Tedaviye uyunsuzluk ve koruyucu tedaviye devam edilmemesi, sağlık durumunun kötüleşmesine yol açmaktadır. Bu nedenle, tekrarlayan inme ve vasküler olayların insidansını azaltmada tedaviye uyuncun önemli rol oynayabileceği belirtilmektedir (6).

Tedaviye uyuncun sağlanamamasının pek çok nedeni olabilmektedir. İlaçların yan etkileri, ilaç kullanımı hakkında yetersiz bilgilendirme, bazı hastalardaki hafıza problemleri, sağlık hizmeti sunucularıyla ilişkiler ve tedaviye ihtiyaç duyma konusundaki anlaşmazlıklar tedaviye uyuncun önündeki engellerden bazıları olarak bilinmektedir. İnme sonrası uzun süreli bakım sürecinin kazanımları ve yönetimi, klinisyenler ve ulusal sağlık sistemleri arasında farklılık göstermektedir ve bazı durumlarda hastaların ihtiyaçları tam olarak ele alınamamaktadır. Birleşik Krallık'ta yapılan bir çalışmada, hastaların %49'unun duygusal sorunlar, yorgunluk, konsantrasyon güçlüğü ve hafıza sorunları gibi sorunlarının sağlık hizmeti sunucuları tarafından ele alınmadığı belirtilmiştir (5). Bir inme olayının devamında hastalarda hafıza kaybı, spastisite, idrar kaçırma, ağrı ve bilişsel bozukluk gibi çeşitli problemler görülebilmektedir. Bu sorunlar, hastaların günlük yaşamlarını büyük ölçüde etkilemekte, birçok hastanın sosyal ilişkilerini, duygusal durumlarını, fiziksel

işlevlerini ve fiziksel bağımsızlıklarını etkileyerek genel yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır (5). İnme geçirmiş hastaların yaşam kalitesini etkileyen mevcut fonksiyonel durumun (engellilik ve özürlülük durumu) yanında, eğitim seviyesi, ekonomik durum, sosyal çevre desteği ve bakıcı durumu, yaş, depresyon ve yorgunluk, paralizisi veya motor yetersizliğin şiddeti, sosyal desteklerde azalma, işe geri dönememe, lezyonun yeri, bilişsel yetersizlik ve eşlik eden sağlık problemleri de yer almaktadır. İleri yaş ile birlikte diyabet, hipertansiyon ve diğer kardiyak hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır. Bu durum hem hasta sağlığını bozmakta hem de inmede kötü prognoza neden olan risk faktörleri olarak ifade edilmektedir (4).

Yaşam kalitesinin ölçülmesi çoğunlukla fonksiyonel, fiziksel, bilişsel, psikolojik ve sosyal bileşenlerden oluşmaktadır ve bu ölçüm sonuçları hastanın kendi fonksiyonlarını ve genel sağlığını nasıl algıladığı hakkında doğru bir sonuç vermektedir. Yaşam kalitesinin ölçülmesinde ve hastanın kendi sağlık durumu ile ilgili görüşlerinin alınmasında hasta merkezli, bireyselleştirilmiş sağlık bakımı yaklaşımı unutulmaması gereken önemli bir unsurdur (4).

Klinik eczacının inme ile ilişkili önerilerinin polikliniklerde, yatan hasta servislerinde ve acil servislerde katkısını değerlendiren bir meta-analiz sonucunda; değiştirilebilir risk faktörlerinin (kan basıncı, kolesterol, hemoglobin A1C ve kan şekeri) kontrolünde daha başarılı olduğu, hastanede yatış ve ölüm oranlarında azalma olduğu ve klinik eczacı önerilerinin serebrovasküler hastalığı olan hastalara fayda sağlayabileceği belirtilmiştir (7).

Bu tez çalışmasında, ikinci kez inme gelişim riskinin azaltılmasında, tedaviye uyuncun ve yaşam kalitesinin inme öyküsü olan hastalarda iyileştirilmesinde klinik eczacının katkısının belirlenmesi ve hastaların memnuniyetinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnme ve Görülme Sıklığı

İnme, Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1970’de “ani gelişen, fokal serebral fonksiyonların kaybına sebep olan klinik belirtilere sahip, 24 saatten daha uzun sürebilen veya ölümlle sonuçlanan klinik bir durum” şeklinde tanımlanmış ve bu tanım günümüzde de kullanılmaktadır. (8). İnme; gelişim mekanizmasına bağlı olarak iskemik ve hemorajik inme olmak üzere iki ana kategoriye ayrılmaktadır (9). İskemik inme; fokal serebral, spinal veya retinal enfarktüsün neden olduğu bir nörolojik fonksiyon bozukluğu olarak tanımlanırken, hemorajik inme ise beyin parenkimasında veya ventriküler sistem içerisinde fokal kan toplanmasına neden olan hızlı gelişen nörolojik fonksiyon bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (8). Hemorajik inmeler kendi içerisinde intraparenkimal ve subaraknoid kanamalar olarak ikiye ayrılmaktadır. İskemik inmeler ise etiyojisine göre aterosklerotik, laküner, kardiyembolik, spesifik sebepler (disseksiyonlar, vaskulitler, genetik bozukluklar) ve sebebi bilinmeyen inmeler olarak sınıflandırılmaktadır (10).

İskemik ve hemorajik inmelere ek olarak kalıcı olmayan serebral enfarktüs ile karakterize fokal beyin iskemisinden kaynaklanan kısa nörolojik fonksiyon bozukluklarına ise GİA denmektedir (10). Subaraknoid hemoraji (SAH) ise, travmaya bağlı olarak gelişmeyen, subaraknoid boşlukta spontan olarak kanın ekstravazasyonu şeklinde meydana gelen ve intraserebral hemorajiden ayrı olarak değerlendirilmesi gereken klinik bir durumdur (11).

İnme ve GİA, beyin iskemisine neden olabilen ciddi hastalıklar arasında yer almaktadır. Her ikisi de beyne giden kan akımının azalmasını gösterdiği gibi yüksek maluliyet ve ölüm riski taşımaktadır. Bununla birlikte, GİA'lar kalıcı engellilik durumunun gelişmesini engelleyebilecek tedavileri başlatma imkânı sağlamaktadır (12). Dünya çapında tüm ölümlerin yaklaşık %11,8’i inmeye bağlı olarak görülmektedir ve tüm ölümlerin %14,8’inden sorumlu koroner arter hastalığından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Tüm inmelerin %87’sinden iskemik inmeler, %10’unundan intraserebral kanamalar ve %3’ünden subaraknoid kanamalar sorumludur (9). İskemik inmeler daha yüksek oranda görülmesine rağmen mortaliteye bağlı olarak tespit edilen global inme yükünün çoğu hemorajik inme kaynaklıdır.

Düşük ve orta gelirli ülkelerde hemorajik inme nedeniyle meydana gelen ölüm oranı yaklaşık %80'dir (13).

2.2. İnme ve Risk Faktörleri

Çoğunlukla koroner arterleri etkileyen büyük damarların aterosklerozundan dolayı meydana gelen kalp krizinin aksine birden çok nedene bağlı olarak ortaya çıkan inmenin risk faktörlerini tespit etmek daha karmaşıktır (10).

İNme oluşumunu engellemek için inme risk faktörlerinin anlaşılması esastır. Bazı faktörler değiştirilememektedir ve risk belirteçleri olarak daha iyi tanımlanabilirken, diğerleri ise davranışsal, tıbbi veya cerrahi olarak değişime uygundur (Tablo 2.1.) (14).

1990-2013 yılları arasında 188 ülkenin verileri kullanılarak yapılan bir meta-analiz sonucunda inme için 17 adet değiştirilebilir risk faktörüne değinilmiştir (Tablo 2.1.) (15).

Tablo 2.1. İnmede Risk Faktörleri

İNmede Risk Faktörleri	
Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	Değiştirilebilen Risk Faktörleri
Yaş	Yüksek sistolik kan basıncı
Cinsiyet	Yüksek açlık kan şekeri düzeyi
İrk	Yüksek vücut-kitle indeksi
Genetik	Yüksek total kolesterol düzeyi
	Düşük glomerüler filtrasyon hızı
	Sigara içiciliği
	Pasif sigara içiciliği
	Düşük fiziksel aktivite
	Yüksek sodyum içerikli beslenme
	Yüksek şekerli içeceklerin çok tüketilmesi
	Az miktarda meyve tüketimi
	Az miktarda sebze tüketimi
	Az miktarda tam tahıl tüketimi
	Alkol tüketimi
	Hava kirliliği
	Kurşun maruziyeti
	Ortamdaki partikül madde kirliliği

Değiştirilemeyen risk faktörleri; yaş, cinsiyet, ırk ve genetik gibi kalıtsal süreçlerle ilgili faktörleri kapsamaktadır (16). İnme insidansının 55 yaşından sonraki her 10 yılda iki katına çıktığı, hemorajik inme insidansının 45 yaşından sonra artış gösterdiği belirtilmektedir (10). Mortalite riskinin yaş ile arttığı; ancak inmenin fetal dönemler de dahil her yaşta meydana gelebileceği belirtilmektedir (16). Buna rağmen genç hastalar ile karşılaştırıldığında yaşlı hastalarda inme sonrası yaşam kalitesinin daha kötü olduğu belirtilmektedir (17).

Erkeklerle karşılaştırıldığında kadınlar daha geç yaşlarda inme geçirmektedir (18). İnme insidansı erkeklerde daha yüksek olsa da 80 yaş üstü kadınlar önemli ölçüde risk altındadır ve kadınlarda ilk inme geçirme yaşı daha geç olsa bile erkeklere göre daha kötü sonuçlara neden olabilmektedir (19). İnme, ABD'de genel ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada olmasına rağmen, kadın ve erkekler ayrı ayrı ele alındığında; erkeklerde beşinci ve kadınlarda üçüncü önde gelen ölüm nedenidir. Ayrıca beş yıllık inme tekrarlama yüzdesi 45-64 yaşları arasındaki kadınlarda %20, erkeklerde ise %10 olarak bulunmuştur (20).

İnme insidansı ve mortalite oranlarının farklı etnik gruplar arasında değişkenlik gösterdiği bilinmektedir. Bu durum genetik ve genetik olmayan durumları yansıtabilmektedir. Siyah ırktan olan bireylerin beyazlarla karşılaştırıldığında daha fazla inme yüküne sahip oldukları görülmektedir (16). Özellikle hipertansiyon ve diyabet gibi risk faktörleri siyah ırkta yüksek prevalansa sahip olduğundan siyah ırkta inme insidansı da artmaktadır. (9, 21). Bazı Asya toplumlarında inme insidansının yüksek olduğu bildirilmiştir. Meta-analizler, Asya popülasyonunda intraserebral kanama insidansının diğer etnik kökenlere kıyasla iki kat daha fazla olduğunu göstermektedir (9, 22).

İnme riskinin değerlendirilmesinde genetik faktörlerin katkısı, genom çapında ilişkilendirme çalışmaları (genome-wide association studies, GWAS) ile desteklenmektedir (23). Çalışmalara göre ailede inme öyküsü olmasının inme riskini %30 artırdığı belirtilmektedir (10).

İnme için değiştirilebilir risk faktörleri arasında yer alan hipertansiyon hem gelişmekte olan ülkelerde hem de gelişmiş ülkelerde en sık görülen risk faktörüdür. Ayrıca, diğer modifiye edilebilir risk faktörleri ile hipertansiyon arasındaki ilişki hipertansiyon hastalarında kardiyovasküler ve serebrovasküler olaylar üzerinde

kümülatif risk oluşturmaktadır (24). Sistolik kan basıncındaki her 20 mmHg ve diastolik kan basıncında her 10 mmHg artışın inme ve iskemik hastalıklardan kaynaklanan ölüm oranını iki kat artırdığı bulunmuştur. Bunun yanı sıra sistolik kan basıncında yaklaşık 10 mmHg ve diastolik kan basıncında 5 mmHg düşüşün inme kaynaklı ölüm riskinde %40 azalma ve iskemik kalp hastalığı ile vasküler sebeplere bağlı ölüm riskinde %30 azalma sağlayabileceği bildirilmiştir (25, 26).

Epidemiyolojik çalışmalar, diyabetin hem iskemik hem de hemorajik inme için, değiştirilebilir bir risk faktörü olduğunu göstermiştir. Broderick ve arkadaşlarının 1998 yılında yapmış olduğu çalışmaya göre, diyabet tüm yaş gruplarında iskemik inmenin görülme sıklığını artırmaktadır, ancak bu risk en çok 55 yaşından küçük siyahi Amerikalılarda ve 65 yaşından küçük beyaz ırkta göze çarpmaktadır (27, 28). Bozulmuş glukoz toleransı veya bozulmuş açlık kan glukozu olarak tanımlanan prediyabetin de artmış inme riskiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir (27). Hiperglisemi, hem iskemik inme, hem de intraserebral kanamada güçlü bir negatif prognostik faktördür ve bu hem diyabetik olan hem de diyabetik olmayanlar için geçerlidir. Kan glukoz düzeyi 140 mg/dL'den yüksek olan hastalarda mortalite daha yüksek ve akut inme sonrası meydana gelebilen komplikasyonlar daha fazla görülmektedir (29). Diyabete bağlı olarak meydana gelen inme vakalarının yaklaşık %90'ını tip 2 diyabet oluşturmaktadır. Her iki diyabet türü de kardiyovasküler hastalık riskinde artışla ilişkilidir, ancak farklılıkları bulunmaktadır. Örneğin, tip 1 diyabeti olan hastaların koroner kalp hastalığı ve periferik arter hastalığı geçirme olasılığı daha yüksek iken, tip 2 diyabeti olan hastaların obezite, periferik arter hastalığı, büyük arter ateroskleroza ve inme olasılığı daha yüksektir (27).

Dislipidemi ile inme arasındaki ilişki karmaşıktır ve inme alt tipine, kolesterol seviyelerine ve lipid parametrelerine bağlı olarak değişebilmektedir (30). Yüksek kolesterol düzeyleri artmış inme insidansı riski ile ilişkilidir. Dislipidemi, ekstrakranial aterosklerozun yanı sıra, aterotrombotik ve kardiyembolik inme ile ilişkili olan servikal veya koroner ateroskleroza neden olabilmektedir (31). Düşük kolesterol seviyelerinde ise intraserebral kanama riskinin arttığı belirtilmektedir (32).

Kalp krizi ve ani ölüm için güçlü bir risk faktörü olan sigara, hem erkek hem de kadınlarda, beyin infarktüsünün yanı sıra intraserebral hemoraji ve subaraknoid hemoraji ile ilişkilendirilmiştir (33). Çeşitli etnik köken ve popülasyonlar arasında

gerçekleştirilen bu çalışmalar, sigara kullanımı ile inme riski arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Sigara içenler, sigara içmeyen bireylerle ve 10 yıldan daha fazla sigarayı bırakmış olan bireylerle karşılaştırıldığında sigara içen bireylerin en az 2-4 kat artmış inme riski taşıdığı belirtilmektedir (34). Sigara kullanımının yıllık tüm inme ölümlerinin yaklaşık %15'ine katkıda bulunduğu tahmin edilmektedir. Sigarayı bırakmak inme riskini hızlı bir şekilde azaltmaktadır ve sigaraya bağlı olarak artan risk, sigarayı bıraktıktan 2-4 yıl sonra neredeyse kaybolmaktadır. İnme risk faktörleri benzer olan sigara dumanına hiç maruz kalmayan kişiler ile sigara dumanına maruz kalanlar karşılaştırıldığında pasif içicilerde inme riskinin %30 arttığı belirtilmektedir (10).

Alkolün inme ile ilişkisini araştıran çalışmalar iskemik ve hemorajik alt tipler için farklı risklerin varlığını göstermiştir. Yapılan pek çok çalışma, hafif-orta derecede alkollü içki tüketiminin iskemik inme riskinin azalmasıyla ilişkili olduğunu, öte yandan düzenli alkol tüketimi ile hemorajik inme arasında doğrusal bir ilişki olduğunu bildirmiştir. Alkolle ilişkili risklerin farklı inme alt tipleri arasında homojen olmadığı görülmektedir (35). Bazı araştırmalar, günde 2 kadehten daha fazla alkol tüketiminin en önemli inme risk faktörlerinden olan hipertansiyon ve atriyal fibrilasyon riskini artırabileceğini göstermektedir (36).

Hava kirliliğine uzun süreli maruz kalma ile ilişkili olarak inme olayı ve ölümcül inme riski konusundaki 3 kıtadan, 10 milyondan daha fazla kişiyi, 200000 inme olayını ve 20 epidemiyolojik çalışmayı içeren bir meta-analizde hava kirliliğine neden olan partiküllere maruziyet ile inme riski arasında, %2-%21 oranında pozitif bir ilişki bulunmuştur (37).

Genel popülasyonun yaklaşık %1,5-2'sini etkileyen ve en sık görülen kardiyak aritmi türü olan atrial fibrilasyon, inme riskini yaklaşık 5 kat artıran kardiyak risk faktörleri arasında yer almaktadır (38). Bunun dışında kalp yetmezliği, geçirilmiş kalp krizi, kalpteki delik, aortik ark ateromu, prostetik kalp kapakları, infektif endokardit varlığı gibi durumlar da inme riskini artırmaktadır (39).

Diyet; kan basıncı, kan lipitleri, tromboz ve pıhtılaşma, oksidatif stres, sistemik inflamasyon, endotel fonksiyonu, glukoz ve insülin homeostazı, bağırsak mikrobiyotası ve vücut ağırlığı üzerine etkisi de dahil olmak üzere birçok yol ve mekanizma ile inme gelişimini etkileyebilmektedir. Yapılan prospektif çalışmalarda,

meyve ve sebzeler açısından zengin ve sodyumdan fakir bir diyetin inme riskini azaltabileceğinden bahsedilmektedir (40).

Obezite, inme epidemiyolojisinde önemli rol oynayan hipertansiyon ve diyabet ilişkili komplikasyonlar için önemli bir risk faktörüdür. İki milyon kişinin dahil edildiği bir meta-analizde elde edilen en önemli bulgu, iskemik inme insidansı ile aşırı kilo ve obezitenin dereceli pozitif ilişkisinin gösterilmesi olmuştur. Risk tahminlerine göre, aşırı kilolu ve obez bireyler, normal kilolu bireylere göre sırasıyla %22 ve %64 daha fazla iskemik inme olasılığına sahiptir (41).

Fiziksel hareketsizlik, inmenin de dahil olduğu birçok kötü sağlık sorununun nedenlerinden birisidir. Fiziksel olarak aktif olan kişilerde inme riski, aktif olmayan kişilere göre daha düşüktür. Fiziksel aktivite ve inme arasındaki ilişkinin, kan basıncındaki düşme, diyabet görülme sıklığının azalması ve aşırı vücut ağırlığındaki azalmadan dolayı olabileceği belirtilmektedir (10).

Kokain, eroin, amfetaminler ve ekstazi gibi bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımının, iskemik ve hemorajik inme riskini artırdığı gösterilmiştir (10). Bu maddeler, kan basıncı değişiklikleri, ateroskleroz, infektif endokardit, kardiyak aritmi ve kalp krizi gibi nedenlere bağlı olarak inmeye yatkınlık oluşturabilmektedir. Ayrıca enfeksiyon, sepsis, kronik böbrek hastalığı, oral kontraseptif ilaçların kullanımı ve uykuda solunum bozuklukları da inme için risk faktörleri arasında yer almaktadır (9).

2.3. İnme Tedavisi

İnme tedavisinde hastaya yaklaşım inme tipine göre değişiklik göstermektedir.

2.3.1. Akut İskemik İnme Tedavisi

Akut inme tedavisinde mümkün olan en iyi tedaviyi sağlamak için semptomların başlamasından sonra en kısa sürede doğru tanı gerekmektedir. İskemik inme şüphesi olan hastalarda tıbbi öykü, nörolojik muayene ve nörolojik görüntüleme hayati önem taşımaktadır. Hastaların değerlendirilmesinde Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Ölçeği (National Institute of Health Stroke Scale, NIHSS), Modifiye Rankin Skalası (Modified Rankin Scale, mRS), bilgisayarlı beyin tomografisi ve manyetik rezonans görüntüleme (Magnetic Resonance Imaging, MRI) gibi yöntemler kullanılabilir (42). GİA veya akut iskemik inme şüphesi olan hastalar,

serebrovasküler hastalığın altında yatan nedenleri veya yanlış pozitif sonuç veren hastalık olasılığını dışlamak ve sonraki tedaviyi planlamak için mümkün olan en kısa zamanda kan testleri ve elektrokardiyografi ile değerlendirilmelidir (43).

Akut iskemik inme tedavisinin altında yatan ana patofizyolojik hipotez, serebral arter tıkandıktan sonra, kan akışının hızla düzeltilmesi ile kurtarılabilecek kalıcı infarktüs riski altındaki hipoperfüzyonlu beyin dokusunun bulunmasıdır. İskemik penumbra olarak bilinen risk altındaki bu dokunun oluşumunu önlemek ve geri dönüşü olmayan infarktüse ilerlemekten dokuyu kurtarmak akut reperfüzyon tedavisinin hedefidir. Ancak geri dönüşü olmayan bir hasar almış olan iskemik çekirdek ise reperfüzyon tedavisi ile kurtarılamamaktadır (44).

İskemik inme ve GİA'yı önlemek amacıyla primer olarak yaşam tarzı değişiklikleri, 10 yıllık kardiyovasküler risk hesaplaması yapılarak uygun hastalara statin ve antiplatelet ilaç kullanımına başlanması, kan basıncı kontrolü, glisemik kontrol, asemptomatik karotid arter stenozu olan hastalar için uygun tedavinin başlanması ve inmeye neden olabilecek kardiyak problemlerin tedavi edilmesi gibi yaklaşımlar önerilmektedir (43).

Semptomların başlaması ile birlikte 4,5 saat içinde rekombinant doku tipi plazminojen aktivatörünün (r-tPA veya alteplaz, tenekteplaz) intravenöz (iv) olarak verilmesi, akut iskemik inmeden kaynaklanan maluliyeti ve mortaliteyi azaltabileceği bildirilmiştir. Türkiye'de tenekteplaz bulunmamaktadır. Alteplaz 0,9 mg/kg, toplamda en fazla 90 mg doza kadar uygulanabilmektedir; dozun %10'u iv bolus, kalan kısmı 60 dakika boyunca sürekli iv infüzyon şeklinde uygulanmaktadır. Tedaviye, hastanın hastaneye gelmesinden sonraki 60 dakika içerisinde başlaması ve olası kontrendikasyonların değerlendirilmesi gerekmektedir (43).

İntra-arteriyel tromboliz tedavisinin günümüzde iv trombolizden daha üstün veya daha güvenli olduğuna dair net bir kanıt bulunmamaktadır. Bununla birlikte, semptomların başlamasını takip eden 24 saat içinde baziler veya vertebral arterleri tıkayıcı inmelerin tedavisinde rol oynayabilmektedir (45).

Sonotromboliz, sistemik r- tPA'nın trombolitik etkisini hızlandırmak ve kolaylaştırmak için kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntemin etkinlik ve güvenilirliğine yönelik çalışmalar devam etmektedir (46).

Proksimal intrakranial arter tıkanıklığına sekonder olarak gelişen inme ile başvuran hastalar için, proksimal intrakranial damarlarda kalıcı pıhtıyı uzaklaştırmayı amaçlayan mekanik olarak pıhtı çıkarma işlemleri ile hızlı bir şekilde reperfüzyon sağlayarak iyi sonuçlar elde edileceği gösterilmiştir (45).

Akut inme tedavisinde IV tirofiban ve eptifibatidinin etkinliği iyi tespit edilemediği ve daha fazla klinik çalışmaya ihtiyaç duyulduğu için kullanımları önerilmemektedir. Ayrıca glikoprotein IIb/IIIa reseptör antagonistlerinin uygulanması potansiyel olarak zararlıdır ve kullanımı önerilmemektedir (47).

Sırasıyla 300 mg ve 160 mg dozda aspirin kullanılarak iskemik inmelerin akut fazında aspirinin etkinliğinin değerlendirildiği iki büyük randomize çalışmada (International Stroke Trial ve Chinese Acute Stroke Trial), aspirin ile tedavi edilen hastalarda inme mortalitesi ve inmenin tekrarlama oranlarında önemli düşüşler olduğu görülmüştür (48). Akut iskemik inme hastalarına semptomların başlangıcından sonraki 24-48 saat içinde aspirin verilmesi önerilmektedir. İntravenöz tPA tedavisi alan hastalarda ilk 24 saat içerisinde antiplatelet ajanların kullanılması ise önerilmemektedir (47).

Minör inme ile hastaneye başvuran hastalarda, iki gün boyunca ikili antiplatelet ajan (aspirin ve klopidogrel) ile 24 saat içinde başlanan tedavinin, semptomların başlamasından itibaren 90 güne kadar olan süre boyunca erken sekonder inmenin önlenmesinde faydalı olabileceği belirtilmektedir (47).

Akut iskemik inmeli hastaların tedavisinde erken dönemde tekrarlayan inmeyi önlemek, nörolojik olarak hastanın kötüleşmesini durdurmak veya akut iskemik inme sonrası sonuçları iyileştirmek amacıyla acil antikoagülasyon önerilmemektedir (47). Bunun yanı sıra erken antikoagülasyonun dikkate alınmasını gerektiren özel koşullar, ekstrakranial arter diseksiyonu veya yüksek riskli kardiyak trombus varlığı olabilmektedir (49).

İskemik inme tedavisinde erken sekonder koruma amacıyla, bilimsel yönden veri kısıtlılığı olmasına rağmen, antikoagülan ilaçlar uzun yıllardır kullanılmaktadır. Aspirin ile parenteral antikoagülan ilaçların karşılaştırıldığı bir çalışmada aspirinin daha iyi sonuç verdiği, majör ekstrakraniyal kanama yönünden daha güvenilir olduğu ve daha düşük mortaliteye sahip olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, faktör Xa

inhibitörlerinin de akut iskemik inme tedavisinde güvenilirliği yeterince belirlenememiştir (50).

Güncel kılavuzlarda argatroban, dabigatran veya diğer trombin inhibitörlerinin akut iskemik inme teşhisi alan hastaların tedavisi için yararının yeterince tespit edilemediği ve daha fazla klinik çalışmaya ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir (47).

İskemik inme tedavisinde karotid endarterektomi, karotid arterin stentlenmesi ve dekompresif kraniyektomi gibi cerrahi yöntemler kullanılmaktadır (43).

İnme geçiren hastalarda oksijen saturasyonu takip edilmelidir. Eğer oksijen saturasyonu %94'ün altında veya hasta hipoksik ise oksijen tedavisi yapılmalıdır. Hiperbarik oksijen tedavisi akut iskemik inme hastalarında emboliye neden olabileceğinden dolayı önerilmemektedir (47).

Hipotansiyon ve hipovolemi düzeltilmesi gereken klinik durumlardır. Hasta eğer iv trombolitik tedavi adayı ise ve kan basıncı artmışsa sistolik kan basıncının 185 mmHg ve diastolik kan basıncının 110 mmHg altında tutulması önerilmektedir (47). Eğer hasta IV trombolitik tedavi adayı değilse sistolik kan basıncı sistolik 220 mmHg ve diastolik kan basıncı 120 mmHg'dan daha yüksek ise antihipertansif tedavi önerilmektedir (51).

Vücut sıcaklığı 38°C'nin üzerinde olan hastalarda hipertermi odağı araştırılmalı ve tedavi edilmesi önerilmektedir (47).

İnmeden sonraki ilk 24 saatte hipergliseminin normoglisemiye göre daha kötü sonuçlara yol açtığı bildirilmiştir. Kan glukozunun 140-180 mg/dL arasında tutulması ve hipoglisemiye karşı hastanın takip edilmesi önerilmektedir (47).

2.3.2. Hemorajik İnme Tedavisi

Hemorajik inmelerde akut faz tedavisi, hava yolu yönetimi gibi kritik hastalara yönelik genel müdahaleleri kapsayan ve hematoma genişlemesini önleyici, intrakranial hipertansiyonu azaltıcı ve komplikasyonları tedavi edici/önleyici tedavi yaklaşımlarını içermektedir. Bununla birlikte semptomların başlamasından sonraki ilk 24 saatte nörolojik bozulma ve kardiyak instabilite riski daha yüksek olduğundan, yoğun bakım ünitesinde klinik bir hemodinamik izlem yapılması gerekmektedir (11).

Spontan intraserebral kanamalarda artmış kan basıncının önemli risk faktörü olması ve akut fazdaki intraserebral kanaması olan hastaların yaklaşık %90'ında görülmesi hipertansiyon yönetiminin önemini göstermektedir (11, 52).

AHA/ASA'nın 2015 yılında yayımladığı Spontan İntraserebral Hemorajiler İçin Kılavuz'unda, sistolik kan basıncı 150 ve 220 mmHg arasında ve akut kan basıncı düşürme tedavisine kontrendikasyon olmayan intraserebral kanaması olan hastalarda, sistolik kan basıncının akut olarak 140 mmHg'ya düşürülmesinin güvenli olabileceği vurgulanmıştır. Sistolik kan basıncı 220 mmHg'nın üzerindeki hastalarda ise kan basıncının sürekli IV infüzyon ile agresif olarak düşürülmesinin planlanması ve sıkı kan basıncı takibinin yapılması önerilmektedir (53).

İlaç tedavisi veya sistemik bir hastalık varlığı nedeniyle oluşabilen koagülopatiler, hematom büyümesi, kötü sonlanım ve ölüm riski artışı ile ilişkili olduğu bilinmektedir (54). Oral antikoagülan ilaç (OAK) ve antiplatelet ajan kullanan hastalar, edinilmiş veya konjenital pıhtılaşma faktörü eksiklikleri olan hastalar ve kalitatif veya kantitatif trombosit anomalileri olan hastalar koagülopati açısından risk altında bulunmaktadır (53).

K vitamini antagonistleri, yeni oral antikoagülanlar (rivaroksaban, apiksaban ve edoksaban gibi), direkt trombin antagonistleri (dabigatran, argotraban, bivalirudin gibi), heparin, düşük molekül ağırlıklı heparinler (enoksaparin, dalteparin, nadroparin, tinzaparin), antiplatelet ajanlar (aspirin, klopidogrel gibi) ve trombolitik tedaviden kaynaklanan intraserebral kanamalarda tedavi seçenekleri Tablo 2.2.'de gösterilmiştir (53-57).

Tablo 2.2. İntraserebral Kanama Tedavisi

Kanama Nedeni	Tedavi Önerisi	Açıklama
K vitamini antagonistleri	IV K vitamini Taze Donmuş Plazma	PCC'ler, FEIBA ve rFVIIa potansiyel olarak daha etkili alternatiflerdir.
Yeni oral antikoagülanlar Direkt trombin inhibitörleri	4 faktörlü PCC (50 U/kg) Aktive PCC (50 U/kg)	İlacın kullanımından sonraki 2 saat içinde ortaya çıkan intraserebral kanamalarda ise ilacın emilimini önlemek için aktif kömür önerilmektedir.
Dabigatran	İdarusizumab	
Heparin Düşük molekül ağırlıklı heparinler	IV Protamin	rFVIIa kullanımı genel olarak önerilmemekte, ancak protaminin kontrendike olduğu durumlarda kullanılabilir.
Antiplatelet ajanlar	DDVAP / desmopressin) Platelet konsantratu	İlacın kesilmesi her zaman gerekli değildir.
Trombolitik tedavi	Kriyopresipitat	Eğer kriyopresipitat kullanımı kontrendike olarak belirtilmişse bir antifibrinolitik ajanın (IV traneksamik asit veya ε-aminokaproik asit) kullanılabilirliği önerilmektedir.

PCC: protrombin kompleksi konsantrasyonu, FEIBA: aktive PCC faktörü VIII inhibitör bypass aktivitesi, rFVIIa: rekombinant aktive faktörü VIIa, DDVAP: de-amino d-arginin vazopressin

Spontan intraserebral hemorajili hastaların çoğunda cerrahi müdahalelerin etkisi tartışmalıdır. (53). Anevrizmalar, arteriovenöz malformasyonlar, kavernöz

anjioma ve dural fistüller beyin cerrahisi uzmanlığına ihtiyaç duyulan vasküler bozukluklar arasında yer almaktadır (11).

Cerrahi işlemlerin uygulanmasını gerektiren durumlar, intrakraniyal hipertansiyon nedenli kanamanın neden olduğu ikincil hasarı önlemek veya tedavi etmek ve kanamanın olası vasküler kökenini belirlemek ve sonradan meydana gelebilecek kanamanın oluşumunu önlemektir (11).

Anevrizmalar, arteriovenöz malformasyonlar, kavernöz anjioma ve dural fistüller beyin cerrahisi uzmanlığına ihtiyaç duyulan vasküler bozukluklar arasında yer almaktadır (11).

Hemorajik inme komplikasyonları arasında hematom genişlemesi, perihematomal ödem, hidrosefali ile kanamanın intraventriküler genişlemesi, epileptik nöbetler, venöz tromboembolik olaylar, hiperglisemi, artmış kan basıncı, ateş ve enfeksiyonlar yer almaktadır. Hiperakut dönemde hematom genişlemesi, intraventriküler hemoraji ve hiperglisemi erken mortalite ve kötü prognozun ana belirteçleridir (58).

2.4. İnme Hastalarında Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi (Quality of Life, QOL), inme hastalarının değerlendirilmesinde 30 yıldan uzun süredir tedavinin önemli bir parçası olmuştur. Yaşam kalitesinin tanımlanması zor olsa da ve bu terimin evrensel bir tanımı bulunmasa da fiziksel, zihinsel ve sosyal olmak üzere 3 ana başlık altında çok boyutlu bir yapı olduğu belirtilmektedir (59). Yaşam kalitesi, “bireylerin, yaşadıkları kültür ve değer sistemleri kapsamında amaçlarına, beklentilerine, standartlarına ve kaygılarına göre yaşamdaki konumlarını algılamaları” olarak tanımlanmaktadır (60, 61).

İnme geçiren hastalarda yaşam kalitesini ölçmek amacıyla çeşitli ölçekler geliştirilmiş ve bazılarının Türkçe validasyonu yapılmıştır. Bu ölçeklerden bazıları Tablo 2.3’te gösterilmiştir (59).

Tablo 2.3. Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Ölçek/Anket	İlişkili Alanlar	Genel/Spesifik
McMaster Sağlık İndeksi Anketi (Health Index Questionnaire) (62)	Fiziksel, duygusal ve sosyal	Genel
Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile) (63)	Acı, fiziksel hareketlilik, duygusal reaksiyonlar, enerji, sosyal izolasyon, uyku.	Genel
Londra Handikap Ölçeği (London Handicap Scale) (64)	Hareketlilik, fiziksel bağımsızlık, meslek, sosyal entegrasyon, oryantasyon, ekonomik yeterlilik ve genel bir handikap şiddeti skoru	Genel
Kısa Form-36, Sağlık Durumu Anketi (36-Item Short-Form Health Survey, SF-36) (65)	Fiziksel işlevsellik, fiziksel sağlığa bağlı rol kısıtlamaları, bedensel ağrı, genel sağlık algıları, canlılık, sosyal işlevsellik, duygusal sorunlara bağlı rol kısıtlamaları, ruh sağlığı	Genel
İnme İçin Uyarlanmış Hastalık Etki Profili (Stroke-Adapted 30-Item Version of the Sickness Impact Profile, SA-SIP 30) (66)	Vücut bakımı ve hareketi, sosyal etkileşim, hareketlilik, iletişim, duygusal davranış, ev yönetimi, uyanıklık davranışı, ambulasyon.	Spesifik
Ferrans & Powers Yaşam Kalitesi İndeksi-İnme Versiyonu (Quality of Life Index-Stroke Version) (67)	Sağlık ve işleyiş, sosyal ve ekonomik, psikolojik/ruhsal, aile	Spesifik
İnme Etki Skalası (Stroke Impact Scale, SIS-59) (68)	Güç, el fonksiyonu, günlük yaşam aktiviteleri, günlük yaşamın enstrümantal aktiviteleri, mobilite, iletişim, duygu, hafıza ve düşünme, katılım.	Spesifik
İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Skalası (Stroke Specific Quality of Life Scale, SS-QOL) (69)	Hareketlilik, enerji, üst ekstremiteler, fonksiyon, iş / verimlilik, ruh hali, kişisel bakım, sosyal roller, aile rolleri, görme, dil, düşünme, kişilik.	Spesifik

İnme, fokal nörolojik eksiklik ile karakterize bir hastalık olması yönüyle hareketlilik, fiziksel işlevsellikteki sınırlamalar ve depresyon gibi ilişkili fiziksel ve bilişsel sekeller nedeniyle hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir (70). Fiziksel kısıtlamalar arasında hareket eksikliği, duyuşsal bozukluk, görme, yutma ve iletişim bozuklukları bulunmaktadır. Psikolojik problemler, bazı durumlarda sosyal fonksiyonu ve inme sonrası iyileşmeyi olumsuz yönde etkileyen travma sonrası stres bozukluğunu, depresyonu ve kaygıyı içemektedir. İnmenin diğere sosyal sonuç kategorileri arasında boşanma veya ayrılma olarak aile ilişkileri üzerinde olumsuz etkisi ve bireyin kendi sosyal rolünü sürdürememesi de bulunmaktadır. İnme sonrası fiziksel, sosyal ve bilişsel bozulma yaşam kalitesi için ciddi bir sorun oluşturabilmektedir. Hastaların yaklaşık %25'inde, genel sağılık durumunun kötüye gitmesi ile ilişkili olarak inme sonrası ilk 3 ayda yaşam kalitesinde bir azalma olduğu bildirilmiştir (71). Ayrıca inme sonrası motor bozukluğu ve fonksiyonları iyileştirmek için multidisipliner bir rehabilitasyon yaklaşımı gerektirdiği belirtilmektedir (72).

2.5. Tedaviye Uyunc

İlaç uyuncu, Dünya Sağılık Örgütü (DSÖ) tarafından "kişinin davranışının bir sağılık hizmeti sağılayıcısı tarafından karar verilen tavsiyelerine uyma derecesi" olarak tanımlanmaktadır. İngilizce'de sık sık eş anlamlı olarak birbirlerinin yerine kullanılan 'compliance' ve 'adherence' kavramları birbirlerinden farklılık göstermektedir. 'Compliance' hastanın doktorun otoritesine itaat ettiğini belirtirken, 'adherence', hastanın ve hekimin hastanın yaşam tarzını, değerlerini ve bakım tercihlerini birleştirek hastanın sağılığını geliştirmek için işbirliği yaptığını belirtmektedir (73).

Hastanın tedaviye uyuncunun düşük olması veya uyuncusuz olması, ilaç kullanımının sağıladığı faydanın ortaya çıkarılmasındaki en büyük engellerden biridir (74). Tedaviye uyuncusuz hastaların prevalansının yüksek olması ve bu durumun bakım maliyetlerini artırması nedeniyle tedaviye uyuncudaki problemler, klinisyenler, sağılık sistemleri ve paydaşları tarafından artan bir endişe kaynağı olarak görülmektedir (75). Tedaviye uyunc sağılanamaması ilaç israfı, hastalığın ilerlemesi, fonksiyonel kapasitelerin azalması, daha düşük yaşam kalitesi, hastanede kalış sürelerinin uzaması gibi çeşitli sorunları beraberinde getirmektedir (73).

Tedaviye uyunç gösterememe nedenleri arasında genel olarak hastanın ilaç kullanımına başlamaması, bir sağlık çalışanının önerisi olmadan ilaç tedavisini bırakması, ilacı reçete edildiği şekilde kullanmaması gösterilebilmektedir (73). Ayrıca Tablo 2.4.'te de gösterildiği gibi tedaviye uyuncu azaltan potansiyel engeller hasta ilişkili engeller, tedavi ilişkili engeller, diğer engeller olmak üzere 3 ana kategoride sınıflandırılmaktadır (76).

Tablo 2.4. Tedavi Uyuncunda Engeller

Hasta İlişkili Engeller	Tedavi İlişkili Engeller	Diğer Engeller
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Motivasyon eksikliği ➤ Depresyon ➤ Reddetme ➤ Bilişsel bozukluklar ➤ İlaç ya da alkol ➤ Kültürel sebepler ➤ Düşük eğitim seviyesi ➤ İnanışlar 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tedavinin karmaşıklığı ➤ Yan etkiler ➤ İlaç sıkıntısı ➤ Maliyet ➤ Zaman 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Zayıf hasta-hekim iletişimi ➤ Tedavi edilen hastalığın asemptomatik olması

İnme geçiren hastalarda ilaç tedavisinin tekrarlayan inmenin yönetimi ve önlenmesi için zorunlu olduğuna dair kanıtlar bulunmasına rağmen, ilaç uyuncu sıklıkla yetersiz kalmaktadır (77). İnme hastalarının tedaviye uyuncu, hipertansiyon ve hiperlipidemi gibi kardiyovasküler durumların kontrolünde kullanılan ilaçların etkinliğine rağmen yetersiz kalmaktadır. İnme geçirdikten sonra ilaç tedavisi alan hastaların 1/3'ünün tedaviye uyunç sağlayamadığı düşünülmektedir (78).

İlaç uyuncunu doğru olarak tahmin etmek hem klinisyenler hem de araştırmacılar için önem taşımaktadır. Yanlış tahminler tedavi seyrini değiştirebilmekte ve pahalı teşhis yöntemlerine başvurmayı gerektirebilmektedir. Bununla birlikte ilaç uyuncunu ölçmek, kabul edilebilir uyunç parametrelerinin bireysel durumlar için dikkatlice tanımlanmasını ve uygun hale getirilmesini gerektirdiğinden oldukça zordur (79).

Tedavi uyuncunun ölçülmesini sağlamak amacıyla çeşitli yöntemler bulunmaktadır. Bu yöntemler doğrudan ve dolaylı ölçüm yöntemleri olmak üzere iki sınıfa ayrılmaktadır. Doğrudan ölçüm yöntemleri arasında doğrudan gözlenen tedavi,

kanda veya idrarda bir ilacın veya metabolitinin ölçümü ve ilaç formülasyonuna eklenen biyolojik belirteçlerin kanda saptanması ve ölçülmesi yer almaktadır. Dolaylı yöntemler arasında hasta anketleri, hasta öz raporları, tablet sayımları, hastanın klinik yanıtının değerlendirilmesi, eczane kayıtları, fizyolojik belirteçlerin ölçülmesi ve hasta günlükleri sayılabilmektedir (73).

Araştırmalarda ve klinikte kullanıma uygun çok sayıda uyunç ölçeği bulunmaktadır. İyi valide edilmiş uyunç ölçekleri, birkaç farklı hasta popülasyonunda objektif uyunç ölçütleriyle güçlü bir şekilde ilişkilendirilmiştir (80). Literatürde çok sayıda ilaç uyunç ölçeği bulunmaktadır. Ancak bu uyunç ölçeklerinde altın bir standart yoktur ve her olguya özgü uyunç ölçeği bulunmamaktadır (81). Bu ölçekler kapsamlarına göre; yalnızca ilaç alma davranışları, hem ilaç alma davranışı hem de uyunç engelleri, yalnızca uyunç engelleri, yalnızca ilaç uyuncu ile ilgili inançlar ve uyunç ile ilgili engeller ve inançlar olmak üzere 5 kategoriye ayrılmıştır (79, 80).

İlaç tedavisine uyuncun artırılması, sağlık sonuçlarını iyileştirmek için en uygun maliyetli ve ulaşılabilir fırsatlardan biri olarak belirlenmiştir. Hatırlatma sistemleri, motivasyonel görüşmeler, sosyal destek, hasta eğitimi ve ilaç yönetimi gibi yöntemler ilaç uyuncunu artırabilecek girişimlerden bazıları olarak belirtilmektedir (82).

2.6. Klinik Eczacılık ve İnme Tedavisindeki Rolü

Amerikan Klinik Eczacılık Birliği (ACCP)'nin tanımına göre klinik eczacılık, hastaların ilaç tedavisini uygun hale getiren ve iyileşmeyi, sağlıklı kalmayı ve hastalıkların önlenmesini amaç edinerek hasta bakımını sağlayan, eczacı tarafından sunulan bir sağlık bilimidir (83).

Klinik eczacılar tüm sağlık bakımı uygulamalarında görev almakta ve ilaç tedavisini multidisipliner bir ekibin parçası olarak yönetmek için ilaç ve hastalık ile ilgili bilgilerini kullanmaktadır (84).

Farmasötik bakım, bir hastanın yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla sorumlu ilaç tedavisinin sağlanmasıdır (85). Farmasötik bakım ile bir hastalığın iyileştirilmesi, semptomların azaltılması veya ortadan kaldırılması, hastalık sürecinin durdurulması veya yavaşlatılması ve hastalığın önlenmesi hedeflenmektedir (86).

Klinik eczacılar, hastaların kullandığı ya da kullanacağı ilaçların mümkün olan en iyi sağlık sonuçlarına katkıda bulunmalarını sağlamak amacıyla doğrudan doktorlar ve diğer sağlık çalışanları ile birlikte çalışmaktadır (87).

İnme mortalite, morbidite, uzun dönem maluliyet ve sağlık giderleri bakımından en önemli hastalıklardan biri olduğundan bu hastalarda inme riskini azaltan ve sonuçları iyileştiren müdahaleler büyük önem taşımaktadır. Mevcut çalışmalar, eczacıların hem yatan hem de ayaktan tedavi alan inmeli hastalara sunulan bakımı, kanıta dayalı tedavilerin kullanımını, ilaç uyuncunun artırılmasını, risk faktörlerinin yönetimini ve sağlık ile ilişkili yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebileceğini göstermektedir (7).

İnmenin de içinde yer aldığı pek çok kronik hastalığın tedavisinde, takibinde klinik eczacının sunacağı farmasötik bakım hizmeti ile tedaviye uyuncun artırılacağı, kontrollerin düzenli bir şekilde gerçekleştirilmesinin sağlanabileceği, gerekli durumlarda hasta, hasta yakını ve sağlık personeline ilaçlar konusunda danışmanlık yaparak uygun tedavinin hastaya ulaştırılmasının sağlanacağı, hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilebileceği ve olası komplikasyonların azaltılabileceği varsayılmaktadır (88).

Literatürde klinik eczacı tarafından inme hastalarının ilaç uyuncunu, yaşam kalitesini, depresyon düzeyini ve hastaların klinik eczacıdan aldığı memnuniyeti değerlendiren kısıtlı sayıda çalışma yapılmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma 01 Ekim 2018 ile 01 Temmuz 2019 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Nöroloji Yoğun Bakım, Nöroloji Servisi ve İnme Ünitesi'nde ve Ankara Üniversitesi Nöroloji Anabilim Dalı İbn-i Sina Hastanesi Nöroloji Yoğun Bakım ve Nöroloji Servisi'nde prospektif, kontrollü olarak yapılmıştır. Çalışma öncesinde, Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul'undan onay alınmıştır (**EK-1**).

Çalışmaya ilgili servis veya yoğun bakımlarda tedavileri yapılan;

- 18 yaş üstü hastalar,
- İletişime açık hastalar,
- İlk kez inme tanısı alan hastalar,
- Aydınlatılmış onam formunu imzalayan hastalar,
- Sorumlu hekim tarafından çalışmaya katılımı uygun görülen hastalar dâhil edilmiştir.

Yazılı onam (**EK-2**) vermeyen, hamile olan ve doktor tarafından çalışmaya dâhil edilmesi uygun bulunmayan hastalar, çalışma dışı bırakılmıştır.

01 Ekim 2018 ile 31 Aralık 2018 tarihleri arasında, her iki hastanenin ilgili servislerinde yatmakta olan hastalar çalışmanın kontrol grubunu oluştururken, 01 Ocak 2019 ile 01 Mayıs 2019 tarihleri arasında yatmakta olan hastalar ise müdahale grubunu oluşturmuştur. Müdahale grubunda kontrol grubundan farklı olarak hastalara taburculuk öncesi klinik eczacı tarafından sözlü ve yazılı olarak eğitim verilmiştir.

Daha önce yapılmış olan benzer bir çalışma bulunmaması nedeniyle çalışmada güç analizi ve örneklem büyüklüğü hesaplanamamıştır.

Taburculuk sırasında kontrol ve müdahale gruplarındaki hastalar ile ilgili demografik veriler, kullandığı ilaçlar ve ilgili laboratuvar sonuçları hasta dosyalarından, hastane bilgi yönetim sistemi üzerinden (Nucleus Medikal Bilgi Sistemi®, Monad Yazılım, Ankara) ve hasta ile hekimden sözlü iletişim yoluyla alınarak veri toplama formuna (**EK-3**) kaydedilmiştir. Taburculuk sırasında kontrol ve müdahale gruplarındaki hastalara Türkçe validasyonu yapılmış Morisky İlaç Uyunc Ölçeği (Modified Morisky Scale) (**EK-4**), Türkçe validasyonu yapılmış olan İnmeye

Özgül Yaşam Kalitesi Ölçeği (Stroke Specific Quality of Life, SS-QOL) (**EK-5**) ve Türkçe validasyonu yapılmış olan Hasta Sağlık Anketi (Patient Health Questionnaire) (**EK-6**) uygulanmıştır.

Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği, ‘Evet/Hayır’ olarak cevaplanan 6 adet sorudan oluşmaktadır. Değerlendirmede, 1, 3, 4 ve 6. sorularda ‘Evet’ cevabı 0 puan, ‘Hayır’ cevabı 1 puan; diğer sorularda ‘Evet’ cevabı 1 puan, ‘Hayır’ cevabı 0 puan olarak hesaplanmaktadır. 1, 2 ve 6. sorulardan hastanın aldığı toplam puan ≤ 1 ise düşük motivasyon düzeyini, >1 ise yüksek motivasyon düzeyini göstermektedir. 3, 4 ve 5. sorulardan hastanın aldığı toplam puan ≤ 1 ise düşük bilgi düzeyini, >1 ise yüksek bilgi düzeyini göstermektedir. Morisky ölçeğindeki ilk 4 soruya verilen cevaplar baz alınarak yapılan diğer değerlendirmede ise ilk 4 sorunun tamamına ‘Hayır’ cevabı verilmişse ilaç uyuncu yüksek, bir veya iki soruya ‘Evet’ cevabı verilmişse ilaç uyuncu orta, üç veya dört soruya ‘Evet’ cevabı verilmişse ilaç uyuncu düşük olarak değerlendirilmiştir (89).

Toplam 49 soru ve 12 alt ölçekten (enerji, aile rolleri, dil, mobilite, duygu durum, kişilik, öz bakım, sosyal roller, üst ekstremitte fonksiyonları, görme, iş/üretkenlik ve düşünme) oluşan SSQOL yaşam kalitesi ölçeğinde her bir soru 5’li Likert tipi ölçek ile değerlendirilmiştir. Bir soruya verilen cevaplar 1 (kesinlikle katılmıyorum) ve 5 (kesinlikle katılıyorum) arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan, yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, düşük puan ise yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir (90).

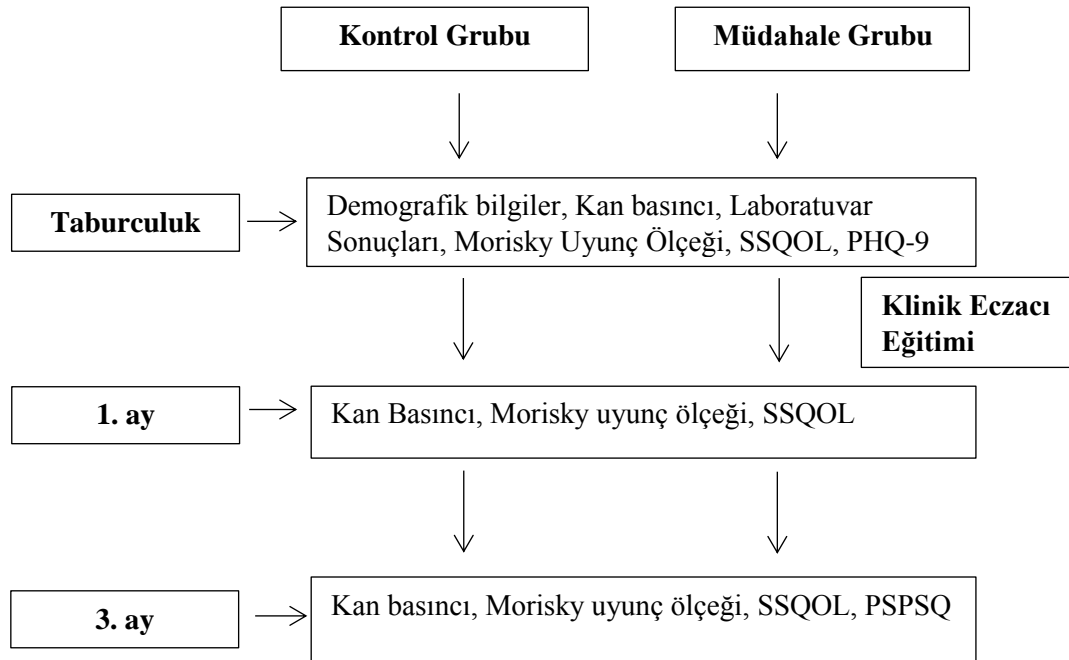
9 sorudan oluşan PHQ-9 anketinde toplamda 0-4 puan alan hastalarda depresyon yok ya da çok hafif, 5-9 puan hastalarda depresyon hafif, 10-14 puan alan hastalarda depresyon orta, 15-19 puan alan hastalarda depresyon orta-şiddetli, 20-27 puan hastalarda depresyon şiddetli olarak sınıflandırılmıştır (91).

Müdahale grubundaki hastalara taburculuk öncesi klinik eczacı tarafından hastanın taburculuk sonrası kullanacağı ilaçlar, ikinci kez inme gelişimi için hastada bulunan risk faktörlerine karşı dikkat etmesi gereken hususlar ve tedaviye uyunc hakkında sözlü ve yazılı bilgiler verilmiştir. Bu eğitimde inme hakkında genel bilgiler, belirtiler, tedavi yöntemleri, ilaç uyunc hakkında bilgiler verilmiştir. Taburculuk sırasında yapılan ilk görüşmelerden sonra her iki gruptaki hastalara taburculuktan sonraki 1. ve 3. aylarda eğer hastalar rutin kontrol için polikliniğe gelirse yüzyüze,

eğer gelmezlerse telefon ile iletişime geçilerek Morisky İlaç Uyunç Ölçeği ve İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği tekrar uygulanmıştır. Ayrıca hastalara çalışmanın sonunda Türkçe validasyonu yapılmış Kronik Hastalarda Hasta Odaklı Eczacılık Hizmetleri ile ilgili Memnuniyet Anketi (The Patient Satisfaction with Pharmacist Services Questionnaire, PSPSQ 2.0) (EK-8) uygulanmıştır.

Toplam 20 maddeden ve 3 boyuttan (bakım kalitesi, hasta-eczacı ilişkisi ve genel memnuniyet) oluşan PSPSQ hasta memnuniyeti ölçeğinde her bir madde 4'lü likert ölçeği ile skorlanmıştır. Hastaların PSPSQ ölçeğinden aldığı yüksek puanlar memnuniyetin de yüksek olduğunu göstermektedir (92).

Çalışma süresi boyunca hastadan ayrıca herhangi bir ek tetkik istenmemiştir.



Şekil 3.1. Çalışma akış şeması

Tanımlayıcı istatistikler için sayısal değişkenlerde ortalama ile standart sapma veya ortanca ile en küçük ve en büyük değer, kategorik değişkenlerde ise sayı ve yüzde değerleri verilmiştir. Normallik varsayımı Shapiro Wilks testi ve grafik yöntemler ile incelenmiştir. İki grup arasında fark olup olmadığını belirlemede parametrik test varsayımları sağlandığında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, sağlanmadığında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Üç ve daha fazla grup arasında fark olup olmadığını belirlemede ise parametrik test varsayımları sağlandığında tek

yönlü varyans analizi, sağlanmadığında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Zaman içerisindeki değişimleri incelemeye parametrik test varsayımları sağlandığı durumda tek / iki yönlü tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, sağlanmadığı durumda ise Cochran Q testi veya Friedman testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasında ilişki olup olmadığı ki kare testi ile incelenmiştir. Sayısal değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemede varsayımların sağlanıp sağlanmadığı incelendikten sonra Pearson ya da Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır. İstatistiksel analizler için IBM SPSS v.21 programından yararlanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı İstatistikler

Bu çalışma süresince Hacettepe Üniversitesi ve Ankara Üniversitesi'nin ilgili servislerinde yatan ilk kez inme geçiren 102 hasta ile görüşülmüştür. Çalışma süresince bu hastalardan 2'si çalışmaya devam etmek istemediği için, diğer 2 hasta ise yaşamını yitirdiği için analizlere dâhil edilememiştir.

Çalışma süresince toplam 98 hasta ile taburculukta, taburculuk sonrası 1. ayda ve taburculuk sonrası 3. ayda olmak üzere klinik eczacı tarafından toplam 294 görüşme gerçekleştirilmiştir. Çalışma süresince kontrol grubuna 50 hasta, müdahale grubuna ise 48 hasta dâhil edilmiştir. Kontrol grubundaki toplam 50 hastanın 35'i ile Hacettepe Üniversitesi'nde, 15'i ile ise Ankara Üniversitesi'nde görüşülmüştür. Müdahale grubundaki toplam 48 hasta ile her iki hastanede eşit sayıda görüşme yapılmıştır. Toplam 59 (%60,2) hasta Hacettepe Üniversitesi'nden, 39 (%39,7) hasta Ankara Üniversitesi'nden çalışmaya dâhil edilmiştir ($p=0,043$). Kontrol grubundan 45 (%90) hastanın, müdahale grubundan ise 44 (91,7) hastanın Ankara'da yaşadığı tespit edilmiştir ($p=1,00$). Çalışmaya dâhil edilen hastaların yaşları, kontrol grubunda 31-89 yıl iken müdahale grubunda 18-88 yıl arasında dağılım göstermiştir. Hastalara ait demografik veriler Tablo 4.1'de yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hastalara ait demografik veriler (n=98)

Demografik Veriler		Kontrol n (%)	Müdahale n (%)	Toplam n (%)	p
Cinsiyet	Erkek	16 (32)	21 (43,8)	37 (37,8)	*0,230
	Kadın	34 (68)	27 (56,3)	61 (62,2)	
Meslek	Çalışan	8 (30)	12 (25)	27 (27,6)	*0,464
	Çalışmayan	12 (24)	17 (35,4)	29 (29,6)	
	Emekli	23 (46)	19 (39,6)	42 (42,9)	
Eğitim	Yok	5 (10)	3 (6,3)	8 (8,2)	*0,115
	İlkokul	15 (30)	25 (52,1)	40 (40,8)	
	Ortaokul	8 (16)	3 (6,3)	11 (11,2)	
	Lise	10 (20)	11 (22,9)	21 (21,4)	
	Üniversite	12 (24)	6 (12,5)	18 (18,4)	
Yaşadığı Ortam	Yalnız	8 (16)	1 (2,1)	9 (9,2)	*0,51
	Eşi ile	35 (70)	39 (81,3)	74 (75,5)	
	Akraba ile	7 (14)	7 (14,6)	14 (14,3)	
	Bakıcı ile	0 (0)	1 (2,1)	1 (2,1)	
Medeni Durum	Evli	37 (74)	40 (83,3)	77 (78,6)	*0,527
	Dul	8 (16)	5 (10,4)	13 (13,3)	
	Bekâr/Boşanmış	5 (10)	3 (6,3)	8 (8,2)	
Sigara	Var	12 (24)	13 (27,1)	25 (25,5)	*0,937
	Yok	29 (58)	27 (56,3)	56 (57,1)	
	Bırakmış	9 (18)	8 (16,7)	17 (17,3)	
Alkol	Var	4 (8)	2 (4,2)	6 (6,1)	NA
	Yok	42 (84)	42 (87,5)	84 (85,7)	
	Bırakmış	1 (2)	1 (2,1)	2 (2)	
	Sosyal	3 (6)	3 (6,3)	6 (6,1)	
Alerji	Var	7 (14)	3 (6,3)	10 (10,2)	**0,318
	Yok	43 (86)	45 (93,8)	88 (89,8)	
Bitkisel Ürün	Var	2 (4)	0 (0)	2 (2)	**0,495
	Yok	48 (96)	48 (100)	96 (98)	
Ameliyat Durumu	İnme için riskli	17 (34)	12 (25)	29 (29,6)	*0,126
	İnme için risksiz	19 (38)	13 (27,1)	32 (32,7)	
	Ameliyat yok	14 (28)	23 (47,9)	37 (37,8)	

İstatistiksel analiz: *Pearson Ki-kare test; ** Fisher's Exact test

Kontrol grubunda hastaların yaş ortalaması±standart sapması (ss) 66,06±11,19 olarak, müdahale grubunun ise 59,21±17,39 olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Tablo 4.2'de hastalara ait yaş, beden kitle indeksi (BKİ) ve hastanede kalış süreleri gösterilmiştir.

Tablo 4.2. Hastaların yaş, BKİ ve hastanede kalış süreleri (n=98)

Grup	Yaş (yıl) ortalama±ss	BKİ ortalama±ss	Hastanede Kalış Süresi (gün) ortalama±ss
Kontrol (n=50)	66,06±11,19	27,96±5,45	11,32±8,53
Müdahale (n=48)	59,21±17,39	27,81±4,05	8,40±8,32
Toplam (n=98)	62,70±14,89	9,89±8,51	9,89±8,51
p	*0,024	*0,068	**0,008

İstatistiksel analiz: *T-test; ** Mann-Whitney U test

Çalışmaya katılan hastaların hastaneye başvuru gününden taburculuk gününe kadar olan sürede hastanede kalış süreleri ortanca (minimum-maksimum (min-maks)) değeri kontrol grubundaki hastalar için 9 (3-50) gün, müdahale grubundaki hastalar için 7 (5-60) gün olarak tespit edilmiştir. Hastaların hastanede kalış süreleri kıyaslandığında kontrol ve müdahale grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğu (%88,8)'i iskemik inme tanısı almıştır. Hemorajik inme ve GİA tanısı alan hastaların sayısı çok düşük olduğundan istatistiksel analiz ile karşılaştırma yapılamamıştır (Tablo 4.3.).

Tablo 4.3. Hastaların aldığı tanılar (n=98)

Tanı	Kontrol n (%)	Müdahale n (%)	Toplam n (%)
İskemik İnme	45 (90)	42 (87,5)	87 (88,8)
Hemorajik İnme	2 (4)	2 (4,2)	4 (4,2)
GİA	3 (6)	4 (8,3)	7 (7,1)

Hastaların inme dışında var olan ek hastalıkları değerlendirilmiş; buna göre en sık hipertansiyon (n=57) varlığı tespit edilmiştir. Ek hastalıklar hem kontrol grubunda hem de müdahale grubunda homojen olarak dağılım göstermiştir (p>0,05) (Tablo 4.4.)

Kontrol grubundaki hastaların kullandığı ilaç sayısı ortanca (min-maks) değeri 6 (2-13), müdahale grubundaki hastaların kullandığı ilaç sayısı ortanca (min-maks) 6 (1-10) olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasında hastaların kullandığı ilaç sayısı bakımından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.4. Eşlik eden hastalıklar (n=98)

Hastalıklar	Kontrol n (%)	Müdahale n (%)	Toplam n (%)	p
Hipertansiyon	26 (52)	31 (64,6)	57 (58,2)	*0,207
Diyabet	18 (36)	20 (41,7)	38 (38,8)	*0,565
Hiperlipidemi	14 (28)	12 (25)	26 (26,5)	*0,737
Koroner Arter Hastalığı	10 (20)	5 (10,4)	15 (15,3)	*0,188
Konjestif Kalp Yetmezliği	3 (6)	1 (2,1)	4 (4,1)	**0,617
Geçirilmiş Kalp Krizi	8 (16)	2 (4,2)	10 (10,2)	**0,092
Atrial Fibrilasyon	1 (2)	2 (4,2)	3 (3,1)	**0,613
Romatoid Artrit	0 (0)	2 (4,2)	2 (2)	**0,237
¹ Diğer	18 (36)	17 (35,4)	35 (35,7)	*0,952

¹Diğer hastalıklar: Ülser, kanser, vertigo, benign prostat hipertrofisi (BPH), hipotiroidi, epilepsi, astım, kronik böbrek yetmezliği (KBY), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), uyku apnesi, panik atak, migren, geçirilmiş pulmoner emboli, parkinson, ankilozan spondilit, anemi, varis, psoriasis, hepatosteatoz, meniere.

İstatistiksel analiz: *Pearson Ki-kare test; ** Fisher's Exact test

Çalışmaya katılan tüm hastalara ait laboratuvar sonuçlarının taburculuk gününde, taburculuk sonrası 1. ayda ve taburculuk sonrası 3. ayda kaydedilmesi planlanmasına rağmen bazı hastaların kontrol tarihinin çalışma süresi dışında olması ve dış merkezlerde yapılan laboratuvar sonuçlarına erişilememesinden dolayı sadece

taburculuk günündeki sonuçlar kaydedilmiştir (Tablo 4.5.). Çalışmaya katılan hastaların laboratuvar değerleri kontrol ve müdahale grubunda homojen olarak dağılım göstermiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.5. Hastalara ait laboratuvar sonuçları

Laboratuvar Değerleri	n	Kontrol ortalama±ss	n	Müdahale ortalama±ss	Toplam ortalama±ss	p
ALT (U/L)	47	29,00±21,71	37	30,14±18,94	29,50±20,42	*0,462
AST (U/L)	48	25,48±13,21	37	27,24±11,17	26,25±12,33	*0,243
Kreatinin (mg/dl)	46	0,85±0,23	36	0,88±0,41	0,86±0,32	*0,712
Kolesterol (mg/dl)	43	199,77±40,75	33	191,45±50,26	196,16±45,00	**0,428
LDL (mg/dl)	42	127,72±31,22	33	123,64±43,70	125,93±37,01	**0,639
HDL (mg/dl)	43	42,20±9,71	32	44,58±20,93	43,22±15,44	**0,514
Açlık Kan Glukozu (mg/dl)	44	103,66±18,63	31	107,58±25,01	110,92±27,71	*0,817
aPTT (sn)	40	29,92±9,99	24	27,81±7,62	29,13±9,17	*0,560
INR	42	1,26±0,51	29	1,30±0,48	1,28±0,49	*0,833

İstatistiksel analiz: *Mann-Whitney U test; ** T-test

Çalışma süresince tüm hastaların kan basıncı taburculuk gününde, taburculuk sonrası 1. ayda ve taburculuk sonrası 3. ayda kaydedilmiştir (Tablo 4.6.).

Tablo 4.6. Hastalara ait kan basıncı değerleri (n=98)

Zaman	Kan basıncı (mmHg)	Kontrol (n=50) ortalama±ss	Müdahale (n=48) ortalama±ss
Taburculuk	Sistolik	129,89±10,12	128,48±10,93
	Diastolik	81,08±7,03	78,96±6,99
1. ay	Sistolik	126,80±9,30	125,10±10,24
	Diastolik	80,70±6,39	77,08±6,51
3. ay	Sistolik	126,30±8,32	124,69±10,98
	Diastolik	78,70±5,68	77,08±7,84
<u>Sistolik</u> p (zaman) < 0.001 p (grup) = 0.505 p (etkileşim) = 0.598			<u>Diastolik</u> p (zaman) = 0.002 p (grup) = 0.042 p (etkileşim) = 0.206

İstatistiksel analiz: İki yönlü tekrarlı ölçümlerde varyans analizi

Tüm hastaların zaman içerisinde sistolik ve diastolik kan basınçları istatistiksel açıdan (p_{zaman}) anlamlı olarak değişiklik göstermektedir ($p_{zaman-sistolik} < 0,001$; $p_{zaman-diastolik} < 0,05$). Taburculuk günündeki sistolik kan basıncı, 1. ay ve 3. aydaki değerlerden daha yüksek bulunmasına rağmen sistolik kan basıncında gruplar arasında istatistiksel açıdan ($p_{grup-sistolik}$) anlamlı farklılık görülmemiş ($p > 0,05$), ancak diastolik kan basıncında ($p_{grup-diastolik}$) anlamlı farklılık görülmüştür ($p < 0,05$). Zaman içerisinde gruplar arası sistolik ve diastolik kan basıncı değişiklikleri arasında ($p_{etkileşim}$) anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çalışma süresince hastalarda inme şiddetini değerlendirmek amacıyla NIHSS kullanılmıştır. NIHSS taburculuk sonrasında değerlendirilemediği için hastaların taburculuk günündeki NIHSS'leri alınmıştır. NIHSS değerleri hesaplanmış olan kontrol grubundaki hastaların (n=25) ortanca (min-maks) NIHSS değeri 4 (0-16), müdahale grubunda (n=15) ise 2 (0-10) olarak bulunmuştur.

Çalışmaya katılan hastalar ait mRS'ye göre hastaların inme sonrası kısıtlılık durumları belirlenmiştir (Tablo 4.7.).

Tablo 4.7. Hastalara ait Modifiye Rankin Skorları (n=98)

Zaman	Kontrol ortanca (min-maks)	Müdahale ortanca (min-maks)	p
Taburculuk	1 (0-4)	2 (1-4)	**0,056
1. Ay	1 (0-4)	1 (0-4)	**0,642
3. Ay	1 (0-4)	1 (0-4)	**0,81
p	*<0,001	*<0,001	

İstatistiksel analiz: *Friedman test; **Mann-Whitney U test

Çalışmanın kontrol grubundaki hastalarda mRS değerleri belirtilen izlem zamanlarında değişkenlik göstermektedir. Bu değişim istatistiksel açıdan anlamlı olarak bulunmuştur ($p<0,001$). Kontrol grubundaki hastaların taburculuk günü ile taburculuk sonrası 3. aydaki mRS değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,028$). Bununla birlikte kontrol grubundaki hastaların taburculuk günü ile taburculuk sonrası 1. aydaki mRS değerleri ve taburculuk sonrası 1. ay taburculuk sonrası 3. aydaki mRS değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Çalışmanın müdahale grubundaki hastalarda mRS değerleri belirtilen izlem zamanlarında değişkenlik göstermektedir. Bu değişim istatistiksel açıdan anlamlı olarak bulunmuştur ($p<0,001$). Müdahale grubundaki hastaların taburculuk günündeki mRS değerleri ile taburculuk sonrası 1. ve 3. aylardaki mRS değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,001$). Bununla birlikte müdahale grubundaki hastaların taburculuk sonrasındaki 1. aydaki mRS değerleri ile taburculuk sonrası 3. aydaki mRS değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

mRS'ye göre skoru 0, 1, 2 olan hastalar bağımsız, 3, 4, 5 olanlar ise bağımlı olarak nitelendirilmiştir (Tablo 4.8.).

Tablo 4.8. mRS'ye göre hastaların bağımlılık durumları (n=98)

Zaman	Bağımlılık Durumu	Kontrol n (%)	Müdahale n (%)	p
Taburculuk	Bağımsız	9 (18)	12 (25)	*0,399
	Bağımsız	41 (82)	36 (75)	
1. ay	Bağımlı	6 (12)	2 (4,2)	**0,269
	Bağımsız	44 (88)	46 (95,8)	
3. ay	Bağımlı	4 (8)	3 (6,3)	**1,000
	Bağımsız	46 (92)	45 (93,8)	
p		***0,022	***<0,001	

İstatistiksel analiz: *Pearson Ki-Kare test; ** Fisher's Exact test; ***Cochran's Q test

Çalışmaya dahil edilen hastaların iş yapabilme açısından bağımlılık durumları değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeye göre kontrol ve müdahale grupları arasında hastaların bağımlılık durumları açısından taburculuk günü, taburculuk sonrası 1. ay ve 3. ayda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Grup içi karşılaştırma yapıldığında ise hem kontrol grubunda hem de müdahale grubunda bulunan hastaların zaman içerisinde bağımlılık durumlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p_{\text{kontrol}} <0,05$; $p_{\text{müdahale}} <0,001$).

4.2. Tedaviye Uyunc

Çalışma süresince hastalara taburculuk günü, taburculuk sonrası 1. ay ve 3. ayda 6 sorudan oluşan, hastaların bilgi düzeyleri, motivasyon düzeyleri ve genel uyunc durumlarını sorgulayan MMAS-6 ölçeği uygulanmıştır (Tablo 4.9.). Hem kontrol hem de müdahale grubundaki hastaların bilgi düzeylerinde zaman içerisinde (taburculuk günü, taburculuk sonrası 1. ay ve 3. ayda) istatistiksel açıdan anlamlı bir artış görülmüştür (sırasıyla $p<0,05$ ve $p<0,001$). Motivasyon düzeyinde ise zaman içerisinde sadece müdahale grubunda anlamlı artış bulunmuştur ($p<0,001$). Kontrol ve müdahale grupları karşılaştırıldığında ise sadece taburculuk sonrası 1. ve 3. aydaki motivasyon düzeylerinde anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.9. İlaç tedavisine ait bilgi ve motivasyon düzeyi parametreleri (n=98)

Grup/Zaman		Kontrol ortanca (min-maks)	Müdahale ortanca (min-maks)	p
Taburculuk	Motivasyon	3 (0-3)	2 (0-3)	**<0,001
	Bilgi	2 (1-3)	2 (0-3)	**0,02
1. ay	Motivasyon	3 (1-3)	3 (0-3)	**0,364
	Bilgi	2 (0-3)	3 (0-3)	**<0,001
3. ay	Motivasyon	3 (1-3)	3 (0-3)	**0,413
	Bilgi	2 (0-3)	3 (0-3)	**0,001
p	Motivasyon	*0,568	*<0,001	
	Bilgi	*0,049	*<0,001	

İstatistiksel analiz: *Friedman test; **Mann-Whitney U test

Hastaların taburculuk günü, taburculuk sonrası 1. ay ve 3. aydaki uyunç parametresi karşılaştırıldığında kontrol grubundaki zaman içerisindeki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$), müdahale grubunda ise anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Kontrol ve müdahale gruplarındaki hastalar karşılaştırıldığında sadece taburculuk günündeki uyunç parametreleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.10.).

Tablo 4.10. Hastalara ait uyunç parametreleri (n=98)

Grup/Zaman	Kontrol (n=50)	Müdahale (n=48)	p
Taburculuk	4 (0-4)	3 (0-4)	**<0,001
1. ay	4 (0-4)	4 (1-4)	**0,276
3. ay	4 (0-4)	4 (1-4)	**0,410
p	*0,131	*<0,001	

*İstatistiksel analiz: Friedman test; **Mann-Whitney U test

Kontrol ve müdahale grubundaki hastaların bilgi, motivasyon ve uyunç düzeyleri nitel olarak sınıflandırılarak da karşılaştırma yapılmıştır (Tablo 4.11.). Sadece taburculuk gününde kontrol ve müdahale gruplarında bulunan hastaların bilgi

düzeyi, motivasyon düzeyleri ve uyunç düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,001$; $p < 0,05$; $p < 0,05$). Müdahale grubunda bulunan hastaların bilgi düzeyi, motivasyon düzeyi ve uyunç düzeyleri zaman içerisinde artış göstermiş ve zaman içerisindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$).

Tablo 4.11. Hastalara ait uyunç parametreleri (n=98)

Motivasyon, Bilgi Düzeyi ve Tedaviye Uyunç

Motivasyon Düzeyi		Kontrol n (%)	Müdahale n (%)	p
Taburculuk	Düşük	3 (6)	17 (35,4)	*<0,001
	Yüksek	47 (94)	31 (64,36)	
1. ay	Düşük	2 (4)	4 (8,3)	**0,431
	Yüksek	48 (96)	44 (47,8)	
3. ay	Düşük	2 (4)	3 (6,3)	**0,674
	Yüksek	48 (96)	45 (93,8)	
p***		0,779	<0,001	
Bilgi Düzeyi		Kontrol n (%)	Müdahale n (%)	p
Taburculuk	Düşük	8 (16)	16 (33,3)	*0,046
	Yüksek	42 (84)	32 (66,7)	
1. ay	Düşük	6 (12)	1 (2,1)	**0,112
	Yüksek	44 (88)	47 (97,9)	
3. ay	Düşük	3 (6)	1 (2,1)	**0,617
	Yüksek	47 (94)	47 (97,9)	
p***		0,257	<0,001	
Uyunç		Kontrol n (%)	Müdahale n (%)	p
Taburculuk	Düşük	1 (2)	1 (2,1)	*0,011
	Orta	9 (18)	22 (45,8)	
	Yüksek	40 (80)	25 (52,1)	
1. ay	Düşük	1 (2)	0 (0)	*0,257
	Orta	5 (10)	2 (4,2)	
	Yüksek	44 (88)	46 (95,8)	
3. ay	Düşük	1 (2)	0 (0)	*0,461
	Orta	3 (6)	2 (4,2)	
	Yüksek	46 (92)	46 (95,8)	
p***		0,155	<0,001	

İstatistiksel analiz: *Ki-kare test; ** Fisher's Exact test; ***Cochran's Q test

4.3. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Çalışma süresince hastaların yaşam kalitesi düzeyi 12 alt ölçeği bulunan SSQOL isimli ölçek ile değerlendirilmiştir (Tablo 4.12.).

Tablo 4.12. SSQOL alt başlıklarının değerlendirilmesi (n=98)

ortanca (min-maks)				
Enerji	Zaman	Kontrol (n=50)	Müdahale (n=48)	p
	Taburculuk	2 (1-5)	2,67 (1-4)	**0,268
	1. ay	2,67 (1-5)	3,67 (1-6)	**0,001
	3. ay	3,33 (1-5)	4 (1-5)	**0,04
	p	*<0,001	*<0,001	
Aile Roller				
	Taburculuk	3,17 (1-5)	3,67 (2-5)	**0,174
	1. ay	4 (2-5)	4,67 (3-6)	**0,119
	3. ay	4,67 (2-5)	5 (1-5)	**0,185
	p	*<0,001	*<0,001	
Dil				
	Taburculuk	4 (1-5)	4,70 (2-5)	**0,134
	1. ay	4,40 (2-5)	5 (3-5)	**0,353
	3. ay	5 (2-5)	5 (2-5)	**0,908
	p	*<0,001	*<0,001	
Mobilite				
	Taburculuk	2,83 (1-5)	3,08 (1-5)	**0,329
	1. ay	3,17 (1-5)	3,83 (1-5)	**0,61
	3. ay	4 (1-5)	4,25 (1-5)	**0,248
	p	*<0,001	*<0,001	
Duygudurum				
	Taburculuk	4 (1-5)	4,40 (1-5)	**0,421
	1. ay	4,30 (1-5)	4,40 (2-5)	**0,592
	3. ay	4,40 (1-5)	4,40 (2-5)	**0,716
	p	*0,001	*0,322	
Kişilik				
	Taburculuk	5 (1-5)	5 (1-5)	**0,170
	1. ay	5 (1-5)	5 (1-5)	**0,493
	3. ay	5 (1-5)	4 (1-5)	**0,142
	p	*0,015	*0,226	

Tablo 4.12. (Devam) SSQOL alt başlıklarının değerlendirilmesi (n=98)

ortanca (min-maks)				
Öz bakım	Zaman	Kontrol (n=50)	Müdahale (n=48)	p
	Taburculuk	2,80 (1-5)	3,20 (1-5)	**0,427
	1. ay	3,80 (1-5)	4,20 (1-5)	**0,080
	3. ay	4,40 (1-5)	4,80 (1-5)	**0,095
	p	*<0,001	*<0,001	
Sosyal roller				
	Taburculuk	1 (1-5)	1 (1-4)	**0,710
	1. ay	3,10 (1-5)	3,40 (1-5)	**0,448
	3. ay	4,10 (1-5)	4,40 (1-5)	**0,271
	p	*<0,001	*<0,001	
Üst ekstremité				
	Taburculuk	2,90 (1-5)	3,50 (1-5)	**0,151
	1. ay	3,80 (1-5)	4,20 (2-5)	**0,111
	3. ay	4,50 (1-5)	4,70 (2-5)	**0,365
	p	*<0,001	*<0,001	
Görme				
	Taburculuk	5 (1-5)	5 (2-5)	**0,945
	1. ay	5 (2-5)	5 (3-5)	**0,839
	3. ay	5 (2-5)	5 (3-5)	**0,750
	p	*<0,001	*<0,001	
İş/Üretkenlik				
	Taburculuk	2,50 (1-5)	2,83 (1-5)	**0,746
	1. ay	3 (1-5)	4 (1-5)	**0,018
	3. ay	3,83 (1-5)	4,33 (1-5)	**0,047
	p	*<0,001	*<0,001	
Düşünme				
	Taburculuk	4,67 (1-5)	5 (2-5)	**0,120
	1. ay	4 (1-5)	4,17 (1-5)	**0,847
	3. ay	4,33 (1-5)	4,17 (1-5)	**0,832
	p	*0,932	*<0,001	
Toplam				
	Taburculuk	12,92 (7-19)	13,63 (7-18)	**0,238
	1. ay	15,58 (8-20)	16,38 (8-19)	**0,070
	3. ay	17,42 (9-20)	17,83 (8-20)	**0,272
	p	*<0,001	*<0,001	

*İstatistiksel analiz: Friedman test; **İstatistiksel analiz: Mann-Whitney U test

Her iki gruptaki hastalar karşılaştırıldığında, taburculuk gününde yapılan ilk görüşmede enerji, aile rolleri, dil, mobilite, duygu durum, kişilik, öz bakım, sosyal roller, üst ekstremitte fonksiyonları, görme, iş/üretkenlik, düşünme alt ölçeklerinde ve ölçekten alınan toplam puanda hastaların aldığı puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Enerji ve iş/üretkenlik alt ölçeklerinde taburculuk sonrası 1. ay ve 3. ayda hastaların aldığı puanlarda kontrol ve müdahale grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kontrol grubundaki hastaların düşünme alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında zaman içerisindeki değişim istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamakla birlikte ($p>0,05$), diğer alt ölçeklerden aldıkları puanların zaman içerisindeki değişimi istatistiksel açıdan anlamlı olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Müdahale grubundaki hastaların duygu durum ve kişilik alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında zaman içerisindeki değişim istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamakla birlikte ($p>0,05$), diğer alt ölçeklerden aldıkları puanların zaman içerisindeki değişimi istatistiksel açıdan anlamlı olarak bulunmuştur ($p<0,001$).

4.4. Memnuniyetin Değerlendirilmesi

Çalışma sonunda tüm hastalara eczacı-hasta ilişkisi, bakım kalitesi, genel memnuniyetin sorgulandığı Kronik Hastalarda Hasta Odaklı Eczacılık Hizmetleri ile ilgili Memnuniyet Anketi (PSPSQ 2.0) uygulanmıştır (Tablo 4.13.). Hastaların eczacı-hasta ilişkisi, bakım kalitesi ve genel memnuniyet bölümlerinden aldığı puanlar arasındaki fark kontrol ve müdahale gruplarındaki hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p <0,001$).

Tablo 4.13. Hastalara ait memnuniyet parametreleri (n=98)

Grup	Eczacı- Hasta İlişkisi ortalama±ss	Bakım Kalitesi ortalama±ss	Genel Memnuniyet ortalama±ss
Kontrol (n=50)	29,00±2,67	21,74±1,90	13,72±1,35
Müdahale (n=48)	33,56±1,38	24,33±1,74	14,85±0,95
p	*<0,001	**<0,001	*<0,001

İstatistiksel analiz: *Mann- Whitney U test; ** T-test

4.5. İnme Sonrası Depresyonun Değerlendirilmesi

Çalışmaya dahil edilen hastalara taburculuk gününde Hasta Sağlık Anketi (PHQ) isimli depresyon anketi uygulanmıştır (Tablo 4.14.). Çalışmaya katılan her iki gruptaki hastaların taburculuk günündeki depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 4.14. Hastaların depresyon durumları (n=98)

Grup	Yok/Çok Hafif	Hafif	Orta	Orta-Şiddetli	Şiddetli	p
	n (%)					
Kontrol (n=50)	22 (44)	14 (28)	8 (16)	4 (8)	2 (4)	0,477
Müdahale (n=48)	26 (54,2)	12 (25)	14 (14,3)	8 (8,2)	2 (2)	
Toplam (n=98)	48 (48,9)	26 (26,5)	22 (22,4)	12 (12,2)	4 (4,1)	

İstatistiksel analiz: Ki-kare test

4.6. Karşılaştırmalı Analizler

Çalışma süresince hastalara ait bazı demografik veriler, hastalara uygulanan uyunç ölçeği, yaşam kalitesi ölçeği, memnuniyet anketi ve depresyon anketinin birbirleri arasındaki ilişkisi değerlendirilmiştir.

Çalışma süresince kontrol ve müdahale grubundaki toplam 98 hastanın taburculuk günündeki depresyon düzeyi ile çalışma süresince (taburculuk, taburculuk sonrası 1. ve 3. ay) uyunç parametreleri arasındaki ilişki Tablo 4.15.'de gösterilmiştir. Taburculuk sonrası 1. ve 3. ayda depresyon düzeyi ve motivasyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif zayıf ilişki ($r:-0,309$; $r:-0,224$) olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Uyunç düzeyi ile depresyon düzeyi arasında taburculuk sonrası 1. ayda istatistiksel olarak anlamlı negatif zayıf ilişki ($r:-0,298$) olduğu görülmüştür ($p < 0,05$).

Tablo 4.15. Uyunç parametreleri ve depresyon düzeyi ilişkisi (n=98)

Uyunç Parametreleri	Depresyon Düzeyi	
	r*	p
Motivasyon Düzeyi		
Taburculuk	- 0,007	0,947
1. ay	-0,309	0,002
3. ay	-0,224	0,027
Bilgi Düzeyi		
Taburculuk	-0,072	0,480
1. ay	-0,097	0,344
3. ay	-0,051	0,620
Uyunç		
Taburculuk	-0,146	0,150
1. ay	-0,298	0,003
3. ay	-0,140	0,170

* Spearman korelasyon katsayısı

Çalışma süresince tüm hastalara ait yaşam kalitesi puanları ve depresyon düzeyi arasında tüm izlem zamanlarında istatistiksel olarak anlamlı negatif ve orta düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur ($p < 0,001$) (Tablo 4.16.).

Tablo 4.16. Yaşam kalitesi ve depresyon düzeyi ilişkisi (n=98)

Yaşam Kalitesi	Depresyon Düzeyi	
	r*	p
Taburculuk	-0,621	<0,001
1. ay	-0,651	<0,001
3. ay	-0,594	<0,001

* Pearson korelasyon katsayısı

İlaç sayısı ile tüm uyunç parametreleri arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$) (Tablo 4.17.).

Tablo 4.17. İlaç sayısı ve uyunç parametreleri ilişkisi (n=98)

Uyunç Parametreleri	İlaç Sayısı	
	r*	p
Motivasyon Düzeyi		
Taburculuk	0,197	0,052
1. ay	-0,022	0,832
3. ay	0,053	0,604
Bilgi Düzeyi		
Taburculuk	-0,028	0,786
1. ay	-0,121	0,234
3. ay	-0,116	0,234
Uyunç		
Taburculuk	0,145	0,155
1. ay	0,053	0,606
3. ay	0,146	0,152

* Spearman korelasyon katsayısı

Yaş ile bilgi ve motivasyon düzeyi, uyunç arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > 0,05$). Motivasyon düzeyi ve uyunç ile yaş arasındaki ilişki tüm izlem zamanlarında pozitif, bilgi düzeyi ile yaş arasındaki ilişki taburculuk sonrası 1. ay ve 3. ayda negatif olarak saptanmıştır (Tablo 4.18.).

Tablo 4.18. Yaş ve uyunç parametreleri ilişkisi (n=98)

Uyunç Parametreleri	Yaş	
	r*	p
Motivasyon Düzeyi		
Taburculuk	0,150	0,140
1. ay	0,053	0,603
3. ay	0,129	0,207
Bilgi Düzeyi		
Taburculuk	0,052	0,614
1. ay	-0,188	0,063
3. ay	-0,183	0,071
Uyunç		
Taburculuk	0,071	0,486
1. ay	0,040	0,693
3. ay	0,122	0,232

* Spearman korelasyon katsayısı

Hastaların tedaviye uyuncu ile yaşam kalitesi arasında sadece taburculuk sonrası 3. ayda istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif ve zayıf düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 4.19.).

Tablo 4.19. Uyunç parametreleri ve yaşam kalitesi ilişkisi (n=98)

Uyunç	Yaşam Kalitesi	
	r*	p
Taburculuk	0,030	0,770
1. ay	0,133	0,193
3. ay	0,202	0,046

* Spearman korelasyon katsayısı

Yaş ile depresyon düzeyi arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 4.20.). Tüm izlem zamanlarında yaşam kalitesi ve yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif ve zayıf ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,05$; $p<0,001$; $p<0,001$) (Tablo 4.20.).

Tablo 4.20. Yaş değerlerinin depresyon düzeyi, yaşam kalitesi ilişkisi (n=98)

	Yaş	
	r*	p
Depresyon Düzeyi	0,132	0,197
Yaşam Kalitesi		
Taburculuk	-0,344	0,001
1. ay	-0,385	< 0,001
3. ay	-0,384	< 0,001

* Spearman korelasyon katsayısı

Çalışma süresince çalışmaya tüm izlem zamanlarında hastaların yaşam kalitesi ile kullandığı ilaç sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif ve zayıf düzeyde ilişki olduğu görülmüştür ($p<0,001$) (Tablo 4.21.).

Tablo 4.21. İlaç sayısı ve yaşam kalitesi ilişkisi (n=98)

Yaşam Kalitesi	İlaç Sayısı	
	r*	p
Zaman		
Taburculuk	-0,370	<0,001
1. ay	-0,366	<0,001
3. ay	-0,374	<0,001

* Pearson korelasyon katsayısı

Taburculuk ve taburculuk sonrası 1. aydaki yaşam kalitesi ile hastaların hastanede kalış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif ve zayıf düzeyde ilişki bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.22.).

Tablo 4.22. Hastanede kalış süresi ve yaşam kalitesi ilişkisi (n=98)

Yaşam Kalitesi	Hastanede Kalış Süresi	
	r*	p
Taburculuk	-0,279	0,005
1. ay	-0,263	0,009
3. ay	-0,192	0,059

* Pearson korelasyon katsayısı

Çalışmaya katılan hastaların hastanede kalış süreleri ile uyunç parametreleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, hastaların taburculuk günündeki motivasyon, bilgi ve uyunç düzeyi ile hastanede kalış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ve zayıf düzeyde ilişki olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 4.23.).

Tablo 4.23. Hastanede kalış süresi ve uyunç parametreleri ilişkisi (n=98)

Uyunç Parametreleri	Hastanede Kalış Süresi	
	r*	p
Motivasyon Düzeyi		
Taburculuk	0,281	0,005
1. ay	0,041	0,688
3. ay	-0,021	0,836
Bilgi Düzeyi		
Taburculuk	0,295	0,003
1. ay	0,006	0,953
3. ay	0,017	0,866
Uyunç		
Taburculuk	0,284	0,005
1. ay	0,106	0,297
3. ay	0,112	0,274

* Spearman korelasyon katsayısı

Hastaların hastanede kalış süreleri ile depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan pozitif ve önemsenmeyecek düzeyde düşük ilişki bulunmuştur ($r: 0,175$; $p:0,085$).

Çalışmaya katılan kadın ve erkek hastalar arasında tüm izlem zamanlarında uyunç parametrelerinin değişimi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Kadın ve erkek hastalara ait tüm uyunç parametrelerinin zaman içerisindeki değişimi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$; erkeklerde $p_{motivasyon\ düzeyi} <0,05$) (Tablo 4.24.).

Tablo 4.24. Cinsiyete göre uyunç parametreleri (n=98)

Motivasyon Düzeyi	Cinsiyet		p*
	Kadın (n=61) ortanca (min-maks)	Erkek (n=37) ortanca (min-maks)	
Zaman			
Taburculuk	2 (0-3)	2 (1-3)	0,484
1. Ay	3 (0-3)	3 (1-3)	0,848
3. Ay	3 (0-3)	3 (1-3)	0,283
p	<0,001	0,021	
Bilgi Düzeyi			
Taburculuk	2 (0-3)	2 (0-3)	0,102
1. Ay	3 (0-3)	3 (0-3)	0,340
3. Ay	3 (0-3)	3 (1-3)	0,217
p	<0,001	<0,001	
Uyunç			
Taburculuk	3 (0-4)	3 (0-4)	0,135
1. Ay	4 (0-4)	4 (2-4)	0,443
3. Ay	4 (0-4)	4 (2-4)	0,578
p**	<0,001	<0,001	

İstatistiksel analiz: * Mann Whitney U test ** Friedman test

Çalışma süresince kadın ve erkek hastalar arasında zaman içerisinde yaşam kalitesindeki değişim istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p_{\text{etkileşim}} < 0,05$). Ortaya çıkan bu anlamlı farkın, taburculuktan sonraki 3. ayda cinsiyetler arasında yaşam kalitesi düzeyleri farklılığından kaynaklandığı saptanmıştır ($p < 0,05$). Kadın ve erkek hastalar kendi aralarında değerlendirildiğinde ise zaman içerisinde yaşam kalitesi düzeylerinde meydana gelen değişim istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p_{\text{zaman}} < 0,001$) (Tablo 4.25.).

Tablo 4.25. Cinsiyete göre yaşam kalitesi (n=98)

Yaşam Kalitesi	Cinsiyet	
	Kadın (n=61) ortalama±ss	Erkek (n=37) ortalama±ss
Zaman		
Taburculuk	13,23±2,94	13,10±3,07
1. Ay	15,81±2,88	14,91±2,90
3. Ay	17,20±2,98	16,01±2,90
p (zaman) <0,001		
p (etkileşim) = 0,002		

İstatistiksel analiz: İki yönlü tekrarlı ölçümlerde varyans analizi

Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumlarına göre uyunç parametreleri düzeyi Tablo 4.26.'da gösterilmiştir. Sadece ilkökul ve üniversite mezunu olan

hastaların motivasyon düzeylerinin zaman içerisindeki değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$; $p<0,05$). Hastaların bilgi düzeylerinin zaman içerisindeki değişimi ise ilkökul, lise ve üniversite mezunu olan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Bilgi düzeyinin taburculuk sonrası 1. ve 3. aylarda değişimi farklı eğitim durumundaki hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Hastaların uyunç düzeylerinin zaman içerisindeki değişimi ilkökul ($p<0,001$), lise ($p<0,05$) ve üniversite mezunu ($p<0,05$) olan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Eğitim durumları birbirleriyle karşılaştırıldığında uyunç düzeyinin zaman içerisindeki değişiminin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.26).

Tablo 4.26. Eğitim durumları ve uyunç parametreleri ilişkisi (n=98)

Motivasyon Düzeyi		Eğitim Durumu					p*
		ortanca (min-maks)					
		Yok (n=8)	İlkökol (n=40)	Ortaokul (n=11)	Lise (n=21)	Üniversite (n=18)	
Zaman	Taburculuk	3 (1-3)	2 (0-3)	3 (1-3)	3 (1-3)	2 (1-3)	0,718
	1. ay	3 (2-3)	3 (1-3)	2 (1-3)	3 (0-3)	3 (1-3)	0,489
	3. ay	3 (1-3)	3 (1-3)	3 (1-3)	3 (0-3)	3 (2-3)	0,935
p**		1,000	<0,001	0,646	0,097	0,045	
Bilgi Düzeyi							
Zaman	Taburculuk	2 (0-3)	2 (0-3)	2 (1-3)	2 (0-3)	2 (1-3)	0,133
	1. ay	3 (0-3)	3 (0-3)	2 (0-3)	2 (0-3)	3 (2-3)	0,036
	3. ay	3 (2-3)	3 (1-3)	2 (0-3)	2 (0-3)	3 (2-3)	0,016
p**		0,091	<0,001	0,819	<0,001	<0,001	
Uyunç							
Zaman	Taburculuk	3 (0-4)	3 (0-4)	3 (2-4)	4 (1-4)	3,50 (2-4)	0,412
	1. ay	3 (2-4)	4 (2-4)	3 (0-4)	4 (1-4)	4 (2-4)	0,234
	3. ay	4 (3-4)	4 (2-4)	4 (0-4)	4 (1-4)	4 (2-4)	0,667
p**		0,115	<0,001	0,834	0,014	0,044	

İstatistiksel analiz: * Mann Whitney U test ** Friedman test

Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi düzeyleri Tablo 4.27.'de gösterilmiştir. Tüm hastaların yaşam kalitesinin toplam ortalama değerlerinin izlem zamanlarındaki değişiminin her eğitim düzeyi için benzer olduğu görülmüştür ($p_{\text{etkileşim}} > 0,05$). Çalışmada tüm eğitim durumu grupları arasında zaman içerisinde yaşam kalitesindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p_{\text{grup}} < 0,05$). Farklılık yaratan grup ya da grupları belirlemede ikili karşılaştırma testi yapılmış ve okuma-yazma bilmeyen grup ile lise grubu arasında fark bulunmuştur ($p = 0,019$). Farklı eğitim düzeyine sahip hastaların zaman içerisinde yaşam kalitesindeki değişimler istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p_{\text{zaman}} < 0,001$).

Tablo 4.27. Eğitim düzeyi ve yaşam kalitesi ilişkisi (n=98)

Eğitim Düzeyi	Yaşam Kalitesi		
	ortalama±ss		
	Taburculuk	1. ay	3. ay
Yok (n=8)	9,83 (8-17)	12,75 (10-17)	15,42 (11-19)
İlkokul (n=40)	13,25 (7-18)	15,96 (8-19)	16,92 (8-20)
Ortaokul (n=11)	13,83 (7-18)	16,50 (8-19)	17,75 (9-20)
Lise (n=21)	14,92 (9-19)	17,00 (15-20)	18,33 (16-20)
Üniversite (n=18)	12,50 (9-17)	14,96 (13-20)	17,38 (14-20)
p (zaman) <0,001			
p (etkileşim)=0,116			
p (grup)=0,014			

İstatistiksel analiz: İki yönlü tekrarlı ölçümlerde varyans analizi

Çalışmaya katılan hastaların medeni durumlarına göre uyunç parametreleri değerlendirildiğinde, motivasyon ve uyunç düzeyi sadece evli hastalarda zaman içerisinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p < 0,001$). Bilgi düzeyi ise evli, dul ve bekar/boşanmış hastalarda zaman içerisinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p < 0,001$; $p < 0,05$; $p < 0,05$) (Tablo 4.28.).

Tablo 4.28. Medeni durum ve uyunç parametreleri ilişkisi (n=98)

Motivasyon Düzeyi		Medeni Durum			
		Evli (n=77)	Dul (n=13)	Bekâr/Boşanmış (n=8)	p*
		ortanca (min-maks)			
Zaman	Taburculuk	2 (0-3)	3 (1-3)	2,50 (1-3)	0,361
	1. ay	3 (0-3)	3 (2-3)	3 (2-3)	0,249
	3. ay	3 (0-3)	3 (1-3)	3 (2-3)	0,645
p**		<0,001	0,651	0,165	
Bilgi Düzeyi					
Zaman	Taburculuk	2 (0-3)	3 (0-3)	3 (0-3)	0,853
	1. ay	2 (1-3)	2 (2-3)	2 (2-3)	0,582
	3. ay	2 (1-3)	2,50 (2-3)	2,50 (2-3)	0,741
p**		<0,001	0,006	0,018	
Uyunç					
Zaman	Taburculuk	3 (0-4)	3 (2-4)	3 (1-4)	0,866
	1. ay	4 (0-4)	3 (3-4)	4 (3-4)	0,451
	3. ay	4 (0-4)	4 (2-4)	4 (3-4)	0,935
p**		<0,001	0,112	0,069	

İstatistiksel analiz: * Mann Whitney U test ** Friedman test

Çalışma süresince evli, dul ve bekâr/boşanmış hastalar arasında zaman içerisinde yaşam kalitesindeki değişimin benzer olduğu tespit edilmiştir ($p_{\text{etkileşim}} > 0,05$). Zaman içerisinde yaşam kalitesi düzeylerinde meydana gelen değişimin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmüştür ($p_{\text{zaman}} < 0,001$). Farklılık yaratan zaman ya da zamanları belirlemede ikili karşılaştırmalar testi yapılmış ve her bir izlem zamanındaki değer anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($p < 0,05$). Medeni durumlar arasında da anlamlı bir farklılık olduğu ve farklılığın evli olanlar ile dul olanlar arasında olduğu görülmüştür ($p = 0,013$) (Tablo 4.29.).

Tablo 4.29. Medeni durum ve yaşam kalitesi ilişkisi (n=98)

Medeni Durum	Yaşam Kalitesi		
	ortalama±ss		
	Taburculuk	1. ay	3. ay
Evlü (n=77)	13,34±2,99	15,80±2,86	17,03±2,72
Dul (n=13)	11,66±3,12	13,16±2,80	14,35±2,94
Bekar/Boşanmış (n=8)	14,10±1,71	16,06±1,77	17,96±1,042
p (zaman) <0,001 p (etkileşim) =0,101 p (grup)=0,010			

İstatistiksel analiz: İki yönlü tekrarlı ölçümlerde varyans analizi

Sigara içen, geçmişte sigara içme öyküsü olmuş ama son 10 yıldan daha az zaman zarfında sigarayı bırakmış ve hiç sigara kullanım öyküsü olmayan hastalar arasında zaman içerisinde motivasyon, bilgi ve uyunç düzeylerinde meydana gelen değişiklikler istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Her bir gruptaki zaman değişimleri incelendiğinde, zaman içerisindeki değişimler anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.30. Sigara kullanımı ve uyunç parametreleri ilişkisi (n=98)

Sigara Kullanımı		Var	Bırakmış	Yok	p*
Motivasyon Düzeyi		ortanca (min-maks)			
Zaman	Taburculuk	2 (1-3)	3 (1-3)	3 (2-3)	0,748
	1. ay	2 (1-3)	3 (1-3)	3 (1-3)	0,710
	3. ay	2,50 (0-3)	3 (0-3)	3 (0-3)	0,186
p**		0,017	0,005	0,002	
Bilgi Düzeyi					
Zaman	Taburculuk	2 (0-3)	2,50 (0-3)	2 (1-3)	0,092
	1. ay	2 (1-3)	3 (0-3)	3 (0-3)	0,299
	3. ay	2 (0-3)	3 (0-3)	2,50 (0-3)	0,339
p**		<0,001	0,028	<0,001	
Uyunç					
Zaman	Taburculuk	3 (1-4)	3 (2-4)	3 (0-4)	0,238
	1. ay	4 (2-4)	4 (0-4)	4 (1-4)	0,711
	3. ay	4 (2-4)	4 (0-4)	4 (1-4)	0,591
p**		0,003	0,121	<0,001	

İstatistiksel analiz: * Mann Whitney u test ** Friedman test

Alkol tüketimi olan ve olmayan hastalar arasında zaman içerisinde motivasyon, bilgi ve uyunç düzeylerinde meydana gelen değişiklikler istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Her bir gruptaki zaman değişimleri incelendiğinde, zaman içerisindeki değişimler anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.31.).

Tablo 4.31. Alkol tüketimi ve uyunç parametreleri ilişkisi (n=98)

Alkol Tüketimi		Var (n=12)	Yok (n=86)	p*
Motivasyon Düzeyi		ortanca (min-maks)		
Zaman	Taburculuk	2 (1-3)	2 (0-3)	0,815
	1. ay	3 (2-3)	3 (0-3)	0,477
	3. ay	3 (1-3)	3 (0-3)	0,519
p**		0,091	<0,001	
Bilgi Düzeyi				
Zaman	Taburculuk	2 (0-3)	2 (0-3)	0,532
	1. ay	3 (2-3)	3 (0-3)	0,707
	3. ay	3 (2-3)	3 (0-3)	0,832
p**		0,002	<0,001	
Uyunç				
Zaman	Taburculuk	3 (1-4)	3 (0-4)	0,633
	1. ay	4 (3-4)	4 (0-4)	0,336
	3. ay	4 (2-4)	4 (0-4)	0,691
p**		0,018	<0,001	

İstatistiksel analiz: * Mann Whitney u test ** Friedman test

Hastaların eğitim durumlarına göre memnuniyet parametreleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.32.).

Tablo 4.32. Eğitim düzeyine göre memnuniyet parametreleri (n=98)

	Eczacı- Hasta İlişkisi	Bakım Kalitesi	Genel Memnuniyet
Eğitim Düzeyi	ortanca (min-maks)		
Yok (n=8)	30,50 (29-36)	22,50 (20-28)	14,00 (13-16)
İlkokul (n=40)	33,00 (25-35)	23,00 (19-28)	14,00 (11,16)
Ortaokul (n=11)	31,00 (22-36)	22,00 (20-26)	14,00 (13-16)
Lise (n=21)	31,00 (28-35)	23,00 (18-27)	15,00 (11-16)
Üniversite (n=18)	31,00 (24-34)	23,50 (18-27)	14,00 (10-16)
p	0,214	0,375	0,648

İstatistiksel analiz:* Mann Whitney U test ** Friedman test

Tüm izlem zamanlarında yaşam kalitesi ile memnuniyet parametreleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı olmayan pozitif ve önemsenmeyecek düzeyde düşük ilişki bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 4.33.).

Tablo 4.33. Yaşam kalitesi ile memnuniyet parametreleri ilişkisi (n=98)

Memnuniyet	Yaşam Kalitesi					
	Taburculuk		1. ay		3. ay	
	r*	p	r*	p	r*	p
Eczacı-Hasta İlişkisi	0,173	0,089	0,173	0,088	0,119	0,244
Bakım Kalitesi	0,119	0,242	0,153	0,133	0,155	0,128
Genel Memnuniyet	0,049	0,629	0,049	0,634	0,038	0,712

* Pearson korelasyon katsayısı

Çalışmaya katılan hastaların eğitim düzeyleri, cinsiyeti ve medeni durumları ile depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi Tablo 4.34.'te gösterilmiştir. Eğitimi olmayan, ilkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunu hastaların depresyon düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Kadın ve erkek hastaların depresyon düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p<0,05$). Evli, dul ve bekar/boşanmış hastaların depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.34. Eğitim düzeyi, cinsiyet ve medeni duruma göre depresyon düzeyi (n=98)

Eğitim Düzeyi	Depresyon Düzeyi ortanca (min-maks)
Yok (n=8)	6,50 (0-20)
İlkokul (n=40)	4 (0-18)
Ortaokul (n=11)	4 (2-21)
Lise (n=21)	5 (0-11)
Üniversite (n=18)	8 (0-17)
	*p=0,408
Cinsiyet	
Kadın (n=61)	4 (0-21)
Erkek (n=37)	7 (0-20)
	**p=0,024
Medeni Durum	
Evli (n=77)	4 (0-21)
Dul (n=13)	8 (2-16)
Bekâr/Boşanmış (n=8)	4 (0-18)
	*p=0,104

İstatistiksel analiz: *Kruskal Wallis; ** Mann Whitney U Test

Hastalara uygulanan yaşam kalitesi ölçeğinin alt ölçeklerinden biri olan duygu durum ölçeği ile depresyon ölçeği arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif ve kuvvetli ilişki olduğu görülmüştür ($p<0,001$; $r=-0,744$).

5. TARTIŞMA

İlk kez inme geçiren hastaların taburculuk gününden itibaren klinik eczacı tarafından verilen eğitim ile; taburculuk sonrası hastalarda ilaç uyuncunun azalmasının önüne geçilmesini ve inme sonrası yaşam kalitesinin artırılması hedeflenen bu çalışmada toplam 98 hasta değerlendirilmiştir. Bu tez çalışmasında farklı zaman aralıklarında değerlendirilmek üzere kontrol ve müdahale grupları oluşturulmuştur. Müdahale grubundaki hastalara klinik eczacı tarafından taburculuk gününde, kontrol grubundaki hastalara ise taburculuk sonrası yapılan görüşmelerin sonunda eğitim verilmiştir. Kontrol (n=50) ve müdahale (n=48) grubundaki hastaların cinsiyet, meslek, eğitim durumu, yaşadığı ortam, medeni durum, sigara kullanımı, alkol tüketimi, alerji varlığı, bitkisel ürün kullanımı, ameliyat durumu, beden kitle indeksleri, eşlik eden hastalıkları, laboratuvar değerleri, NIHSS sonuçları ve mRS değerleri açısından gruplar arasında benzer dağılım gösterdiği görülmüştür ($p>0,05$). Gruplar arasında yaş ve hastanede kalış süresi açısından anlamlı farklılık saptanmıştır. Kontrol grubunda hastaların yaş ortalamasının daha yüksek ($p=0,024$) ve hastanede kalış süresinin daha uzun olduğu görülmüştür ($p=0,008$) (Bkz. Tablo 4.2.).

Irewall ve arkadaşlarının inme geçiren hastalarda tekrar inme gelişimini önlemek amacıyla yaptığı randomize kontrollü çalışmada 12 ay sonunda hemşirelerin katkısı sonucu müdahale grubundaki hastaların sadece sistolik kan basıncında kontrol grubuna göre daha fazla azalma olduğu belirtilmiştir ($p<0,001$) (93). Yapılan literatür değerlendirmesinde, inme geçirmiş hastalarda kan basıncının düşürülmesinde eczacıların yer aldığı benzer çalışmalara rastlanmamıştır. Bu tez çalışmasında ise kontrol ve müdahale gruplarında 3 aylık süreçte sistolik kan basıncındaki düşüş müdahale grubunda daha yüksek bulunmasına rağmen gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmazken ($p>0,05$), diastolik kan basıncındaki düşüşün müdahale grubunda daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Bkz. Tablo 4.6.). Yapılan bu çalışmalarda, tekrar inme gelişimi için önemli risk faktörlerinden biri olan yüksek kan basıncı değerlerinin düşürülmesinde sağlık çalışanlarının verdiği eğitimin önemli katkısının olduğu görülmektedir.

Rasmussen ve arkadaşlarının inme geçiren hastalarda yaptığı randomize kontrollü çalışmada müdahale grubundaki hastalara taburculuk öncesinde ve sonrasındaki süreçte eğitim verilmiştir. Taburculuk sonrasındaki 3. ayda müdahale

grubundaki hastaların mRS puanlarında kontrol grubundaki hastalara göre meydana gelen azalmanın daha fazla olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (94). Bu tez çalışmasında her iki gruptaki inme hastalarının mRS puanlarındaki düşüşün anlamlı olduğu ($p<0,001$), ancak gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Bkz. Tablo 4.7.). Bu tez çalışmasında müdahale grubundaki hastalara verilen fiziksel iyileşmeye doğrudan etkili olması beklenmeyen eğitim ile hastaların inme sonrasında iş yapabilme yeteneğindeki kısıtlılığın iyileştirilmesi mümkün olmamıştır.

Chandrasekhar ve arkadaşlarının yapmış olduğu kontrol ve müdahale grubundaki inme geçirmiş toplam 128 hastanın yer aldığı çalışmada, müdahale grubundaki hastalara klinik eczacı tarafından eğitim verildikten 1 ay sonra her iki gruptaki hastalara MMAS-8 uyunç ölçeği uygulanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların %56,3'ünün yüksek %34,4'ünün orta ve %9,4'ünün düşük düzeyde tedaviye uyunç sağladığı bildirilmiştir. Müdahale grubundaki hastaların ise %59,4'ünün yüksek, %26,9'unun orta ve %14,1'inin düşük düzeyde tedaviye uyunç sağladığı belirtilmiştir. Gruplar arasındaki uyunç düzeyleri farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$) (95). Benzer şekilde Hohmann ve arkadaşlarının 281 inme geçirmiş hastayla yapmış olduğu çalışmada müdahale grubundaki hastalara klinik eczacı tarafından eğitim verildikten 3 ay sonra her iki gruptaki hastaların tedaviye uyunçları değerlendirilmiştir. Kontrol grubundaki hastaların %83,3'ünün, müdahale grubundaki hastaların ise %90,9'unun tedaviye uyunç gösterdiği bildirilmiştir ($p<0,05$) (96).

Bu tez çalışmasında tüm hastalara taburculuk gününde, taburculuk sonrası 1. ayda ve 3. ayda MMAS-4 uyunç ölçeği uygulanmıştır. Taburculuk gününde kontrol grubundaki hastaların %80'i yüksek, %18'i orta ve %2'si düşük düzeyde tedaviye uyunç sağlarken, müdahale grubundaki hastaların %52,1'i yüksek, %45,8'i orta ve %2,1'i düşük düzeyde tedaviye uyunç sağlamıştır. Taburculuk gününde kontrol grubundaki hastaların tedaviye uyunçlarının müdahale grubuna göre daha iyi olduğu tespit edilmiştir ($p=0,011$). Müdahale grubunda taburculuk gününe kıyasla taburculuk sonrası hem 1. hem de 3. ayda uyunç düzeylerinde anlamlı iyileşme görülürken ($p<0,001$), kontrol grubunda anlamlı bir değişiklik görülmemiştir ($p>0,05$) (Bkz. Tablo 4.10. ve Tablo 4.11.). Müdahale grubunda diğer çalışmalarda olduğu gibi klinik

eczacının katkısı ile uyunç düzeyinin arttığı görülmüştür. İnme geçiren hastalarda tedaviye uyuncun iyileştirilmesinde klinik eczacılara önemli rol düşmektedir.

Pan ve arkadaşlarının hipertansif inme geçirmiş hastalarda Morisky uyunç ölçeği kullanılarak klinik eczacının uyunca katkısının değerlendirildiği bir çalışmada farklı yaş gruplarındaki hastaların tedaviye uyunçları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadığı belirtilmiştir ($p>0,05$) (97). Bu tez çalışmasında da artan yaş ile tedaviye uyunç arasında istatistiksel açıdan anlamlı olmayan pozitif ve önemsenmeyecek düzeyde düşük ilişki olduğu görülmüştür ($p>0,05$) (Bkz. Tablo 4.19.). Yaş grupları ile uyunç arasında bir ilişki bulunmadığından, hastaların uyunçlarının iyileştirilmesinde her yaş grubuna eğitim verilmesi önem taşımaktadır.

Sjölander ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada inme geçiren erkek hastaların inme sonrasındaki 3. ayda tedaviye uyunç durumlarının daha iyi olduğu ($p=0,042$) (98), Pan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise kadınların tedaviye uyunç durumlarının daha iyi olduğu ($p=0,021$) bildirilmiştir (98). Bu tez çalışmasında hem kadın hem de erkek hastaların tedaviye uyunçlarının zaman içerisinde anlamlı şekilde artmış olduğu bulunsa da ($p<0,001$) kadın ve erkek hastalar karşılaştırıldığında tüm izlem zamanlarında tedaviye uyunçları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Bkz. Tablo 4.23.). Yapılan bu çalışmalara bakıldığında, inme geçirmiş hastalarda tedaviye uyunç ile cinsiyetin ilişkisi netlik kazanmamıştır. Ancak gerek kadın gerekse erkek hastalarda verilen eğitim ile uyuncun iyileştirildiği görülmüştür.

Bushnell ve arkadaşları tarafından inme sonrasındaki 12. ayda hastaların tedaviye uyunçlarının değerlendirildiği bir çalışmada hastaların medeni durumu (evli ve bekâr) ile tedaviye uyunçları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (99). Benzer şekilde bu tez çalışmasında da taburculuk günü, taburculuk sonrası 1. ay ve 3. ayda hastaların medeni durumu ile tedaviye uyunçları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Bkz. Tablo 4.28.). Sadece evli hastaların zaman içerisinde tedaviye uyuncundaki artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Hastaların medeni durumundan bağımsız olarak tedaviye uyunçlarını iyileştirmek için müdahalelere ihtiyaç duyulmaktadır.

Cheiloudaki ve Alexopoulos'un inme geçiren hastalarda yapmış olduğu çalışmada farklı eğitim düzeylerindeki hastaların tedaviye uyunçları arasında

istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). (100). Bu tez çalışmasında da benzer şekilde farklı eğitim düzeyindeki hastaların tedaviye uyunçları arasında taburculuk, taburculuk sonrası 1. ay ve 3. ayda istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). İlkokul, lise ve üniversite mezunu hastaların zaman içerisinde tedavi uyunçları arasındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p_{ilkokul}<0,001$; $p_{lise}<0,05$; $p_{üniversite}<0,05$) (Bkz. Tablo 4.26.). İnme geçiren hastaların eğitim düzeyleri ile uyunç arasında bir ilişki saptanmamış olsa da bu hastalara verilen eğitimin uyunç düzeylerine önemli katkısının olduğu göz önünde tutulmalıdır.

Chambers ve arkadaşlarının inme geçiren hastalarda yapmış olduğu çalışmada tedaviye yüksek uyunç sağlayan hastaların günlük kullandığı ortalama \pm ss ilaç sayısı ($6,4\pm 3,2$) düşük uyunç sağlayan hastaların ilaç sayısından ($4,9 \pm 2,6$) daha fazla olsa da kullanılan günlük ilaç sayısı ile tedaviye uyunç arasında anlamlı farklılığa rastlanmamıştır ($p>0,05$) (101). Bu tez çalışmasında da benzer olarak hastaların kullandığı toplam ilaç sayısı ile tedaviye uyunç arasında istatistiksel açıdan anlamlı olmayan, pozitif ve önemsenmeyecek derecede düşük ilişki bulunmuştur ($p>0,05$; $r<0,20$). Bu bulgular doğrultusunda uyuncu iyileştirmeye yönelik müdahalelerin sadece çok sayıda ilaç kullanan hastalarla kısıtlı tutulmaması gerektiği düşünülmektedir.

Pan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada sigara kullanımının hastaların tedaviye uyunçları üzerine etkili olmadığı gösterilmiştir ($p>0,05$) (97). Bu tez çalışmasında da tüm izlem zamanlarında benzer sonuçlar saptanmıştır ($p>0,05$). Literatürde alkol tüketimi ile tedaviye uyuncun ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamış ancak bu tez çalışmasında alkol tüketiminin hastaların tedaviye uyunçları üzerine etkili olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Bkz. Tablo 4.30.). Sigara ve alkol gibi kötü alışkanlıkların tedaviye uyuncu etkilemediği görülse de bu alışkanlıkların inme açısından önemli risk faktörü olduğu unutulmamalı ve hastalara bu alışkanlıkları terketmesi yönünde bilgilendirme yapılmalıdır.

Gbiri ve arkadaşlarının inme geçirmiş 65 hastanın yaşam kalitesini SSQOL ölçeği ile değerlendirdiği gözlemsel çalışmada hastaların inme sonrası ve 3 ay sonraki ortalama SSQOL değerleri karşılaştırıldığında anlamlı bir artış olduğu bildirilmiştir ($p<0,001$) (102). Bu sonuçlara benzer şekilde bu tez çalışmasında da kontrol ve müdahale gruplarındaki hastaların toplam ortalama SSQOL ölçeği puanının zaman

içerisinde artış gösterdiği ve bu artışın her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p_{\text{kontrol}} < 0,001$; $p_{\text{müdahale}} < 0,001$).

Ntsiea ve arkadaşlarının inme geçirmiş 80 hasta ile yaptığı randomize kontrollü çalışmada kontrol ve müdahale gruplarında bulunan hastaların çalışma süresince (6 ay) SSQOL ölçeğinden aldıkları puanların arttığı ancak gruplar arasında ortalama yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı belirtilmiştir ($p > 0,05$) (103). Bu tez çalışmasında da taburculuk günü-1. ay ve taburculuk günü-3. ay zamanlarında alınan toplam ortalama SSQOL puanları gruplar arasında karşılaştırıldığında Ntsiea ve arkadaşlarının çalışmasına benzer şekilde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Hohmann ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kontrol ve müdahale grubundaki toplam 255 hastaya hastanede yatış sırasında ve inme sonrası 12. ayda klinik eczacılar tarafından SF-36 yaşam kalitesi ölçeği uygulandığında, 8 alt ölçekten oluşan SF-36'nın sadece 1 alt ölçeğinde (vitalite değerleri) 12. ay sonunda kontrol grubuna kıyasla müdahale grubunda anlamlı bir artış olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$) (104). Hohmann ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada olduğu gibi bu tez çalışmasında da yaşam kalitesi ölçeğinin alt ölçekleri değerlendirildiğinde, müdahale grubundaki hastaların sadece enerji ve iş/üretkenlik alt ölçeklerinden aldıkları puanların zaman içerisindeki değişimi kontrol grubundaki hastalara göre daha fazla artış göstermiştir ($p_{\text{enerji}} < 0,05$; $p_{\text{iş/üretkenlik}} < 0,05$) (Bkz. Tablo 4.12.). SF-36'da yer alan vitalite değerleri alt ölçeğinin SSQOL ölçeğinde enerji alt ölçeğine karşılık gelmesinden (105) dolayı, her iki çalışma sonuçlarının da benzer olduğu görülmektedir.

Tüm bu çalışma sonuçlarına bakıldığında, inme geçiren hastalarda yapılan müdahaleden (eğitim) bağımsız olarak genel yaşam kalitesinde artış olması ve yapılan müdahale ile sadece kısıtlı alt ölçeklerde iyileşme olması, inme geçiren hastaların hastalıklarının riskinin ve öneminin farkındalığından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Günaydın ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada geriatrik ve geriatrik olmayan hastalara inme geçirdikten 3 ay sonra uygulanan SSQOL yaşam kalitesi ölçeğinden alınan toplam puanlar gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$) (106). Bu tez çalışmasında hastaların taburculuk günü, taburculuk sonrası 1. ay ve 3. ayda SSQOL ölçeğinden aldıkları toplam ortalama puanların yaşa bağlı olarak

istatistiksel açıdan anlamlı düşüş gösterdiği; ancak bu ilişkinin zayıf düzeyde olduğu bulunmuştur ($p<0,001$; $r=0,20-0,39$) (Bkz. Tablo 4.20.). İnme geçiren hastalarda yaşın yaşam kalitesi üzerine etkisi yapılan çalışmalarda netlik kazanmamış olsa da yaşlanmaya bağlı eşlik eden hastalıkların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebileceği göz önünde tutulmalıdır.

Nordin ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada cinsiyetler arasında yaşam kalitesi düzeyi karşılaştırıldığında, kadın ve erkek hastalar arasında SSQOL toplam puanlarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı bildirilmiştir ($p>0,05$) (107). Benzer şekilde bu tez çalışmasında da taburculuk gününde ve taburculuk sonrası 1. aydaki toplam ortalama SSQOL puanları cinsiyetler arasında karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Ancak taburculuk sonrasındaki 3. ayda kadınlarda toplam ortalama SSQOL değerlerinin daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Bkz. Tablo 4.25.). Bu sonuçlar, verilen eğitimin yaşam kalitesinin iyileşmesi açısından kadınlarda zaman içerisinde daha etkili olduğunu göstermektedir.

Hem Kiron ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (108) hem de bu tez çalışmasında hastaların medeni durumları ile SSQOL ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Ayrıca bu tez çalışmasına benzer şekilde Kiron ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da (108) farklı eğitim düzeyleri ile hastaların SSQOL yaşam kalitesi ölçeğinden aldığı puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı bildirilmiştir ($p>0,05$) (Bkz. Tablo 4.27.). Bu iki çalışmada da inme geçiren hastalarda medeni durumun ve eğitim düzeyinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin olmadığı saptanmıştır.

Yapılan literatür taramalarında inme hastalarının günlük kullandığı ilaç sayısı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi konu değerlendiren bir çalışma bulunamamıştır. Olsson ve arkadaşlarının geriatric hastaları değerlendirdiği bir çalışmada hastaların kullandığı ilaç sayısındaki artışın hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır (109). Bu tez çalışmasında da benzer şekilde inme geçirmiş hastaların tüm izlem zamanlarındaki yaşam kalitesi ile kullandığı ilaç sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif ve zayıf düzeyde ilişki bulunmuştur ($p<0,001$; $r=-0,20-0,39$) (Bkz. Tablo 4.21.). Yaşlanmaya bağlı olarak eşlik eden hastalıkların artması nedeniyle

kullanılan ilaç sayısındaki artış hastaların yaşam kalitesini de etkilediğinden, gereksiz ilaç kullanımının önlenmesi bu hasta grubunda da önem taşımaktadır.

Cramm ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada inme geçiren hastaların ortalama±ss hastanede kalış süreleri 11,96±6,88 gün olan hastalara taburculuk gününde EQ5D (EuroQOL5D) yaşam kalitesi ölçeği uygulandığında yaşam kalitesi ile hastanede kalış süreleri arasında negatif ilişki olduğu saptanmıştır ($\beta=-0,09$) (110). Bu tez çalışmasında hastaların ortalama±ss hastanede kalış süresi 9,89±8,51 gün olarak bulunmuştur. Hastaların hastanede kalış süreleri ile taburculuk günü ve taburculuk sonrası 1. aydaki yaşam kaliteleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif ve zayıf düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,05$; $r=-0,20-0,39$). Taburculuk sonrasındaki 3. ayda ise hastaların yaşam kalitesi ile hastanede kalış süreleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı olmayan, negatif ve önemsenmeyecek derecede düşük ilişki olduğu bulunmuştur ($p>0,05$; $r=-0,192$) (Bkz. Tablo 4.23.). Hastaların hastanede yatış sürelerinin uzaması yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir; ancak taburculuk sonrası geçen zaman ile bu olumsuz etki azaldığından, inme geçiren hastaların en kısa sürede taburcu edilmesi önem taşımaktadır.

Wilkins ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada hastaların inme sonrası depresyon düzeyleri PHQ-9 anketi ile değerlendirildiğinde çalışmaya katılan 233 hastanın 46 (%19,74)'sının anketten ≥ 10 puan aldığı bildirilmiştir (111). Goldfinger ve arkadaşlarının PHQ-8 anketi kullanılarak 535 inme geçiren hastada yaptığı çalışmada 159 (%29,7) hastanın ≥ 10 puan aldığı belirtilmiştir (112). Bu tez çalışmasında kontrol ve müdahale grubunda bulunan 98 hastaya taburculuk gününde uygulanan PHQ-9 anketinden hastaların 38 (%38,77)'inin ≥ 10 puan aldığı görülmüştür (Bkz. Tablo 4.14.). Tüm bu çalışmaların sonucuna bakıldığında, inme geçiren hastaların düşük bir oranının orta ve üzeri depresyon düzeyinde olduğu görülse de bu tez çalışmasında diğer çalışmalara kıyasla daha yüksek oran saptanmıştır.

Kim ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada inme sonrası depresyon tanısı alan hastaların yaş ortalamasının depresyon tanısı almayanlardan daha yüksek olduğu ($p<0,05$) ancak cinsiyet ve hastaların eğitim durumları ile depresyon tanısı olup olmaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (113). Bu tez çalışmasında ise hastaların depresyon düzeyleri ile yaşları ve eğitim durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), erkek hastaların

depresyon düzeyi puanların daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Bkz. Tablo 4.20.). Bu iki çalışmada da eğitim durumuna ilişkin sonucun benzer olduğu ancak yaş ve cinsiyet ile depresyon ilişkisi arasında farklı sonuçlar olduğu görülse de inme geçiren tüm hastaların depresyon riski taşıyabilecekleri göz önünde tutularak depresyon açısından değerlendirilmeleri önem taşımaktadır.

Batool ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada hastaların inme sonrası depresyon ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenmiştir. Hastaların SSQOL yaşam kalitesinden aldığı toplam puanlar ile DSM-IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) depresyon skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif ve orta düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,001$; $r=-0,677$). SSQOL yaşam kalitesi ölçeğinde yer alan duygu durum alt ölçeğinden aldığı ortalama puanlar ile DSM-IV depresyon skoru arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif ve orta düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,001$; $r=-0,567$) (113). Bu tez çalışmasında da benzer şekilde hastaların SSQOL yaşam kalitesi ölçeğinden aldığı toplam ortalama puanlar ile PHQ-9 depresyon anketinden aldığı puanlar arasında tüm izlem zamanlarında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif ve orta düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,001$; $r_{\text{taburculuk}}=-0,621$; $r_{1. \text{ay}}=-0,651$; $r_{3. \text{ay}}=-0,594$). Yine Batool ve arkadaşlarının çalışmasında olduğu gibi hastaların taburculuk gününde duygu durum alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar ile PHQ-9 depresyon anketinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif ve kuvvetli ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,001$; $r=-0,744$) (Bkz. Tablo 4.16.). Her iki çalışmanın sonucunda da depresyon şiddetindeki artışın hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmüştür. Ayrıca, yaşam kalitesi ölçeğinde de alt ölçek olarak yer alan duygu durum ölçeği de depresyonu değerlendirmeye yönelik olduğundan, buradan elde edilen sonuç ile depresyon anketinden elde edilen sonuçların uyumlu olduğu görülmektedir. Bu nedenle, SSQOL yaşam kalitesi ölçeği uygulanan inme geçiren hastalara, DSM-IV veya PHQ-9 gibi depresyon anketi uygulamaya gerek kalmadan da depresyon durumlarının değerlendirilebileceği göz önünde tutulmalıdır.

Bushnell ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların yaşam kalitesi EQ5D yaşam kalitesi ölçeği ve depresyon düzeyleri PHQ-8 depresyon anketi ile inme sonrasındaki 3. ayda, hastaların tedaviye uyunçları ise inme sonrasındaki 12. ayda değerlendirilmiştir. Hastalar tedaviye uyunç gösterip göstermemesine göre

karşılaştırıldıklarında, ne EQ5D yaşam kalitesi ölçeğinden aldığı puanlar arasında ne de PHQ-8 depresyon anketinden aldığı puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (99). Bu tez çalışmasında hastaların taburculuk gününde ve taburculuk sonrası 1. ayda MMAS-4 ile değerlendirilen tedaviye uyunçları ve SSQOL ile değerlendirilen yaşam kalitesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı olmayan, pozitif ve önemsenmeyecek düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur ($p>0,05$; $r<0,20$). Taburculuk sonrası 3. ayda ise istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif ve zayıf ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,05$; $r=0,20-0,39$). Ayrıca hastaların PHQ-9 depresyon anketinden aldığı puanlar ile taburculuk günü ve taburculuk sonrası 3. aydaki MMAS-4 uyunç ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı olmayan, negatif ve önemsenmeyecek düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur ($p>0,05$; $r<0,20$). Taburculuk sonrası 1. aydaki MMAS-4 uyunç ölçeğinden aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı, negatif ve zayıf düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,05$; $r=-0,20-0,39$) (Bkz. Tablo 4.15.). Bushnell ve arkadaşlarının yaptığı çalışma uyunç ile yaşam kalitesi ve depresyon şiddeti arasında bir ilişki saptanmazken, bu tez çalışmasında inme sonrası geçen zaman ile uyunçtaki artış ile yaşam kalitesinin de arttığı gösterilmiştir. Ayrıca tüm izlem zamanlarında depresyon şiddeti yüksekse uyuncun olumsuz etkilendiği ancak bu durumun taburculuktan sonra 1. ayda anlamlı olduğu görülmüştür. Bu çalışmalar arasındaki bu farklılıkların, Bushnell ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşam kalitesinin ve depresyonun 3. ayda uyuncun ise 12. ayda değerlendirilmesinden, bu tez çalışmasında uyuncun ve yaşam kalitesinin tüm izlem zamanlarında eş zamanlı olarak, depresyonun ise taburculuk gününde değerlendirilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Her ne kadar kesinlik kazanmış olmasa da inme geçirmiş hastalarda depresyon varlığının uyuncu, uyunçsuzluğun da yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebileceği göz önünde tutulmalıdır.

Vivian tarafından 56 hipertansiyon hastası ile ABD’de yapılan prospektif, kontrollü çalışmada müdahale grubundaki hastalar klinik eczacı tarafından ayda 1 kez, kontrol grubundaki hastalar ise serbest eczanelerde rutin eczacılık hizmeti alarak takip edilmiştir. Gruplar karşılaştırıldığında, hastaların 14 sorudan oluşan memnuniyet anketine verdiği cevaplardan sadece 1 soruda anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (114). Bu tez çalışmasında 3. ayın sonunda hastalara uygulanan PSPSQ 2.0

memnuniyet anketinde, müdahale grubundaki hastaların eczacı-hasta ilişkisi, bakım kalitesi, genel memnuniyet alt ölçeklerinden daha yüksek puanlar aldığı tespit edilmiştir ($p<0,001$) (Bkz. Tablo 4.13.). Bu tez çalışmasında da Vivian tarafından yapılan çalışmaya benzer şekilde hem müdahale hem de kontrol grubu rutin serbest eczacılık hizmeti almıştır, ancak müdahale grubuna sunulan klinik eczacılık hizmeti sonucu memnuniyetin çok daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun nedeninin ABD’de verilen eczacılık eğitiminin klinik eczacılık üzerine olmasından dolayı, serbest eczanelerde de klinik eczacılık hizmetlerinin yaygın olarak sunulması olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Bu çalışma yüksek lisans tezi kapsamında yapıldığı için süre kısıtlaması bulunduğu ve sadece ilk defa inme geçiren hastalar çalışmaya dâhil edildiğinden hasta sayısı kısıtlı sayıdadır. Çalışma süresince çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunu iskemik inmeli hastalar oluşturduğu için inme tipi ile tedaviye uyunç, yaşam kalitesi, depresyon ve hasta memnuniyeti değerlendirilmesi yapılamamıştır. Taburculuk gününde hastaların NIHSS skorları kaydedilmesine rağmen taburculuk sonrasındaki süreçte rutin poliklinik takibinde değerlendirilmemesi veya hastalarla telefonda görüşülmüş olması nedeniyle NIHSS skoruna ulaşamamıştır. Ayrıca hastalara ait laboratuvar değerleri taburculuk sırasında kaydedilse de taburculuk sonrası hastaların kontrol tarihinin çalışma kapsamına girmemesi, hastaların dış merkezlerdeki kan tahlili sonuçlarını ulaştırmamasından dolayı taburculuk sonrası süreçte laboratuvar sonuçları kaydedilemediğinden karşılaştırma yapılamamıştır. Hastalara ait kan basıncı değerleri araştırmacı ölçümü ile tespit edilemediği için hastalardan sözel olarak alındığından bazı kan basıncı değerlerinin objektifliği sorgulanabilir. Klinik eczacı tarafından verilen sözlü ve yazılı eğitimin içeriğinde inme sonrası depresyon bulunmadığından hastaların depresyon düzeyleri sadece taburculuk gününde kaydedilmiştir.

Hastaların bilgi ve motivasyon düzeyini tayin etmek amacıyla kullanılan Türkçe Modifiye Morisky İlaç Uyunç Ölçeği (MMAS-6) 6 sorudan oluşmaktadır, ancak literatürde inme hastalarına MMAS-6 ölçeği uygulayan çalışma bulunamadığından, hastaların bilgi ve motivasyon düzeyleri ile yaşam kalitesi, memnuniyet, depresyon arasındaki ilişkiler diğer çalışmalar ile karşılaştırılamamıştır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Akut inme tedavisinde olduğu gibi sekonder koruma yöntemlerinin uygulanmasında da multidisipliner yaklaşımın önemi gün geçtikçe artmaktadır. İnme sonrasında hastaların yaşam kalitesi birçok yönden etkilenmektedir. Yaşam kalitesinde meydana gelen negatif değişimler hastaların psikolojik olarak kötü etkilenmesine ve tedaviye uyuncun azalmasına neden olmaktadır. Diğer hastalıkların tedavisinde olduğu gibi inme tedavisinde de hastalara reçete edilen ilaçların doğru şekilde kullanılması daha çabuk iyileşmeyi sağlamakta ve inme sonrası meydana gelen ikinci inmelerin oluşum oranını azaltmaktadır. Hastaların tedaviye uyuncunu ve yaşam kalitesini artırmak, reçete edilen ilaçların doğru kullanımını sağlamak ve hastalık hakkında farkındalık yaratmak için klinik eczacı tarafında verilen eğitimin katkısı bu tez çalışmasında gösterilmiştir.

Bu çalışma, klinik eczacı tarafından inme geçiren hastalar ile taburculuk gününde yüz yüze görüşerek hastaların değerlendirilmesi ve eğitim verilmesi, bunu takiben de 1 ay ve 3 ay sonra tekrar görüşülerek değerlendirilme yapılması şeklinde planlanan ilk çalışma olması yönüyle diğer çalışmalardan farklılık göstermektedir. Bu çalışmada, tedaviye uyuncu düşük hastaların uyunçlarındaki anlamlı artış, tedaviye uyuncun artması ile yaşam kalitesinde meydana gelen anlamlı artış ve eğitim verilen hastaların eczacı memnuniyetinin diğer hastalardan daha yüksek olması verilen eğitimin önemini göstermektedir.

Bu çalışmada, inme sonrası meydana gelen depresyon bulguları olan hastaların tedaviye uyuncunun ve yaşam kalitesinin daha kötü olduğu tespit edilmiştir. İleride yapılacak çalışmalarda inme geçirmiş daha çok sayıda hastanın daha uzun sürede izlem yapılması ile klinik eczacının katkısının değerlendirilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Wittenauer R, Smith L. Background Paper 6.6 Ischaemic And Haemorrhagic Stroke. Priority Medicines For Europe And The World" A Public Health Approach To Innovation. 2012.
2. Andres J, Stanton-Ameisen O, Walton S, Ruchalski C. Pharmacists' Impact On Secondary Stroke Prevention. *J Pharm Pract.* 2018;897190018766944.
3. Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, Bravata DM, Chimowitz MI, Ezekowitz MD, Et Al. Guidelines For The Prevention Of Stroke In Patients With Stroke And Transient Ischemic Attack: A Guideline For Healthcare Professionals From The American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2014;45(7):2160-236.
4. Hakverdioğlu Yönt G, Khorshid L. Turkish Version Of The Stroke-Specific Quality Of Life Scale. *International Nursing Review.* 2012;59(2):274-80.
5. Ward AB, Chen C, Norrving B, Gillard P, Walker MF, Blackburn S, Et Al. Evaluation Of The Post Stroke Checklist: A Pilot Study In The United Kingdom And Singapore. *Int J Stroke.* 2014;9 Suppl A100:76-84.
6. Neil WP, Shiokari CE, Burchette RJ, Stapleton D, Ovbiagele B. Mail Order Pharmacy Use And Adherence To Secondary Prevention Drugs Among Stroke Patients. *J Neurol Sci.* 2018;390:117-20.
7. Basaraba JE, Picard M, George-Phillips K, Mysak T. Pharmacists As Care Providers For Stroke Patients: A Systematic Review. *Can J Neurol Sci.* 2018;45(1):49-55.
8. Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, Caplan LR, Connors JJ, Culebras A, Et Al. An Updated Definition Of Stroke For The 21st Century: A Statement For Healthcare Professionals From The American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2013;44(7):2064-89.
9. Kablan Y. İnme: Epidemiyoloji Ve Risk Faktörleri. *Turkiye Klinikleri Neurology-Special Topics.* 2018;11(2):1-19.
10. Boehme AK, Esenwa C, Elkind MS. Stroke Risk Factors, Genetics, And Prevention. *Circ Res.* 2017;120(3):472-95.
11. Boccardi E, Cenzato M, Curto F, Longoni M, Motto C, Oppo V, Et Al. Hemorrhagic Stroke Springer; 2017.
12. Easton JD, Saver JL, Albers GW, Alberts MJ, Chaturvedi S, Feldmann E, Et Al. Definition And Evaluation Of Transient Ischemic Attack: A Scientific Statement For Healthcare Professionals From The American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council; Council On Cardiovascular Surgery And Anesthesia; Council On Cardiovascular Radiology And Intervention; Council On Cardiovascular Nursing; And The Interdisciplinary Council On Peripheral Vascular Disease. The American Academy Of Neurology Affirms The Value Of This Statement As An Educational Tool For Neurologists. *Stroke.* 2009;40(6):2276-93.
13. Katan M, Luft A. Global Burden Of Stroke. *Semin Neurol.* 2018;38(2):208-11.

14. Boden-Albala B, Appleton N, Schram B. Stroke Epidemiology And Prevention. *Stroke Rehabilitation* 2019. P. 1-21.
15. Feigin VL, Roth GA, Naghavi M, Parmar P, Krishnamurthi R, Chugh S, Et Al. Global Burden Of Stroke And Risk Factors In 188 Countries, During 1990–2013: A Systematic Analysis For The Global Burden Of Disease Study 2013. *The Lancet Neurology*. 2016;15(9):913-24.
16. Allen CL, Bayraktutan U. Risk Factors For Ischaemic Stroke. *International Journal Of Stroke*. 2008;3(2):105-16.
17. Roy-O'Reilly M, Mccullough LD. Age And Sex Are Critical Factors In Ischemic Stroke Pathology. *Endocrinology*. 2018;159(8):3120-31.
18. Berglund A, Schenck-Gustafsson K, Von Euler M. Sex Differences In The Presentation Of Stroke. *Maturitas*. 2017;99:47-50.
19. Chauhan A, Moser H, Mccullough LD. Sex Differences In Ischaemic Stroke: Potential Cellular Mechanisms. *Clin Sci (Lond)*. 2017;131(7):533-52.
20. Sohrabji F, Park MJ, Mahnke AH. Sex Differences In Stroke Therapies. *J Neurosci Res*. 2017;95(1-2):681-91.
21. Howard VJ. Reasons Underlying Racial Differences In Stroke Incidence And Mortality. *Stroke*. 2013;44(6 Suppl 1):S126-8.
22. Ikram MA, Wieberdink RG, Koudstaal PJ. International Epidemiology Of Intracerebral Hemorrhage. *Curr Atheroscler Rep*. 2012;14(4):300-6.
23. Chauhan G, Debette S. Genetic Risk Factors For Ischemic And Hemorrhagic Stroke. *Curr Cardiol Rep*. 2016;18(12):124.
24. Pistoia F, Sacco S, Degan D, Tiseo C, Ornello R, Carolei A. Hypertension And Stroke: Epidemiological Aspects And Clinical Evaluation. *High Blood Press Cardiovasc Prev*. 2016;23(1):9-18.
25. Alloubani A, Saleh A, Abdelhafiz I. Hypertension And Diabetes Mellitus As A Predictive Risk Factors For Stroke. *Diabetes Metab Syndr*. 2018;12(4):577-84.
26. Age-Specific Relevance Of Usual Blood Pressure To Vascular Mortality: A Meta-Analysis Of Individual Data For One Million Adults In 61 Prospective Studies. *The Lancet*. 2002;360(9349):1903-13.
27. Chen R, Ovbiagele B, Feng W. Diabetes And Stroke: Epidemiology, Pathophysiology, Pharmaceuticals And Outcomes. *Am J Med Sci*. 2016;351(4):380-6.
28. Broderick J, Brott T, Kothari R, Miller R, Khoury J, Pancioli A, Et Al. The Greater Cincinnati/Northern Kentucky Stroke Study: Preliminary First-Ever And Total Incidence Rates Of Stroke Among Blacks. *Stroke*. 1998;29(2):415-21.
29. Hill MD. Stroke And Diabetes Mellitus. *Handb Clin Neurol*. 2014;126:167-74.
30. Gainey J, Blum B, Bowie B, Cooley K, Madeline L, Ervin EL, Et Al. Stroke And Dyslipidemia: Clinical Risk Factors In The Telestroke Versus Non-Telestroke. *Lipids Health Dis*. 2018;17(1):226.

31. Menet R, Bernard M, Elali A. Hyperlipidemia In Stroke Pathobiology And Therapy: Insights And Perspectives. *Front Physiol.* 2018;9:488.
32. Yaghi S, Elkind MS. Lipids And Cerebrovascular Disease: Research And Practice. *Stroke.* 2015;46(11):3322-8.
33. Seshadri S, Wolf PA. Modifiable Risk Factors And Determinants Of Stroke. *Stroke* 2016. P. 217-33.
34. Shah RS, Cole JW. Smoking And Stroke: The More You Smoke The More You Stroke. *Expert Rev Cardiovasc Ther.* 2010;8(7):917-32.
35. Hillbom M, Saloheimo P, Juvela S. Alcohol Consumption, Blood Pressure, And The Risk Of Stroke. *Curr Hypertens Rep.* 2011;13(3):208-13.
36. Zhang C, Qin YY, Chen Q, Jiang H, Chen XZ, Xu CL, Et Al. Alcohol Intake And Risk Of Stroke: A Dose-Response Meta-Analysis Of Prospective Studies. *Int J Cardiol.* 2014;174(3):669-77.
37. Scheers H, Jacobs L, Casas L, Nemery B, Nawrot TS. Long-Term Exposure To Particulate Matter Air Pollution Is A Risk Factor For Stroke: Meta-Analytical Evidence. *Stroke.* 2015;46(11):3058-66.
38. Fitzpatrick T, Carrier M, Le Gal G. Cancer, Atrial Fibrillation, And Stroke. *Thromb Res.* 2017;155:101-5.
39. Kamel H, Healey JS. Cardioembolic Stroke. *Circ Res.* 2017;120(3):514-26.
40. Larsson SC. Dietary Approaches For Stroke Prevention. *Stroke.* 2017;48(10):2905-11.
41. Strazzullo P, D'Elia L, Cairella G, Garbagnati F, Cappuccio FP, Scalfi L. Excess Body Weight And Incidence Of Stroke: Meta-Analysis Of Prospective Studies With 2 Million Participants. *Stroke.* 2010;41(5):E418-26.
42. D'Aliberti, G., Longoni, M., Motto, C., Oppo, V., Perini, V., Valvassori, L., & Vidale, S. (2017). *Ischemic Stroke*: Springer.
43. Simon, R. P., Greenberg, D. A., Aminoff, M. J., & Aminoff, M. J. (2018). *Clinical Neurology*.
44. Prabhakaran S, Ruff I, Bernstein RA. Acute Stroke Intervention: A Systematic Review. *JAMA.* 2015;313(14):1451-62.
45. Howard RS. The Management Of Ischaemic Stroke. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine.* 2016;17(12):591-5.
46. Tsivgoulis G, Katsanos AH, Alexandrov AV. Reperfusion Therapies Of Acute Ischemic Stroke: Potentials And Failures. *Front Neurol.* 2014;5:215.
47. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, Et Al. 2018 Guidelines For The Early Management Of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline For Healthcare Professionals From The American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2018;49(3):E46-E110.
48. Hackam DG, Spence JD. Antiplatelet Therapy In Ischemic Stroke And Transient Ischemic Attack. *Stroke.* 2019;50(3):773-8.

49. Bansal S, Sangha KS, Khatri P. Drug Treatment Of Acute Ischemic Stroke. *Am J Cardiovasc Drugs*. 2013;13(1):57-69.
50. Kunt R, Öztürk Vjtkn-ST. Akut Ve Kronik Dönemde İskemik İnmede Medikal Tedavi. 2018;11(2):55-66.
51. Tatlisumak T, Roine RO. General Stroke Management And Stroke Units. *Stroke*2016. P. 868-84.
52. An SJ, Kim TJ, Yoon BW. Epidemiology, Risk Factors, And Clinical Features Of Intracerebral Hemorrhage: An Update. *J Stroke*. 2017;19(1):3-10.
53. Hemphill JC, 3rd, Greenberg SM, Anderson CS, Becker K, Bendok BR, Cushman M, Et Al. Guidelines For The Management Of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline For Healthcare Professionals From The American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2015;46(7):2032-60.
54. Dastur CK, Yu W. Current Management Of Spontaneous Intracerebral Haemorrhage. *Stroke Vasc Neurol*. 2017;2(1):21-9.
55. Kim JY, Bae HJ. Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: Management. *J Stroke*. 2017;19(1):28-39.
56. De Oliveira Manoel AL, Goffi A, Zampieri FG, Turkel-Parrella D, Duggal A, Marotta TR, Et Al. The Critical Care Management Of Spontaneous Intracranial Hemorrhage: A Contemporary Review. *Crit Care*. 2016;20:272.
57. Levi M, Eerenberg E, Lowenberg E, Kamphuisen PJNJM. Bleeding In Patients Using New Anticoagulants Or Antiplatelet Agents: Risk Factors And Management. 2010;68(2):68-76.
58. Balami JS, Buchan AM. Complications Of Intracerebral Haemorrhage. *The Lancet Neurology*. 2012;11(1):101-18.
59. Opara JA, Jaracz K. Quality Of Life Of Post-Stroke Patients And Their Caregivers. *Journal Of Medicine And Life*. 2010;3(3):216.
60. Sturm JW, Donnan GA, Dewey HM, Macdonell RA, Gilligan AK, Srikanth V, Et Al. Quality Of Life After Stroke: The North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). *Stroke*. 2004;35(10):2340-5.
61. Group W. Development Of The World Health Organization WHOQOL-BREF Quality Of Life Assessment. *Psychological Medicine*. 1998;28(3):551-8.
62. Chambers LW. The McMaster Health Index Questionnaire: An Update. *Quality Of Life Assessment: Key Issues In The 1990s*: Springer; 1993. P. 131-49.
63. Hunt SM, McEwen J, McKenna SPJCGP. Measuring Health Status: A New Tool For Clinicians And Epidemiologists. 1985;35(273):185-8.
64. Harwood RH, Rogers A, Dickinson E, Ebrahim SJBQ, Safety. Measuring Handicap: The London Handicap Scale, A New Outcome Measure For Chronic Disease. 1994;3(1):11-6.
65. Ware Jr JE, Sherbourne Cdjmc. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework And Item Selection. 1992:473-83.

66. Van Straten A, De Haan R, Limburg M, Schuling J, Bossuyt P, Van Den Bos GJS. A Stroke-Adapted 30-Item Version Of The Sickness Impact Profile To Assess Quality Of Life (SA-SIP30). 1997;28(11):2155-61.
67. Ferrans CE, Powers Mjjains. Quality Of Life Index: Development And Psychometric Properties. 1985.
68. Duncan PW, Wallace D, Lai SM, Johnson D, Embretson S, Laster LJJS. The Stroke Impact Scale Version 2.0: Evaluation Of Reliability, Validity, And Sensitivity To Change. 1999;30(10):2131-40.
69. Williams LS, Weinberger M, Harris LE, Clark DO, Biller JJS. Development Of A Stroke-Specific Quality Of Life Scale. 1999;30(7):1362-9.
70. Em S, Bozkurt M, Karakoc M, Caglayan M, Akdeniz D, Oktayoglu P, Et Al. Determining Quality Of Life And Associated Factors In Patients With Stroke. *Türkiye Fiziksel Tip Ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2015;61(2):148-54.
71. Lo Buono V, Corallo F, Bramanti P, Marino S. Coping Strategies And Health-Related Quality Of Life After Stroke. *J Health Psychol*. 2017;22(1):16-28.
72. Linder SM, Rosenfeldt AB, Bay RC, Sahu K, Wolf SL, Alberts JL. Improving Quality Of Life And Depression After Stroke Through Telerehabilitation. *Am J Occup Ther*. 2015;69(2):6902290020p1-10.
73. Jimmy B, Jose J. Patient Medication Adherence: Measures In Daily Practice. *Oman Medical Journal*. 2011;26(3):155.
74. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keepanasseril A, Et Al. Interventions For Enhancing Medication Adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014(11):CD000011.
75. Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS. Medication Adherence: Its Importance In Cardiovascular Outcomes. *Circulation*. 2009;119(23):3028-35.
76. Kleinsinger F. The Unmet Challenge Of Medication Nonadherence. *Perm J*. 2018;22:18-033.
77. Chapman B, Bogle V. Adherence To Medication And Self-Management In Stroke Patients. *British Journal Of Nursing*. 2014;23(3):158-66.
78. Crayton E, Wright AJ, Ashworth M. Improving Medication Adherence In Stroke Survivors: The Intervention Development Process. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):772.
79. Lam WY, Fresco P. Medication Adherence Measures: An Overview. *Biomed Res Int*. 2015;2015:217047.
80. Nguyen T-M-U, Caze AL, Cottrell N. What Are Validated Self-Report Adherence Scales Really Measuring?: A Systematic Review. *British Journal Of Clinical Pharmacology*. 2014;77(3):427-45.
81. Lavsa SM, Holzworth A, Ansani NT. Selection Of A Validated Scale For Measuring Medication Adherence. *J Am Pharm Assoc (2003)*. 2011;51(1):90-4.
82. Nguyen TM, La Caze A, Cottrell N. Validated Adherence Scales Used In A Measurement-Guided Medication Management Approach To Target And Tailor A

Medication Adherence Intervention: A Randomised Controlled Trial. *BMJ Open*. 2016;6(11):E013375.

83. Definition Of Clinical Pharmacy [Available From: <https://www.accp.com/Stunet/Compass/Definition.aspx>].

84. Jacobi J. Clinical Pharmacists: Practitioners Who Are Essential Members Of Your Clinical Care Team. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2016;27(5):571-7.

85. Mil Jwfv, Fernando F-L. What Is 'Pharmaceutical Care' In 2013? *Pharmacy Practice*. 2013;11(1).

86. Hepler CD, Strand Lmjajohp. Opportunities And Responsibilities In Pharmaceutical Care. 1990;47(3):533-43.

87. About Clinical Pharmacists [Available From: <https://www.accp.com/About/Clinicalpharmacists.aspx>].

88. Jarab AS, Alqudah SG, Khdour M, Shamssain M, Mukattash TL. Impact Of Pharmaceutical Care On Health Outcomes In Patients With COPD. *Int J Clin Pharm*. 2012;34(1):53-62.

89. Vural B, Acar ÖT, Topsever P, Filiz Tmjttjotfp. Modifiye Morisky Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması. 2012;3(4):17-20.

90. Hakverdioğlu Yönt G, Khorshid Ljinr. Turkish Version Of The Stroke-Specific Quality Of Life Scale. 2012;59(2):274-80.

91. Sarı YE, Kökoğlu B, Balcıoğlu H, Bilge U, Çolak E, Unluoglu I. Hasta Sağlık Anketi-9 Un Türkçe Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması 2016.

92. Okuyan B, Hucum H, Sancar M, Ay P, Izzettin FVJC, SCIENCES EH. Turkish Validation Of Patient Satisfaction Towards Patient Oriented Pharmacy Services Questionnaire In Patients With Chronic Disease. 2016;6(4):150-4.

93. Irewall AL, Ogren J, Bergstrom L, Laurell K, Soderstrom L, Mooe T. Nurse-Led, Telephone-Based, Secondary Preventive Follow-Up After Stroke Or Transient Ischemic Attack Improves Blood Pressure And LDL Cholesterol: Results From The First 12 Months Of The Randomized, Controlled NAILED Stroke Risk Factor Trial. *Plos One*. 2015;10(10):E0139997.

94. Rasmussen RS, Østergaard A, Kjær P, Skeris A, Skou C, Christoffersen J, Et Al. Stroke Rehabilitation At Home Before And After Discharge Reduced Disability And Improved Quality Of Life: A Randomised Controlled Trial. 2016;30(3):225-36.

95. Chandrasekhar D, Pradeep A, Geoji AS, George AE, Athira V, Thomas Gk. Impact Of Intensified Pharmaceutical Care On Health Related Quality Of Life In Patients With Stroke In A Tertiary Care Hospital. *Clinical Epidemiology And Global Health*. 2018;6(4):198-202.

96. Hohmann C, Neumann-Haefelin T, Klotz JM, Freidank A, Radziwill R. Adherence To Hospital Discharge Medication In Patients With Ischemic Stroke: A Prospective, Interventional 2-Phase Study. *Stroke*. 2013;44(2):522-4.

97. Pan J, Lei T, Hu B, Li Q. Post-Discharge Evaluation Of Medication Adherence And Knowledge Of Hypertension Among Hypertensive Stroke Patients In Northwestern China. *Patient Prefer Adherence*. 2017;11:1915-22.

- 98.** Sjolander M, Eriksson M, Glader EL. The Association Between Patients' Beliefs About Medicines And Adherence To Drug Treatment After Stroke: A Cross-Sectional Questionnaire Survey. *BMJ Open*. 2013;3(9):E003551.
- 99.** Bushnell C, Olson D, Zhao X, Pan W, Zimmer L, Goldstein L, Et Al. Secondary Preventive Medication Persistence And Adherence 1 Year After Stroke. *Neurology*. 2011;77(12):1182-90.
- 100.** Cheiloudaki E, Alexopoulos EC. Adherence To Treatment In Stroke Patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(2).
- 101.** Chambers JA, O'Carroll RE, Hamilton B, Whittaker J, Johnston M, Sudlow C, Et Al. Adherence To Medication In Stroke Survivors: A Qualitative Comparison Of Low And High Adherers. *Br J Health Psychol*. 2011;16(3):592-609.
- 102.** Gbiri CA, Akinpelu AO. Quality Of Life Of Nigerian Stroke Survivors During First 12 Months Post-Stroke. *Hong Kong Physiotherapy Journal*. 2012;30(1):18-24.
- 103.** Ntsiea MV, Van Aswegen H, Lord S, Olorunju SS. The Effect Of A Workplace Intervention Programme On Return To Work After Stroke: A Randomised Controlled Trial. *Clin Rehabil*. 2015;29(7):663-73.
- 104.** Hohmann C, Klotz JM, Radziwill R, Jacobs AH, Kissel T. Pharmaceutical Care For Patients With Ischemic Stroke: Improving The Patients Quality Of Life. *Pharm World Sci*. 2009;31(5):550-8.
- 105.** Stroke Specific Quality Of Life Scale 2016 [Available From: <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/stroke-specific-quality-life-scale>].
- 106.** Gunaydin R, Karatepe AG, Kaya T, Ulutas O. Determinants Of Quality Of Life (Qol) In Elderly Stroke Patients: A Short-Term Follow-Up Study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011;53(1):19-23.
- 107.** Nor MA, Aziz NA, Saperi B, Aljunid SM. Functional Limitation And Health-Related Quality Of Life, And Associated Factors Among Long Term Stroke Survivors In A Malaysian Community. *The Medical Journal Of Malaysia*. 2016;71(6):313-21.
- 108.** Ss K, Damodar.S S. Prevalence Of Neuropsychiatric Disorders And Quality Of Life In Post Stroke Patients In Southern India 2017.
- 109.** Olsson IN, Runnamo R, Engfeldt P. Medication Quality And Quality Of Life In The Elderly, A Cohort Study. *Health Qual Life Outcomes*. 2011;9:95.
- 110.** Cramm JM, Strating MM, Nieboer AP. Satisfaction With Care As A Quality-Of-Life Predictor For Stroke Patients And Their Caregivers. *Qual Life Res*. 2012;21(10):1719-25.
- 111.** Wilkins SS, Akhtar N, Salam A, Bourke P, Joseph S, Santos M, Et Al. Acute Post Stroke Depression At A Primary Stroke Center In The Middle East. *Plos One*. 2018;13(12):E0208708.
- 112.** Goldfinger JZ, Edmondson D, Kronish IM, Fei K, Balakrishnan R, Tuhim S, Et Al. Correlates Of Post-Traumatic Stress Disorder In Stroke Survivors. 2014;23(5):1099-105.

- 113.** Komal Batool SE, Umer Maqsood, Hafiz Sheraz Arshad. Effect Of Depression On Stroke Specific Quality Of Life: A Survey In Urban Settings Of Lahore City. *Electronic Journal Of Biology*. 2017;13(4):391-4.
- 114.** Vivian EM. Improving Blood Pressure Control In A Pharmacist-Managed Hypertension Clinic. *Pharmacotherapy: The Journal Of Human Pharmacology And Drug Therapy*. 2002;22(12):1533-40.

8. EKLER

EK-1: Etik Kurul Onayı



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-1736
Konu : ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 25 EYLÜL 2018 SALI
Toplantı No : 2018/23
Proje No : GO 18/846 (Değerlendirme Tarihi: 18.09.2018)
Karar No : GO 18/846-14

Üniversitemiz Eczacılık Fakültesi Klinik Eczacılık Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Prof. Dr. S. Kutay DEMİRKAN'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Prof. Dr. Ethem Murat ARSAVA, Prof. Dr. Mehmet Akif TOPÇUOĞLU, Prof. Dr. Canan Tugay IŞIKAY ile birlikte çalışacakları ve Ecz. Oğuzhan FIRAT'ın yüksek lisans tezi olan, GO 18/846 kayıt numaralı ve "**İnme Geçiren Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyunc Üzerine Klinik Eczacının Katkısı**" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, 01 Ekim 2018 – 01 Temmuz 2019 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan uygun bulunmuştur.

1. Prof. Dr. Nurtan AKARSU	(Başkan)	10 Doç. Dr. Gözde GIRGIN	(Üye)
		İZİNLİ	
2. Prof. Dr. Sevdâ F. MÜFTÜOĞLU	(Üye)	11 Doç. Dr. Fatma Visal OKUR	(Üye)
3. Prof. Dr. M. Yıldırım ŞAHİN	(Üye)	12. Doç. Dr. Can Ebru KURT	(Üye)
4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM	(Üye)	İZİNLİ	
		13. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL	(Üye)
5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZUGLU	(Üye)	14. Dr. Öğr. Üyesi Özay GÖKÖZ	(Üye)
6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL	(Üye)	15. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR	(Üye)
7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN	(Üye)	16. Öğr. Gör. Dr. Meltem ŞENGELEN	(Üye)
İZİNLİ			
8. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL	(Üye)	17. Av. Meltem ONURLU	(Üye)
İZİNLİ			
9. Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU	(Üye)		

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ayrıntılı Bilgi için:
06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580 • E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

EK-2: Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Prof. Dr. S. Kutay Demirkan'ın sorumlu araştırmacı olduğu 'İnme Geçiren Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyunc Üzerine Klinik Eczacının Katkısı' isimli yeni bir çalışma yapmaktayız. Bu çalışmayı yapmak istememizin amacı inme geçirmiş ve taburculuğu planlanmış hastalara, taburculuk sırasında hastalık, ilaç kullanımı ve tedaviye uyunc hakkında bilgi vererek hastanın tedaviye olan uyuncunu ve yaşam kalitesini artırmaktır. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Anabilim Dalı'nın ortak katılımı ile gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Ecz. Oğuzhan FIRAT (çalışma ile ilgili bilgi almak için Tel: 0541 4894206) tarafından size kullandığımız ilaçlar, tedaviye uyunc ve hastalık hakkında bilgilerin yer aldığı kısa bir eğitim (yaklaşık 5-10 dakika) verilecektir. Taburculuk sonrasındaki 1. ve 3. aylarda size yaklaşık 15 dakika sürecek olan tedaviye uyunc, yaşam kalitesi ve eczacı memnuniyet anketi ile ilgili sorular yüz yüze veya telefon ile görüşme şeklinde sorulacaktır. Bu çalışmada kullanılacak olan size ait klinik verilere hasta kayıt sisteminden ulaşılabacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığımız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir. Çalışmaya katılmanız herhangi bir risk teşkil etmemektedir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile Görüşen:

S.Kutay Demirkan, Sorumlu araştırmacı
Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi,
Klinik Eczacılık Anabilim Dalı
İmza-Tarih:

Oğuzhan Fırat, Eczacı
Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi,
Klinik Eczacılık Anabilim Dalı
Tel : 0541 4894206
İmza-Tarih:

EK-3: Veri Toplama Formu

Dosya no:	Yaş:	Boy:	Kilo:	BMI:
Cinsiyet: Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/>	Eğitim Durumu: Yok <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/>			
Meslek:	Medeni Hali: Evli <input type="checkbox"/> Dul <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Boşanmış <input type="checkbox"/>			
Yaşadığı Yer: Yalnız <input type="checkbox"/> Eşi ile <input type="checkbox"/> Akraba ile <input type="checkbox"/> Bakıcı ile <input type="checkbox"/> Huzurevi <input type="checkbox"/>				
Yaşadığı İl:				
Kontrole Gittiği Hastane:				
Sigara: Var <input type="checkbox"/> (.....paket/yıl) Yok <input type="checkbox"/>	Alerji:			
Alkol: Var <input type="checkbox"/> (.....)	Bitkisel Ürün Kullanımı:			
Madde Kullanımı: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>				
Geçirdiği Ameliyatlar:				
Tanı:				
Hastaneye Yatış Tarihi:			Taburculuk Tarihi:	
İnme Dışında Ek Hastalıklar:				
Beslenme Durumu: Oral <input type="checkbox"/> Oral Nütrisyonel Supleman (.....) <input type="checkbox"/> Enteral (.....) <input type="checkbox"/> Parenteral (.....) <input type="checkbox"/>				

Hastanın Kullandığı İlaçlar				
İlaç Müstahzar Adı	Etkin Madde	Başlama Tarihi	Doz/Alım Saati	Sonlandırma Tarihi ve Nedeni
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				
10-				
11-				
12-				
13-				
14-				
15-				
16-				
17-				
18-				

Laboratuvar Sonuçları			
Test	Taburculuk Tarihi:	Taburculuk Sonrası 1. Ay	Taburculuk Sonrası 3. Ay
ALT			
AST			
ALP			
GGT			
Protein, Total (Kan)			
Albümin (Kan)			
BUN			
Ürik Asit			
Kreatinin (Kan)			
GFR			
Kolesterol, total			
Kolesterol (LDL)			
Kolesterol (HDL)			
T. Kolesterol/HDL			
Trigliserit			
Glukoz (Açlık, kan)			
aPTT			
INR			
Fibrinojen			
B12 Vitamini			
Demir			
Transferrin Sat.			
Vital Bulgular (Nabız/Kan Basıncı)			
NIHSS			
mRS			

EK-4: Morisky Uyunç Ölçeği**Morisky Uyunç Ölçeği****SORULAR**

1. İlacınızı/ilaçlarınızı almayı unuttuğunuz olur mu?

Evet Hayır

2. İlacınızı/ilaçlarınızı zamanında almaya dikkat eder misiniz?

Evet Hayır

3. Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bıraktığınız oldu mu?

Evet Hayır

4. Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestiğiniz oldu mu?

Evet Hayır

5. İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?

Evet Hayır

6. Bazen zamanı geldiği halde ilaçlarınızı yazdırmayı unuttuğunuz oluyor mu?

Evet Hayır

EK-5: İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (SSQOL)**İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği**

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

GEÇEN HAFTA BOYUNCA

Enerji	Kesinlikle katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Kısmen katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
E2.Kendimi çoğu zaman yorgun hissettim	1	2	3	4	5
E3.Gün boyunca sık sık durup dinlendim	1	2	3	4	5
E4.Yapmak istediğimi yapamayacak kadar çok yorgundum	1	2	3	4	5

Aile Roller	Kesinlikle katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Kısmen katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
FR5. Ailemle birlikte eğlence amaçlı etkinliklere katılmadım	1	2	3	4	5
FR7.Aileme yük olduğumu hissettim	1	2	3	4	5
FR8.Bedensel durumum aile yaşamımı engelledi	1	2	3	4	5

Dil	Hiç yapamadım	Çok zorlandım	Biraz zorlandım	Çok az zorlandım	Hiç zorlanmadım
L2.Konuşma sırasında(örneğin takılma, geveleme, kekeleme ya da kelimeleri karıştırma gibi) zorlandığınız oldu mu?	1	2	3	4	5
L3.Telefonda düzgün bir şekilde konuşmanızı sürdürmede zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
L5.Diğer insanlar sizin ne söylediğinizi anlamakta zorlandılar mı?	1	2	3	4	5
L6.Söylemek istediğiniz bir kelimeyi bulmakta zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
L7.Diğer insanların sizi anlayabilmeleri için söylediklerinizi tekrar etme ihtiyacı duydunuz mu?	1	2	3	4	5

Mobilite	Hiç yapamadım	Çok zorlandım	Biraz zorlandım	Çok az zorlandım	Hiç zorlanmadım
M1.Yürürken zorlandınız mı? (Eğer yürüyemiyorsanız 1'i işaretleyin ve M7. soruya geçiniz)	1	2	3	4	5
M4.Bir şeye doğru eğilirken veya erişmeye çalışırken dengenizi kaybettiniz mi?	1	2	3	4	5
M6. Merdivenleri çıkarken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
M7.Yürürken ya da tekerlekli sandalye kullanırken zorlanıp durma ve dinlenme ihtiyacı duydunuz mu?	1	2	3	4	5
M8.Ayakta dururken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
M9.Sandalyeden kalkarken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5

Duygudurum	Kesinlikle katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Kısmen katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
MD2.Geleceği m hakkında Endişeliydim.	1	2	3	4	5
MD3.Diğer insanlarla veya etkinliklerle ilgilenmedim.	1	2	3	4	5
MD6.Diğer insanlardan uzaklaştığımı hissettim	1	2	3	4	5
MD7.Kendime güvenim Azdı	1	2	3	4	5
MD8.Yemek yeme isteğim azdı	1	2	3	4	5

Kişilik	Kesinlikle katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Kısmen katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
P1.Sinirliydim.	1	2	3	4	5
P2.Başkalarına karşı sabırsız davrandım.	1	2	3	4	5
P3.Kişiliğim değişti.	1	2	3	4	5

Öz Bakım	Hiç yapamadım	Çok zorlandım	Biraz zorlandım	Çok az zorlandım	Hiç zorlanmadım
SCI. Yemek hazırlarken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
SC2.Yemek yeme sırasında, örneğin yiyecekleri keserken ya da yutarken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
SC4.Giyinirken, örneğin çorap ya da ayakkabı giyerken, düğme iliklerken, ya da fermuar çekerken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
SC5.Duş ya da banyo yaparken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
SC8.Tuvaleti kullanırken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5

Sosyal Roller	Kesinlikle katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Kararsızım	Kısmen katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
SR1.İstediğim sıklıkta dışarı çıkamadım.	1	2	3	4	5
SR4.Hoşlandığım işlere ve eğlenceye istediğimden daha az zaman ayırdım.	1	2	3	4	5
SR5.Arkadaşlarımın Birçoğunu istediğim kadar göremedim.	1	2	3	4	5
SR6.İstediğimden daha az cinsel ilişkide bulundum.	1	2	3	4	5
SR7.Bedensel durumum Sosyal yaşamımı engelledi.	1	2	3	4	5

Üst Ekstremitte Fonksiyonları	Hiç yapamadım	Çok zorlandım	Biraz zorlandım	Çok az zorlandım	Hiç zorlanmadım
UE1. Yazı yazarken veya klavye kullanırken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
UE2. Çoraplarınızı giyerken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
UE3. Düğmelerinizi iliklerken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
UE5. Fermuarınızı çekerken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
UE6. Kavanoz açarken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5

Görme	Hiç yapamadım	Çok zorlandım	Biraz zorlandım	Çok az zorlandım	Hiç zorlanmadım
V1. Televizyonda sevdiğiniz bir programını izlerken zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
V2. Görme yeteneğinizdeki zayıflama nedeniyle bir eşyaya ulaşmada zorlandınız mı?	1	2	3	4	5
V3. Etkilenen tarafınızın uzağındaki şeyleri görmede zorlandınız mı?	1	2	3	4	5

İş/Üretkenlik		Hiç yapamadım		Çok zorlandım		Biraz zorlandım		Çok az zorlandım		Hiç zorlanmadım	
Düşünme	Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Çok katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Çok katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kısmen katılıyorum
W1. Herhangi bir şeyi dikkatimi yoğunlaştırmak benim için zor oldu.	1	2	2	3	3	4	4	5	5	5	5
W2. Başladığımız işleri bitirmekte zorlandık mı?	1	2	2	3	3	4	4	5	5	5	5
W3. Bazı şeyleri yapmak için zorlandınız mı?	1	2	2	3	3	4	4	5	5	5	5
W4. Bazı şeyleri yapmak için onları yazmak zorunda kaldım.	1	2	2	3	3	4	4	5	5	5	5

EK-6: Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9)

Son 2 hafta içerisinde, aşağıdaki sorunlardan herhangi biri sizi ne sıklıkla rahatsız etti? (Cevabınızı "✓" işaretiyle gösteriniz)	Hiçbir zaman	Bazı günler	Günlerin yarısından fazlasında	Hemen hemen her gün
1. Bir şeyleri yapmaya az ilgi veya zevk duymak	0	1	2	3
2. Üzgün, depresif veya umutsuz hissetmek	0	1	2	3
3. Uykuya dalmada veya uyumaya devam etmekte zorluk, veya çok fazla uyumak	0	1	2	3
4. Yorgun hissetmek veya enerjinizin az olması	0	1	2	3
5. İştahsızlık veya çok fazla yemek	0	1	2	3
6. Kendinizi kötü hissetmeniz — veya kendinizi başarısız ya da kendinizi veya ailenizi hayal kırıklığına uğrattığınızı düşünmeniz	0	1	2	3
7. Gazete okumak veya televizyon seyretmek gibi faaliyetlerde dikkatinizi toplamakta güçlük çekmeniz	0	1	2	3
8. Başkalarının fark edebileceği kadar yavaş hareket etmeniz veya konuşmanız? Veya tam aksine— normalden çok daha fazla hareket edecek kadar kıpır kıpır veya huzursuz olmanız	0	1	2	3
9. Ölmüş olsanız daha iyi olacağınız veya bir şekilde kendinize zarar verme düşünceleri	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

EK-7: Kronik Hastalarda Hasta Odaklı Eczacılık Hizmetleri ile İlgili Memnuniyet Anketi (PSPSQ 2.0)

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1. Eczacı, ziyaretim boyunca temel sağlık nedenlerine/kaygılarına/sorunlarına tam olarak değindi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eczacı tüm görüşmelerimizde profesyonelce davrandı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Eczacı tüm bilgileri anlayabileceğim şekilde açıkladı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Eczacı tüm bilgileri anlayıp anlamadığımı kontrol etti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Eczacı sorularım ve endişelerim ile ilgili bana yardım etmek için yeteri kadar vakit ayırdı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Eczacı ilaç rejimini takip etmenin ne kadar önemli olduğunu anladığımdan emin oldu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Eczacı ilaçlarımı nasıl almam gerektiği konusunda faydalı tavsiyelerde bulundu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Eczacı genel sağlığımı korumam hakkında (örn. diyet, egzersiz) faydalı tavsiyelerde bulundu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eczacı ilaçlarımla ilgili sorunların (örn. fiyat, ilaçların yan etkileri) üstesinden gelmemeye yardımcı oldu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Eczacı tedavi seyrimi belirli zaman aralıklarıyla takip etti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Eczacı sağlık problemlerimle ilgilenirken ilgili ve nazikti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Eczacı tedavi hedeflerime ulaşmam konusunda beni cesaretlendirdi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Eczacıyla iletişimimde kendimi rahat hissettim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Eczacı iletişimimiz süresince bana karşı saygılıydı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Eczacı sağlığımı düzeltmeyi görev edinmişti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Eczacının verdiği bilgilere güvenebilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Eczacımdan verilen genel bakımdan memnun kaldım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Eczacıyı tanıdığım insanlara tavsiye ederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Gerek duyduğumda, sağlık ihtiyaçlarım için bu eczacıyla görüşmeye devam edebilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beklentilerimi fazlasıyla karşıladı	Beklentilerimi karşıladı	Beklentilerimi karşılamadı	Beklenti yoktu
20. Eczacı tarafından verilen genel bakım...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK-8: Orijinallik Raporu**Dijital Makbuz**

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Oğuzhan Fırat
Ödev başlığı: İNME GEÇİREN HASTALARDA YAŞ.
Gönderi Başlığı: İNME GEÇİREN HASTALARDA YAŞ.
Dosya adı: Turnitin.docx
Dosya boyutu: 143.16K
Sayfa sayısı: 62
Kelime sayısı: 14,329
Karakter sayısı: 96,860
Gönderim Tarihi: 22-Ağu-2019 05:01PM (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 1162346949



Tezin Tam Başlığı: İnme Geçiren Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyunç Üzerine Klinik Eczacının Katkısı

Öğrencinin Adı Soyadı: Oğuzhan FIRAT

Dosyanın Toplam Sayfa Sayısı: 62

İNME GEÇİREN HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ VE TEDAVİYE UYUNÇ ÜZERİNE KLİNİK ECZACININ KATKISI

ORJİNALLİK RAPORU

% 13	% 10	% 4	% 10
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%3
2	halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı	%1
3	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	%1
4	Submitted to Hacettepe University Öğrenci Ödevi	%1
5	www.sporbilimleri.org.tr İnternet Kaynağı	%1
6	uludagbalkansporbilimleri.org İnternet Kaynağı	<%1
7	dspace.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
8	Submitted to Eastern Mediterranean University Öğrenci Ödevi	<%1

9. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Oğuzhan FIRAT
 Doğum yeri ve tarihi : Tercan/ Erzincan – 27.01.1995
 Uyruğu : T.C
 İletişim adresi : Tınaztepe Mah. Yaprak Sk. No:39/4 Çankaya-ANKARA
 Telefon : 05414894206

II- Eğitimi

Lisansüstü	Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Klinik Eczacılık Anabilim Dalı Tezli Yüksek, ANKARA	2017-Devam Ediyor
Lisans	Ankara Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, ANKARA	2012-2017
Lise	Erzincan Anadolu Lisesi, ERZİNCAN	2008-2012

III- Bilimsel Faaliyetler

Bildiriler:

1. **Firat, O.**, Kelleci, B., Balci, C., Esmе, M., Aycicek Sengul G., Ekincioglu, A., Halil, M., Demirkan, K. Clinical Pharmacist Interventions In Geriatric Outpatient Clinic And Clinical Nutrition Unit, 12th International Symposium on Pharmaceutical Sciences, Ankara, Turkey, 26-29 June 2018(Abstract Book, p.210).
2. **Firat, O.**, Kelleci, B., Balci, C., Eşme, M., Ayçicek Şengül G., Ekincioglu, A., Halil, M., Demirkan, K. Geriatri Polikliniği ve Klinik Nütrisyon Ünitesinde Klinik Eczacılık Faaliyetleri, 6. Tüm Kamu Eczacıları Derneği Kongresi, Antalya, 27 Şubat-3 Mart 2018. (Bildiri Özetleri Kitabı, s.27)

Katılan kongre, sempozyum, kurs vb. bilimsel toplantılar:

- Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilimsel Makale Yazımı ve Kariyer Planlama Eğitimi –Ankara, Türkiye, 22 Şubat 2018
- Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları XXIII. Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu –Ankara, Türkiye, 22-25 Mart 2018
- 12th International Symposium on Pharmaceutical Sciences– Ankara, Turkey, 26-29 June 2018
- Klinik Araştırmalar Eğitim Programı -Ankara, Türkiye, 9 Ekim, 2018
- Klinik Araştırmalar Eğitim Toplantısı -Ankara, Türkiye, 26 Kasım, 2018

