



Hemşirelerin Telefon Danışmanlığı: Sistematiik Derleme/ Telephone Counseling Of Nurses: A Systematic Review

Nedret TEKİN KAYA¹; Özlem ÖRSAL²

1. Çankırı Karatekin Üniversitesi, Eldivan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İlk ve Acil Yardım Bölümü, Çankırı, n.tekin@yandex.com 
2. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Eskişehir, ozlorsal@gmail.com 

Gönderim Tarihi | Received: 18.05.2021, Kabul Tarihi | Accepted: 17.01.2022, Yayın Tarihi | Publication Date: 01.12.2022.

Atıf | Reference: "Tekin Kaya, N.; Örsal, Ö. (2022). Hemşirelerin Telefon Danışmanlığı: Sistematiik Derleme. *Sağlık Akademisi Kastamonu (SAK)*, 7 (3), s.613-632. DOI:<https://www.doi.org/10.25279/sak.939169>

Öz

Bu sistematiik derlemede, telehemşirelik kapsamında, telefon danışmanlığının veya telefonla izlemin etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma için 2010-2020 yılları arasında yayınlanmış olan makaleler alınmıştır. Çalışma, Pubmed, Ebscohost, Science Direct, Dergipark veri tabanları kontrol edilerek yürütülmüştür. İngilizce anahtar kelimeler için MeSH (Medical Subject Headings) dizini ve dizinde yer almayan ilgili anahtar kelimeler, Türkçe anahtar kelimeler için TBT'de (Türkiye Bilim Terimleri) yer alan tek sözcük olan "telefonla hemşirelik" ile İngilizce anahtar sözcüklerin Türkçe çevirisi kullanılmıştır. Sonucusu Mayıs 2020'te yapılan taramalar, belirlenen anahtar kelimeler ile çeşitli kombinasyonlar yapılarak tamamlanmıştır. Araştırmada, PICOS yöntemi kullanılarak kriterler belirlenmiştir. 1275 sonuca ulaşılmıştır. Dahil etme kriterlerine uyan toplam 11 sonuç değerlendirme kapsamına alınmıştır. İncelemeye alınan çalışmaların örnekleminin 10'unu hastalar, 1'ini bakım vericiler oluşturmuştur. Çalışma kapsamına alınan araştırmalardan, sekizinin randomize kontrollü deneysel (biri yarı deneysel), birinin tek seferlik vaka çalışması, birinin faz 2 çalışması, birinin tabakalı rastgele kontrollü deney araştırma deseninde olduğu belirtilmiştir. Değerlendirmeye alınan çalışmalarda, telefonla takip veya danışmanlık girişimlerinin ilaç uyumu, hastalıklara uyum, yaşam kalitesinin artması, hastalık semptomlarının azalması, öz bakım, hastaneye tekrar yatışların azalması gibi durumlar üzerinde olumlu etkisi olduğu görülmüştür. Bu çalışmada, sadece İngilizce dilinde yazılmış çalışmaların olması Türkiye'de yapılan çalışmaların sınırlı olduğunu ortaya koymuştur. Sistematiik derlemeden elde edilen sonuçların, telefon danışmanlığı konusundaki çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: *Telehemşirelik; Telefonla Hemşirelik; Telefon Takibi; Telefon, Teletıp*

Abstract

In this systematic review, it is aimed to examine the effects of telephone counseling or monitoring by phone within the scope of telenursing. Articles published between 2010 and 2020 were included in the study. The study was conducted by checking Pubmed, Ebscohost, Science Direct, Dergipark databases. For English keywords, the MeSH (Medical Subject Headings) index and related keywords not included in the index, for Turkish keywords "nursing by phone", the only word in TBT (Turkey Science Terms), and Turkish



translation of English keywords were used. The last of the scans made in May 2020 were completed by making various combinations with the determined keywords. Criteria were determined using the PICOS method. 1275 results were reached. A total of 11 results in accordance with the inclusion criteria were evaluated. The sample of the studies included in the study consisted of 10 patients and 1 caregiver. It was stated that eight of the studies included in the scope of the study were randomized controlled experimental (one semi-experimental), one was a one-time case study, one was a phase 2 study, and one was a stratified random-controlled experimental research design. It has been observed that it has a positive effect on conditions such as compliance, increase in quality of life, decrease in symptoms of disease, self-care, and decrease in hospital readmissions. In this study, only written in English that studies have revealed that the study is limited in Turkey. It is thought that the results obtained from the systematic review will contribute to the studies on telephone consultancy.

Keywords: Telenursing, Telephone Nursing, Telephone FollowUp, Telephone, Telemedicine.

1. Giriş

Telehemşirelik (Telenursing), "hemşirelik bakımı sunmak ve hemşirelik uygulaması yürütmek için teknolojinin kullanılmasıdır. Telenursing uygulaması yapan hemşireler, hemşirelik bakımını planlamak, müdahale etmek ve sonuçlarını değerlendirmek için girişimde bulunmakta ve bunu İnternet, bilgisayarlar, telefonlar, dijital değerlendirme araçları ve uzaktan izleme ekipmanı gibi teknolojileri kullanarak yapmaktadırlar. Tele-sağlık hizmetlerinin sunumu, hekimler ve hemşirelerle sınırlı değildir; radyoloji, eczacılık ve psikoloji gibi diğer sağlık disiplinlerini de içerir. Bu disiplinler ayrıca elektronik bilgi ve telekomünikasyon teknolojilerini kullanarak bakım sağlar ve buna göre teleradyoloji, telefarmasi, telepsikoloji, vb. gibi isimler kullanır (Schlachta-Fairchild ve diğerleri, 2008). Sağlık hizmetleri sunulurken teknolojinin kullanımının hızla artması hemşireleri de etkilemiştir. Sağlık hizmetlerine erişim için sağlık merkezlerine ulaşımın zor olduğu ve karmaşık sağlık problemlerinin olduğu durumlarda, hemşireler bu kişilere ulaşabilmek ve bakımın sürekliliğini sağlamak için tele sağlık ile ilgili teknolojileri kullanmaya gereksinim duymuştur (Nagel ve diğerleri, 2013). Pek çok akut durum, özellikle uzaktan fizik muayene ekipmanı kullanılarak, tele-sağlık yoluyla güvenli ve etkili bir şekilde yönetilebilir (Wenderlich, A. M., ve Herendeen, N., 2021). Telefonla hemşirelik danışmanlığı birebir konuşma şeklinde olabildiği gibi sadece Kısa Mesaj Sistemi (SMS) hatırlatmaları şeklinde de yapılmıştır. Diabetes mellitus, astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) gibi kronik hastalıkları olan hastalar için, yapılan birçok çalışmada, Kısa Mesaj Sistemi (SMS) kullanılarak telenursing uygulamalarının etkisi değerlendirilmiş ve sağlığı iyileştirmede etkili olduğu bulunmuştur (Dale ve diğerleri, 2014; Khonsari ve diğerleri, 2015; Cruz ve diğerleri, 2014; Bikmoradi ve diğerleri, 2016).

Bu çalışma, hemşireler tarafından uygulanan veya hemşirenin telefonla takip veya telefon danışmanlığı girişimlerinde etkin rol oynadığı çalışmaları gözden geçirmek amacı ile yapılmıştır.



2. Gereç ve Yöntemler

Bu sistematik derleme; York Üniversitesi Ulusal Sağlık Araştırmaları Enstitüsü tarafından geliştirilen "Centre for Reviews and Dissemination 2006" rehberi doğrultusunda yapılmıştır (Dixon-Woods ve diğerleri, 2006).

2.1. Veri Toplama Araçları

Veri Çalışma, Pubmed, Ebscohost, Science Direct, Dergipark veri tabanları kontrol edilerek yürütülmüştür. İngilizce anahtar kelimeler için MeSH (Medical Subject Headings) dizini ve dizinde yer almayan ilgili anahtar kelimeler, Türkçe anahtar kelimeler için TBT'de (Türkiye Bilim Terimleri) yer alan tek sözcük olan "telefonla hemşirelik" ile İngilizce anahtar sözcüklerin Türkçe çevirisi kullanılmıştır. Sonuncusu Mayıs 2020'te yapılan taramalar, belirlenen anahtar kelimeler ile çeşitli kombinasyonlar yapılarak tamamlanmıştır (Tablo 1).

TABLO 1. Taramada Kullanılan Anahtar Sözcükler.

| İngilizce Anahtar Sözcükler | Türkçe Anahtar Sözcükler |
|--------------------------------------|--|
| Telenursing | Telehemşirelik |
| Telenursing and telephone follow up | Telehemşirelik ve telefon takibi |
| Telenursing and telephone counseling | Telehemşirelik ve telefon danışmanlığı |
| Telephone | Telefon |

2.2. Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri

Joanna Briggs Enstitüsü tarafından önerilen PİCOS yöntemi kullanılmıştır. PİCOS: "P: Population (type of participants): Katılımcıların özelliği; I: Intervention (types of interventions), müdahalenin özelliği; C: Comparator (types of comparisons), karşılaştırma gruplarının özelliği; O: Outcome (types of outcomes), sonuçlar; S: Study designs (types of studies), çalışma tasarımı" modeline göre seçilmiştir (The Joanna Briggs Institute'nden aktaran, Koç & Yumru, 2019).

Patient /population: Katılımcılar, cinsiyet, yaş, sosyo-ekonomik durum, ırk ile ilgili bir kısıtlama uygulanmadan telefon danışmanlığı veya telefon takibi almış olan kişilerden oluşmaktadır.

Intervention- Uygulama: Hemşire takibi, hemşire danışmanlığı, telefon danışmanlığı

Comparacion- Karşılaştırma: İncelenen çalışmalar, girişim grubu; telefon takibi yapılan, telefonla danışmanlık verilen, telefonla eğitim alan ile yüz yüze eğitim yapılan veya kontrol grubu olan aynı özelliklere sahip, geleneksel tedavi dışında bir şey almayan (medikal tedavi dahil) kişilerden oluşmaktadır.

Outcome-sonuç: Hasta/—bakım verenlerine yönelik hazırlanan eğitim programlarının etkinliğini inceleyen çalışmalar dahil edilmiştir. Hastaya veya bakım verenlerine yönelik sonuçlar, hastane verileri üzerine yönelik sonuçlar, hastalığa yönelik sonuçlar ele alınmıştır.

Study design- Araştırma tasarımı: Sistematik derlemeye, online tam metnine ulaşılabilen, ulusal veya uluslararası hakemli bir dergide yayınlanan, bilimsel niteliği olan 2010-2020 yılları arasında yayınlanmış olan, Türkçe veya İngilizce dilinde yayınlanmış olan, vaka kontrol,



kohort, tabakalı rastgele kontrollü veya randomize kontrollü deneysel araştırmalar dahil edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri: Araştırmanın ulusal veya uluslararası hakemli bir dergide yayınlanmış olması, bilimsel niteliğinin olması, online tam metnine ulaşılabilmesi, 2010-2020 yılları arasında yayınlanmış olması, Türkçe veya İngilizce dilinde yayınlanmış olması; araştırmanın, tele hemşirelik kapsamında, hemşireler tarafından telefon danışmanlığı veya telefon takibinin yapılmış olması, Haziran 2020 tarihine kadar yayınlanmış olması.

Çalışmanın dışlama ölçütleri: Derleme (sistemantik derleme dahil), panel sunumları, meta analiz, retrospektif çalışma, kongre özet bildirimleri, tezler, kitap bölümü ve ölçek çalışmaları çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır.

Çalışmaya alınan yayınlar, tarama tarihi olan 01.05.2020- 30.05.2020 tarihleri arasında internette ulaşılan yayınlardır. Bu yayınlar, hemşireler tarafından uygulanan telefonla takip veya telefon danışmanlığı girişimlerini değerlendirmeye yöneliktir. Bu tarama Türkçe ve İngilizce yayınlanmış yazılar araştırılarak yürütülmüştür. Tüm bu işlemlerin ardından belirtilen sözcük gruplarının kullanıldığı 1275 sonuca ulaşılmıştır. Tüm yazılar araştırmacılar tarafından gözden geçirilmiş, konu ile doğrudan ilgili olmayan yayınlar ve birbirinin tekrarı olan aynı yazılar tarama kapsamı dışında tutulmuş, hakemli dergilerde yayınlanmış araştırma makalesi olan toplam 11 sonuç değerlendirmeye alınmıştır.

Arama Sonucu

Aramalar ilk aşamada dört veri tabanında yürütülmüş ve 1275 çalışma incelemeye alınmıştır (n=1275). Araştırmaların arasında dahil etme kriterleri arasında olan 2010-2020 yılları arasında olması gerektiği kriterine istinaden, 2010 yılı öncesi çalışmalar çıkarılmıştır (n=671). İncelenen çalışmalardan, hakemli dergide yayınlanmış olması ve/veya İngilizce/Türkçe dilinde yayınlanmış olması kriterine uygun olmayan 316 makale kapsam dışı bırakılmıştır (n=316). Geri kalan makalelerden Başlık/ özetlere göre çalışmayla ilgili olmayan makaleler incelenmiş ve 116 makale uygun bulunmamıştır (n=116). Kalan 172 makale içinden tam metnine ulaşılamayan makaleler çıkarılmıştır (n=99). Tekrarlanan makaleler de çıkarılmıştır (n=62). Dahil edilme ölçütlerine uygun olan 11 makale araştırma kapsamına alınmıştır (n=11). Seçim süreci Őekil 1'deki gibidir.

ŐEKİL 1. Sistemantik Derleme Çalışma Seçim Süreci

| |
|--|
| Tarama sonucu ulaşılan makale sayısı n= 1275. |
| Science Direct (n=1003), EBSCO Host (n= 229), Pubmed (n=43), Dergipark (n= 0). |
| Yıllara göre uygun (2010-2020 yılları arası) olmayan makale sayısı n=671; Science Direct (n=624), EBSCO Host (n= 46), Pubmed (n=1). |
| Hakemli dergide veya İngilizce/Türkçe dilinde yayınlanmamış makale sayısı: 316; Science Direct (n=221), EBSCO Host (n=94), Pubmed (n=1). |
| Başlık/ özetlere göre çalışmayla ilgili olmayan makale sayısı n= 116; Science Direct (n=47), EBSCO Host (n=45), Pubmed (n=24). |
| Tam metnine ulaşılamayan makale sayısı:99; Science Direct (n=55), EBSCO Host (n=28), Pubmed (n=16). |
| Tekrarlanan makale sayısı n= 62. |
| Değerlendirmeye alınan makale sayısı n=11. |



2.3. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için, etik kurul izni alınmamıştır. Sistematik derlemenin yapılmasında, araştırmacılara herhangi bir maddi/manevi zarar verme riski bulunmamaktadır. Ayrıca incelenen makaleler kaynakçada gösterilmiştir.

2.4. "Hemşirelerin Telefon Danışmanlığı: Sistematik Derleme" Sistematik inceleme ve meta-analizler için PRISMA Raporlama Yönergesi Doğrultusunda Kontrol Listesi

| Bölüm/ Konu | No | Kontrol Listesi Maddeleri | Sayfa Numara |
|--|----|--|--------------|
| BAŞLIK | | | |
| Başlık | 1 | Araştırma sistematik derleme, metaanaliz veya her ikisi şeklinde tanımlanmalıdır. | 1 |
| ÖZET | | | |
| Yapılandırılmış özet | 2 | Arka plan, amaçlar, veri kaynakları, dahil etme kriterleri, katılımcıların özellikleri, yapılan girişimler, veri değerlendirme ve sentez yöntemleri, sonuçlar, kısıtlılıklar, tartışma, anahtar bulgular ve derleme kayıt numarasını içeren uygun şekilde yapılandırılmış bir özet yazılmalıdır. | 1 |
| GİRİŞ | | | |
| Gerekçe | 3 | Eldeki bilgilerle derlemenin gerekçesi açıklanmalıdır. | 2 |
| Amaçlar | 4 | Araştırmanın yanıt aradığı soruları ve referanslar açıklanmalıdır. Katılımcılar, yapılan girişimler, karşılaştırmalar, sonuçlar ve çalışma tasarımı ile ilgili sorular (PICOS) kapsamlı şekilde açıklanmalıdır. | 2 |
| YÖNTEMLER | | | |
| Protokol ve kayıt | 5 | Derlemenin bir protokolü olup olmadığı, varsa nereden ulaşabileceği (web adresi gibi) ve böyle bir olanak varsa, kayıt numarasını da içerecek şekilde kayıt bilgileri verilmelidir. | 2 |
| Araştırmaya dahil etme kriterleri | 6 | Araştırmanın (PICOS, takip süresi gibi) ve raporun özellikleri (raporun yazıldığı yıl, dil, yayınlanma durumu gibi) belirtilmeli ve bu özellikler sebebi açıklanarak dahil etme kriterleri olarak kullanılmalıdır. | 2-3 |
| Bilgi kaynakları | 7 | Araştırmadaki tüm bilgi kaynakları (kapsadıkları yıllarla beraber veri tabanları belirtilmeli, araştırma yazarlarıyla bağlantı kurularak yapılan ek çalışma varsa belirtilmeli) açıklanmalı ve tarama yapılan son tarih belirtilmelidir. | 2-4 |
| Tarama | 8 | Tekrarlanabilecek şekilde, tüm elektronik tarama yöntemleri, kullanılan limitler de belirtilerek açıklanmalıdır. | 2-4 |
| Çalışma seçimi | 9 | Araştırmaya dahil edilecek çalışmaları seçme süreci açıklanmalıdır (Sistematik derlemede ve mümkünse metaanalizde tarama özellikleri ve dahil etme kriterleri belirtilmeli). | 4 |
| Veri toplama süreci | 10 | Raporlardan veri elde etme yöntemleri ile araştırmacılardan veri elde etmek ve verileri doğrulamak için yapılan işlemler açıklanmalıdır (pilot formlarla, bağımsız şekilde ve kopyalama şeklinde). | 3-4 |
| Veri maddeleri | 11 | Taranan tüm verilerle ilgili tüm değişkenler listelenmeli (PICOS, finans kaynakları gibi), ayrıntılı şekilde açıklanmalı ve varsa yapılan varsayımlar ve basitleştirmeler belirtilmelidir. | 4 |
| Bireysel çalışmalarda yanlılık riski | 12 | Bireysel çalışmaların yanlılık riskini araştırmak için uygulanan yöntemler (bu yöntemlerin derleme veya sonuç kısmında uygulandığı belirtilerek) ve bu bilgilerin veri sentezinde nasıl kullanılacağı açıklanmalıdır. | 2-4 |
| Özet ölçümler | 13 | Ana özet ölçümleri (risk oranı, ortancalar arasındaki fark gibi) açıklanmalıdır. | 6-17 |
| Sonuçların sentezi | 14 | Her meta-analiz için, verilerin işleme ve sonuçlarının birleştirilmesi yöntemleri, eğer varsa tutarlılık ölçümleriyle beraber (I ² testi gibi) açıklanmalıdır. | 4 |
| Çalışmalar karşısındaki yanlılık riski | 15 | Kümülatif sonucu etkileyebilecek yanlılık riski için bir değerlendirme yapılmışsa, açıklanmalıdır (yayınlanma aşamasında yanlılık, sistematik derlemeye dahil edilen çalışmalarda selektif raporlama olması gibi). | 4-5 |
| Ek analizler | 16 | Ek analiz yöntemleri açıklanmalı (sensitivite veya subgroup analizleri, meta regresyon gibi), eğer yapıldıysa, hangilerinin önceden tarif edildiği bildirilmelidir. | 6-17 |
| SONUÇLAR | | | |
| Çalışma seçimi | 17 | Taranan, uygunluk için değerlendirilen, sistematik derlemeye dahil edilen veya çıkarılan çalışma sayısı; sistematik derlemeden çıkarılan çalışmaların çıkarılma sebepleri ve ideal olarak akış şeması verilmelidir. | 4 |
| Çalışma özellikleri | 18 | Her çalışma için, verilerin özellikleri sunulmalı (çalışmanın büyüklüğü, PICOS, takip süresi gibi) ve referanslar verilmelidir. | 3-4 |
| Çalışma içindeki yanlılık riski | 19 | Her çalışmadaki yanlılık riski ile ilgili veriler sunulmalı ve eğer mümkünse sonuç düzeyi değerlendirilmesi yapılmalıdır (12. maddeye bakınız). | 2-4 |



| | | | |
|--------------------------------------|----|--|-------|
| Bireysel çalışmaların sonuçları | 20 | Değerlendirilen tüm sonuçlar için (yarar ve zarar), her çalışma için (a) her girişim grubu için basit özet verisi ve (b) ideal olarak bir forest plot ile etki beklentileri ve güven aralıkları belirtilmelidir. | 11-15 |
| Sonuçların sentezi | 21 | Yapılan her meta analizin sonuçları, güven aralıkları ve tutarlılık ölçümlerini de içerecek şekilde sunulmalıdır. | 11-15 |
| Çalışmalar arasındaki yanlılık riski | 22 | Çalışmalar arasındaki yanlılık riskini değerlendiren sonuçlar verilmelidir (15. maddeye bakınız). | 4-5 |
| Ek analizler | 23 | Eğer yapıldıysa ek analizlerin sonuçları verilmelidir (sensitivite veya subgrup analizi, meta regresyon gibi), (16.maddeye bakınız). | 11-15 |
| TARTIŞMA | | | |
| Kanıtların özeti | 24 | Her ana sonuç için, kanıt düzeyini içerecek şekilde temel bulgular özetlenmeli ve anahtar gruplarla ilişkileri (sağlık hizmeti sağlayıcıları, sağlık hizmeti kullanıcıları, sağlık politikası yapanlar gibi) değerlendirilmelidir. | 17 |
| Kısıtlılıklar | 25 | Çalışmanın sonuç (yanlılık riski) ve derleme (belirlenmiş taramanın tam olarak yanıtlanmaması, raporlamada yanlılık gibi) bölümlerindeki kısıtlılıklar tartışılmalıdır. | 17 |
| Sonuçlar | 26 | Diğer kanıtların yardımıyla, araştırma sonuçlarının genel yorumu yapılmalı ve ileride yapılacak olan araştırmalara etkileri belirtilmelidir. | 17 |
| FINANSMAN | | | |
| Finansal destek | 27 | SistematiK derlemedeki ve diğer kısımlardaki (veri desteği gibi) finansal kaynaklar açıklanmalı ve finansal destekçilerin sistematiK derlemedeki roller belirtilmelidir. | 18 |

From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

3. Bulgular

Bu çalışmada, araştırma kapsamına alınan 11 tane araştırma makalesi incelenmiştir. Makalelerin tamamı İngilizce yazılmıştır. Çalışmalardan; ikisi Amerika Birleşik Devletleri (ABD), iki tanesi Hollanda, bir tanesi Avustralya, bir tanesi İspanya, bir tanesi İran, bir tanesi Endonezya, bir tanesi Ürdün, bir tanesi İsviçre, bir tanesi de Türkiye'de yapılmıştır. Çalışmalarda örneklem sayısı en az 15; en fazla 608'dir. Çalışmalardan bir tanesi tek seferlik bir vaka çalışma tasarımı ile ön deney çalışması, bir tanesi geri tabakalı randomize çalışma, kalanların tamamı randomize kontrollü çalışmalardır. Çalışmalarda müdahaleler hemşireler tarafından yürütülmüş veya hemşire etkin rol üstlenmiştir. Çalışmalardan elde edilen bulgular "Amaç/Katılımcı özellikleri, müdahale yöntemi ve prosedür, ölçüm araçları, telefon danışmanlığının özellikleri ve izlem, sonuç" başlıkları altında sunulmuştur (Tablo 2).

Amaç/Katılımcı Özellikleri

Katılımcı sayısı en yüksek çalışma (n=608) Clark ve diğerleri (2010)'nin çalışmasıdır; amacı, telefon ile müdahalenin astımlı kadın hastalardaki durumu ve yaşam kalitesi (QoL) üzerinde uzun süreli etkileri olup olmadığını belirlemektir. Astımın tanı ve tedavisi için Ulusal Astım Eğitim Önleme Programı (NAEPP) kılavuzlarına dayanan tedaviyi ve ayrıca hastanın izlenmesi amacıyla telefon takibini içerir. Başlangıçta 808 kadın çalışmaya katılmayı kabul etmiş; ancak, 311 kişi müdahale grubunda, 297 kişi kontrol grubunda olmak üzere toplam 608 kadın çalışmayı tamamlamıştır. Katılımcıların tamamı kadın olup yaş ortalamaları müdahale grubunda 48,2; kontrol grubunda 48.7 bulunmuştur.



Tablo 2. Değerlendirme Kapsamına Alınan Araştırmalar ve Özellikleri (*DG: Deney Grubu, KG: Kontrol Grubu)

| Yazar/ Yıl/ Yapıldığı Yer | Çalışma Deseni / Katılımcılar | Müdahale Yöntemi | Ölçüm Araçları |
|--|---|--|--|
| 1. Clark ve diğerleri (2010), ABD | Randomize kontrollü n=608 kişi DG n=424, KG n=384 | Telefon danışmanlığı ile "Kadınlar Özgür Nefes Alır" başlıklı bir program ve eğitim seti. | Mini Astım Yaşam Kalitesi Ölçeği, Astım yönetimi ve öz düzenleme becerisinin düzeyini veya aşamasını değerlendirmek için, Zimmerman'ın ölçeği, ilaç kullanımı için anket |
| 2. Han ve diğerleri (2010), ABD | Randomize n= 360 kişi. DG1: Yoğun telefon danışmanlığı alan n=182; DG2: Daha az yoğun telefon danışmanlığı alan n= 178 | 6 hafta sınıf içi veya posta tabanlı KB eğitimi. KB monitörü verildi. Telefon danışmanlığı | Kendi kendine yardım müdahale programı SHIP-HBP |
| 3. Uitdehaag ve diğerleri (2014), Hollanda | Randomize n=138 hasta, DG. Hemşire tarafından takip edilen kişi n=70. KG'de n=68. | Ev ziyareti Telefon görüşmesi | Yaşam kalitesi ölçeği (HRQoL) Memnuniyet anketi. Sağlık hizmet alımı anketi |
| 4. Calvo ve diğerleri (2014), İspanya | Randomize Kontrollü, n=59 kişi DG'de n=29 hasta evde tele sağlık (HT) ve KG'de n=30 | İzleme cihazları (nabız, oksimetre, spirometre, tansiyon,gösteren monitör), bir modem ve Telefon görüşmesi | Charlson indeksi, Barthel Endeksi Yaşam kalitesi Ölçeği (EuroQol) Goldberg ölçüm aracı (Anksiyete,depresyonda) |
| 5. Berndt ve diğerleri (2016), Hollanda | Randomize kontrollü n=562 hasta. DG1 n= 212 Telefon danışmanlığı alan DG2 n=155 Yüz yüze danışmanlık alan KG n= 195 | Telefonla danışmanlık, Nikotin yamaları, Yüz yüze danışmanlık | Yaşam kalitesi ölçeği (QALYs) Sigarayı bırakma niyetini ölçmek için sosyal bilişsel modellere dayanan anketler |
| 6. Paul ve diğerleri (2016) Avustralya | Tabakalı rastgele kontrollü deney n=501. DG1: Telefonla destek alan n=167, DG2: web tabanlı destek alan n=167, KG n=167 | Elektronik ve mobil sağlık uygulamaları ve online telehealth'in deneme raporları ve standartları | Genel Sağlık Anketi-12 (GHQ-12) ve Sağlık Eğitimi Etki Anketi (HEIQ) |
| 7. Nasiriani ve diğerleri (2017), İran | Randomize kontrollü n= 90 DG: Telefonla danışmanlık ve eğitimi alan n=45, KG n=45 | Telefon görüşmesi. | Sosyo-demografik bilgi formu, Meme kanserinde tarama yöntemlerinin kullanımı anketi, Meme kanseri risk algısı ile ilgili anket |
| 8. Akhu-Zaheya ve diğerleri (2017) Ürdün | Randomize kontrollü n=160 hasta. DG1: Diyet, ilaç ve sigara bırakma ile ilgili SMS alan, DG2: Genel mesajlar alan plasebo grup ve KG | Telefondan SMS gönderilmesi | Morisky İlaç Uyum Ölçeği (MMAS), Akdeniz Diyet Uyum Tarayıcısı (MEDAS) |
| 9. Serena ve diğerleri (2017), İsviçre | Tek aşamalı faz 2 tasarımı n= 35 | Telefonla danışmanlık ve yüz yüze danışmanlık | Öz-Yeterlik Ölçeği (SESLC), Akciğer Kanseri Semptom Ölçeği (LCSS), Destekleyici Bakım İhtiyaçları Anketi |
| 10. Winarto A. ve BintoroT., (2018), Endonezya | Kantitatif çalışma, randomize örneklemli tek seferlik vaka (nicel) n= 15 | Telefon danışmanlığı, Hasta uyumluluk denetimi çizelgesi | Hasta ilaç uyumunu belirlemeye yönelik anket |
| 11. Ozkaraman ve diğerleri (2018), Türkiye | Randomize kontrollü, yarı deneysel bir çalışma n= 32, DG n= 17 ve KG n= 15 | NANDA hemşirelik tanı sınıflaması ve telefonla danışmanlık | Tanımlayıcı anket formu, İlaça bağlı sorun tespit formu ve Morisky'nin Uyum Ölçeği |

Han ve diğerleri (2010) tarafından yapılan çalışmanın amacı, Amerika'da yaşayan, hipertansiyonu olan Kore kökenli yalnız yaşayan hastalarda hemşireler tarafından telefon danışmanlığının uygulanması ve etkisini değerlendirmektir. Telefonla psikolojik danışmanlığın temel amacı, SHIP-HBP (Hipertansiyon İçin Kendi Kendine Yardım Müdahale



Programı) eğitimi ile HT (hipertansiyon) kontrolünü sağlamak ve sosyal destekte bulunmaktadır. Çalışmada, 708 katılımcı dahil edilme ölçütlerini karşılamıştır. Randomizasyon yapılmıştır. 182 kişi yoğunlaştırılmış telefon danışmanlığı (DG1), 178 kişi daha az yoğunlaştırılmış telefon danışmanlığı grubunda (DG2) olmak üzere 360 katılımcı çalışmayı tamamlamıştır. DG1'deki katılımcıların %52,7'ü kadın (n=182) olup yaş ortalamaları 51,8; DG2'deki katılımcıların %52,8'si kadın (n=178) olup yaş ortalamaları 51,9 bulunmuştur.

Uitdehaag ve diğerleri (2014), tarafından yapılan çalışmanın amacı, tedavi edilemeyen primer veya tekrarlayan özofagus, pankreatik veya hepatobiliyer kanserli hastalar için, hemşire önderliğindeki izlemi, poliklinikte geleneksel tıbbi takip ile karşılaştırmaktır. Öncelikle hastaların ağrı ve şikayetlerinin giderilmesine odaklanılmıştır. Randomizasyon yapılarak, 70 kişi hemşire liderliğinde danışmanlık alacak gruba (DG); 68 kişi poliklinik takibi alan gruba (KG) alınmıştır. Çalışmayı, 1. grupta 3 hasta, 2. grupta 2 hasta tamamlamıştır. Çalışma süresinde çoğu hasta vefat ettiğinden, çalışmayı tamamlayan kişi sayısı az olmuştur. KG'deki katılımcıların %61'i kadın (n=36) olup; yaş ortalamaları 67; DG'deki katılımcıların %75,9'u erkek (n=22) olup yaş ortalamaları 75,0 bulunmuştur.

Calvo ve diğerleri (2014) tarafından yapılan çalışmanın amacı, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) olan hastalar için hazırlanan PROMETE (Madrilian Telehealth PROject for COPD) projesinin evde telesağlık programı kapsamında etkinliğinin acil servis başvurularının sayısı, hastaneye yatışlar, hastanede kalış süresi ve ölüm oranı üzerine etkisini ölçerek değerlendirmektir. 29 hasta evde telesağlık alan grupta (DG); 30 hasta geleneksel bakım alan kontrol grupta (KG), toplam 59 hasta örneklem kapsamına alınmıştır. KG'deki katılımcıların %73,3'ü erkek (n=22) olup; yaş ortalamaları 72,7; DG'deki katılımcıların %60'ı kadın (n=30) olup yaş ortalamaları 64 bulunmuştur.

Berndt ve diğerleri (2016), tarafından yapılan çalışmanın amacı, koroner kalp hastalarında sigarayı bırakmak için iki farklı danışmanlık girişiminin maliyet-etkililiğini ve faydasını incelemektir. Başlangıçta 625 kişi çalışmaya alınmıştır. Ancak 487 kişi çalışmayı tamamlamıştır. Geleneksel bakım (KG) alan n = 195, telefon danışmanlık alan (DG1) n = 170 ve yüz yüze danışmanlık alan (DG2) n = 122. KG'deki katılımcıların %75,3'ü erkek (n=243) olup; yaş ortalamaları 55,8; DG1'deki katılımcıların %73,4'ü erkek (n=222) olup yaş ortalamaları 55,2; DG2'deki katılımcıların %70,7'si erkek (n=157) olup yaş ortalamaları 56,5 bulunmuştur.

Paul ve diğerleri (2016), ileriye yönelik tasarlanan çalışmasında; yeni teşhis edilmiş akciğer kanserli hastaya bilgi ve destek vermek için çeşitli yöntemler kullanılmasının etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır. Araştırmaya, 501 hastanın üç eşit gruba alınması planlanmıştır (n=167); Birinci grup, minimal bakım alan (kontrol grubu), ikinci grup telefon desteği alan, üçüncü grup online destek (e-mail veya canlı sohbet) alanlardan oluşmuştur. Katılımcılar 18 yaş üzeri bireyler olup; çalışmada katılımcıların yaş ortalaması ve cinsiyet oranları belirtilmemiştir.

Nasiriani ve diğerleri (2017), tarafından yapılan çalışmanın amacı, meme kanseri hastalarının aile üyesi bakıcılarında telefonla danışmanlık ve meme kanseri hakkında eğitim vermek, erken tanının önemi, kendi kendine meme muayenesi ve mamografi hakkında eğitimin meme kanseri taramasına etkisini araştırmaktır. Araştırmada başlangıçta katılım için 184 kişi belirlenmiştir. 90 kişi ile (45'i deney, 45'i kontrol) tamamlanmıştır. Katılımcıların tamamı kadın olup; yaş ortalamaları müdahale grubunda 45,80; kontrol grubunda 46,77 bulunmuştur.



Akhu-Zaheya ve diğerleri (2017) tarafından yapılan çalışmanın amacı, erişkin kalp hastalarında kısa mesaj sistemi (SMS) hatırlatmalarının sağlıklı beslenme, ilaç ve sigarayı bırakma üzerine etkisini belirlemektir. Araştırmada çalışmayı tamamlayan örneklem sayısı 160'dir. Katılımcıların %54,4'ü erkek (n=87) olup; yaş ortalamaları 54,94 bulunmuştur.

Serena ve diğerleri (2017) tarafından yapılan çalışmanın, 1. amacı, APNLC (Advanced Practice Nurses in Lung Cancer) konsültasyonlarının uygulanabilirliğini ve birinci basamak tedavi sırasında hasta tarafından bildirilen sonuç ölçümlerini (PROM'lar) toplama yeteneğini değerlendirmektir. İkinci amaç, birinci basamak tedavi sırasında APNLC hastalarının akciğer kanseriyle ilişkili semptomları, semptom yoğunluğunu / yükünü ve karşılanmamış destekleyici bakım ihtiyaçlarını yönetmek için öz-yeterlikteki değişiklikleri tanımlamaktır. Toplamda 46 hasta çalışmaya alınmıştır. Katılımcıların %65'i kadın (n=30); yaş ortalamaları 60,32 bulunmuştur.

Winarto A. ve Bintoro T., (2018) tarafından yapılan çalışmanın amacı, tüberküloz (tbc) hastalarının, TBC kontrol stratejisini anlama kılavuzu (DOTS) kullanarak, hemşirelerin hasta veya ailesine telefon kullanarak, hastalığının durumunu, mevcut şikayetlerini, düzenli olarak ilaç almayı motive etmek, hasta sorularını ve şikayetlerini cevaplamak ve ilaç alma programı hakkında bilgi vermektir. Araştırmada örneklem sayısı 15'tir. Katılımcıların %60'ı erkek (n=15) olup; katılımcıların yarısının yaşı 61 ve üzeridir.

Ozkaraman ve diğerleri (2018) tarafından yapılan çalışmanın amacı, ilk kez anti-TNF- α tedavisine başlayan hastalarda eğitim ve telefon danışmanlığının tedaviye uyum ve ilaca bağlı zorlukların etkilerini araştırmaktır. Basit randomizasyon ile müdahale grubuna (DG) 17, kontrol grubuna (KG) 15 kişi atanmıştır. Çalışma 32 hasta ile tamamlanmıştır. Katılımcıların, % 52,9'u erkek olup, yaş ortalamaları 48,8 bulunmuştur.

Müdahale Yöntemi

Clark ve diğerleri (2010)'nin çalışması, randomize kontrollü olup, "Kadınların "Women Breathe Free (WBF)" başlıklı program ile, bir hemşire telefon danışmanlığı vermiştir. DG grubundakiler, hastanın tedavi planına, doktorunun önerilerine uygun olarak gerçekleştirilecek öz yönetim, problem çözme sürecine dahil edilmiştir. Telefonla danışmanlık için standart protokol kullanılmış ve hastanın öz yönetim seviyesine göre uyarlanmıştır. Kadınlarda, astım problemleri ve danışmanlık görüşmelerinde belirlenen durumlarının yönetilmesindeki özel kaygılar ele alınmıştır. Katılımcılara program sürecinde, regl, östrojen replasman tedavisi, adet öncesi belirtiler, cinsel aktivite, ev temizliği vb. öneriler verilmiştir. Problem çözmede yardımcı materyaller (eğitim seti) katılımcının evine gönderilmiştir.

Han ve diğerleri (2010)'nin çalışmasında, SHIP-HBP, hastanın kan basıncını (KB) izlemesi ve telefonla psikolojik danışma ile psiko-davranışsal eğitimden oluşmaktadır. Randomize deneysel çalışmada, gruplar, hipertansiyona yönelik yoğunlaştırılmış (iki haftada bir) ve az yoğun (ayda bir) telefon danışmanlığı alanlar diye iki gruba ayrılmıştır (Sırasıyla DG1 ve DG2). Müdahale üç bileşenden oluşmuştur: psiko-davranışsal eğitim; tele iletim sistemi ile evden KB izleme ve telefonla danışmanlık. Evde KB takibi için 6 haftalık eğitim ve 6 haftalık test döneminden sonra, telefon danışmanlığı başlatılmıştır. Telefon danışmanlığı, Öğrenilmiş Kaynaklılık Modeline uygun yapılmıştır. Model, HT'u etkileyen bireysel faktörleri içermektedir.



Uitdehaag ve diğerleri (2014)'nin çalışmasında, randomizasyon ile Geleneksel Tıbbi Takip (KG), planlı poliklinik randevulardan oluşmaktaydı. Hemşire liderliğinde danışmanlık alan grupta (DG) toplam, 157 ev ziyareti, 95 telefon görüşmesi ve polikliniğe 16 sevk önerisi; geleneksel takip grubunda, 35 poliklinik ziyareti ve 45 telefon görüşmesi yapılmıştır.

Calvo ve diğerleri (2014)'nin çalışmasında, katılımcılar randomizasyonla iki gruba ayrılmıştır: Evde telesağlık programı alanlar (DG) ve Geleneksel Bakım alanlar (KG). Telesağlık programının ilk gününde hastaların evine, izleme cihazları kurulmuştur. Hastalara eğitim verilir, ölçümleri düzgün alabildikleri doğrulanmıştır. Ayrıca, izleme cihazlarının nasıl kullanılacağı, ölçümlerin doğru nasıl iletileceği hakkında yazılı bilgiler verilmiştir. Herhangi bir teknik sorun için hastalara telefon numarası bırakılmıştır. Bir spirometre, bir oksimetre, kalp hızı ve tansiyon ölçüm monitörü kullanılarak parametreler alınmıştır. Bu ölçümler alındıktan sonra her gün, veriler hastaların telefon hatları üzerinden bir modem (Tele-Modem™, Aerotel Medical Systems) aracılığıyla otomatik olarak gönderilmiştir. Hastalar, çalışmaya en az 15 gün boyunca alevlenme olmadan stabil durumda girmiştir. Alevlenme aşamasında olan hastaların çalışması ertelenmiştir. Bilgi, bazı renkli ışıkların kullanıldığı bir uygulama aracılığıyla Clinical Monitoring Center (CMC) tarafından alınmış, izlenmiş ve değerlendirilmiştir: Yeşil renk; ölçümlerin alındığı ve önceden tanımlanmış sınırlar dahilinde olduğu, başka işlem yapılmasına gerek olmadığı anlamına gelmektedir. Sarı renk; "Teknik uyarı" demek ve ölçümlerin alınmadığı anlamına gelmektedir. Bu uyarı, uyum eksikliği veya başka sebepten "klinik uyarıya" yol açabilmektedir. Parametreler alınmadığında, CMC'deki hemşire, uyarının arkasındaki nedeni bulmak için hastayı aramış veya tıbbi nedenleri gözden geçirmiştir, gerektiğinde çalışmayı yöneten doktora haber vermiştir. Kırmızı renk; "Klinik uyarı" anlamına gelmektedir. Ölçümün hasta için sınır limitlerini aştığı anlamına gelmektedir. Kırmızı olduğunda, hemşire klinik uyarıyı doktora iletmiş ve ardından alevlenmeyi orta, şiddetli veya çok şiddetli olarak sınıflandırmıştır. Orta dereceli alevlenmelerde, telefonla hastaya ulaşarak, tıbbi tedaviye başlaması önerilmiştir. Ağır vakalarda hastanın evine ziyaretler yapılmış ve çok şiddetli durumlarda hastaya acil servise gelmesi önerilmiştir. KG geleneksel bakım almıştır. Evde telesağlık çalışması için temel verilerin toplandığı ve yaşam kalitesi anketlerinin tamamlandığı ilk klinik ziyaret ve çalışma sonunda bir ziyaret yapılmıştır. Bu şekilde klinik uyarıda, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Akut Alevlenmeleri (AECOPD) diğer nedenlerden ayrıştırılmış ve yanlış pozitifler tespit edilmiştir.

Berndt ve diğerleri (2016)'nin çalışmasında ön test-son test deneysel müdahale tasarımı kullanılmıştır. Randomize kontrollü çalışmada, yatmadan önce sigara içen kardiyak hastalar olağan bakıma (KG), telefon danışmanlığına (DG1) ve yüz yüze danışmanlık (DG2) olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. DG1de 3 ayda 8 defa telefon görüşmesi yapılmış ve 8 hafta nikotin yaması kullanılmıştır. DG2'de 3 ayda 8 defa yüz yüze görüşme yapılmış ve 8 hafta nikotin yaması kullanılmıştır. DG2 müdahalesi DG1 ile karşılaştırılabilir bir yapı ve içerikten oluşmuştur. KG'deki hastalar sigara bırakma için hastanede standart tedavi görmüştür. KG'deki hastalara sigara bırakmaya yönelik tavsiyeler dışında, bilgilendirici bir broşür verilmiştir. 6. ayda tüm gruplara son testler yapılmıştır.— Hemşireler, sigara bırakma konusunda eğitilmiş olup, Ask-Advise-Refer stratejisini izlemiştir.

Paul ve diğerleri (2016)'nin tabakalı randomize çalışmasında katılımcı seçimi devam etmekte olup, 3 yöntem planlanmıştır: 1. Bilgi kitapçığı (Akciğer Kanseri Anlamak), 2. Telefon desteği, ve 3. Web desteği, (sohbet, ve/veya e-posta) alan gruplar. Bu yöntemler arasında karşılaştırılabilir sonuçlar olup olmadığına bakılacaktır.



Nasiriani ve diğerleri (2017), randomizasyon ile seçilen, müdahale grubunda meme kanseri taraması hakkındaki protokole göre danışmanlık ve eğitim verilmiştir. KG de, çalışmadan sonra telefonla danışmanlık ve eğitim almıştır.

Akhu-Zaheya ve diğerleri (2017)'nin çalışmasında, üç gruplu randomize kontrollü çalışma tasarımı kullanılmıştır. Katılımcılardan 1.grup (DG1), sağlıklı beslenme ilaç ve sigarayı bırakma ile ilgili SMS almış, 2.grup (plasebo grubu-DG2) genel mesajlar almış; 3.grup rutin bakım (KG) almıştır.

Serena ve diğerleri (2017)'nin çalışması, bir faz 2 çalışmasıdır. Deney grubu, hastanın tedavi planına ve doktorunun tavsiyelerine uygun olarak gerçekleştirilecek öz-düzenleme, problem çözme sürecine sokulmuştur. Telefonla danışmanlık standart protokoller kullanmış ve kadının öz-düzenleme düzeyine göre uyarlanmıştır. Kontrol grubuna; Toplum tabanlı takip hizmeti yapılmıştır.

Winarto A. ve Bintoro T., (2018)'nin çalışmasında, tüberküloz hastalarına, hastalığının durumu hakkında bilgi vermek, sorularını cevaplamak ve düzenli olarak ilaç almayı motive etmek için ilaç alma programını hatırlatan telefon danışmanlığı yapılmıştır.

Ozkaraman ve diğerleri (2018)'nin çalışması, yarı deneysel bir çalışma olup, örneklem iki gruptan oluşmaktadır. Müdahale grubundaki anti TNF- α tedavisi alan hastalarda, ilaç uyumu ve yaşanan zorluklarla ilgili hemşirelik tanıları yapılmış; telefonla danışmanlık verilmiştir.

Ölçüm Araçları

Clark ve diğerleri (2010), Astımın Tanı ve Tedavisi İçin Ulusal Astım Eğitim Önleme Programı (NAEPP) kılavuzu kullanmıştır. Müdahale grubunda, hemşire tarafından telefon yoluyla kadınlara, "Women Breathe Free"(WBF) başlıklı çok bileşenli bir müdahale programı uygulanmıştır. Kadınların spesifik astım problemleri ve danışmanlık görüşmeleriyle ortaya çıkan durumlarının yönetilmesindeki özel kaygılar ele alınmıştır. Juniper'ın Mini Astım Yaşam Kalitesi Anketi, kadınların astımla ilişkili yaşam kalitesini ölçmek için kullanılmıştır. Katılımcıların oto kontrol düzeylerini ölçme ile ilgili, Zimmerman Ölçeği kullanılmıştır.

Han ve diğerleri (2010)'nin hemşirenin, iki haftada veya ayda bir arama şeklinde yaptığı telefon danışmanlığının uygulanması ve başarısını değerlendirmek için yaptığı çalışma, Öğrenilmiş Kaynaklılık Modeline (Learned Resourcefulness Model) dayandırılmıştır.

Uitdehaag ve diğerleri (2014)'nin çalışmasında, başlangıçta hastaların sosyo demografik özellikleri, klinik özellikleri ve takip tercihleri değerlendirilmiştir. Hemşire, belirtilerin değerlendirilmesi için, Edmonton Belirti Değerlendirme Sistemi Anketinin değiştirilmiş bir versiyonunu kullanmıştır. Hemşire hem hastayla ilgilenen hekim hem de hastanın pratisyen hekimi (GP) ile düzenli temasta bulunmuştur. Ayrıca, yaşam kalitesi (HRQoL), hasta memnuniyeti ve sağlık hizmeti tüketimini ölçmek için çeşitli ölçüm araçları kullanılmıştır. Hasta memnuniyetini değerlendirmek için, bir memnuniyet anketi geliştirilmiştir. Sağlık hizmeti tüketimini değerlendirmek için hasta veya yakınlarının-doktor ile olan tüm temasları ve (yeniden) hastaneye başvuruları ile ilgili bir anket-kullanılmıştır.

Calvo ve diğerleri (2014)'nin çalışmasında, PROMETE tele-sağlık programı, KOAH hastalarının evde günlük takibine yönelik uygulanmıştır. Bu programda: günlük kan basıncı, oksijen saturasyonu, kalp hızı ve haftada üç kez tepe ekspiratuar akışı (PEF) gibi



parametreleri izlenmiştir. Tıbbi geçmiş için (Charlson indeksi); yaşam kalitesi (SF-12 ve EuroQol gibi genel ve SGRQ (Saint George Respiratory Questionnaire) ölçüm araçları ve "KOAHA Değerlendirme Testi CAT" (Chronic Obstructive Pulmonary Disease Assessment Test), Barthel Endeksi ve anksiyete ve depresyon için Goldberg ölçüm araçları kullanılmıştır.

Berndt ve diğerleri (2016) çalışmasında, Euroqol EQ-5D yardımcı programlarına dayanan Yaşam Kalitesi ölçeği kullanmıştır. Fagerström Testi ile nikotin bağımlılık düzeyi ölçülmüştür. Sigarayı bırakma niyetini ölçmek için sosyal bilişsel modellere dayanan anketler kullanılmıştır. Verimlilik maliyetleri sadece taburcu olduktan sonra değerlendirilmiş ve devamsızlık ve sunum hizmeti ile ilişkili olup; üretkenlik ve hastalık anketi modüllerine (PRODISQ) dayandırılmıştır.

Paul ve diğerleri (2016) çalışmasında, 1. Grupta (kontrol), Cancer Council New South Wales (CCNSW) tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı, 2. Grupta, CCNSW CIS (CIS: The Cancer Information and Support) servisinden telefon görüşmesi (telefon desteği), 3. Grupta, CCNSW CIS servisinden e-postalar ve canlı sohbet danışmanlığını (Web desteği) içermektedir. Genel psikolojik sıkıntı için yaygın olarak kullanılan GHQ-12 (General Health Questionnaire-Genel Sağlık Anketi-12) ve heiQ (Health Education And Impact Questionnaire-Sağlık Eğitimi ve Etkisi Anketi) kullanılmıştır. Kanserle özgü ihtiyaçları belirlemek için 34 maddelik SCNS-34 (Supportive Care Needs Survey: SCNS-SF34) kullanılmıştır.

Nasiriani ve diğerleri (2017), katılımcılara birinci bölümde sosyo-demografik özellikleriyle, ikinci bölümde meme kanseri ve meme kanseri taraması (kendi kendine meme muayenesi: KKMM, klinik meme muayenesi ve mamografi) ile ilgili bilgi düzeylerini ölçen sorular; üçüncü bölümde meme kanseri risk algısı ile ilgili sorular içeren bir anket formu doldurtmuşlardır.

Akhu-Zaheya ve diğerleri (2017) çalışmalarında, Morisky-8 Maddeli İlaça Uyum Anketi (MMAS), Akdeniz Diyet Uyum Tarayıcısı (MEDAS) kullanılmıştır.

Serena ve diğerleri (2017)'nin çalışmasında, hastalarda öz yeterliği ölçmeye yönelik, Akciğer Kanseri İçin Öz-Yeterlik Ölçeği (The Self-Efficacy Scale For Lung Cancer-SESLC); akciğer kanseri semptomlarını, semptom sıkıntısını, aktivite seviyesini ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini değerlendirmek için; Akciğer Kanseri Semptom Ölçeği (Lung Cancer Symptom Scale-LCSS) kullanılmıştır. Destekleyici bakım ihtiyaçlarını ölçmek için Destekleyici Bakım İhtiyaçları Anketi Tarama Aracı (Supportive Care Needs Survey Screening Tool- SCSST) kullanılmıştır.

Winarto A. ve Bintoro T. (2018)'nin çalışmasında, katılımcıların tedaviye uyumlarını değerlendirmek için araştırmacılar tarafından uyumluluk kontrol listesi hazırlanmıştır.

Ozkaraman ve diğerleri (2018)'nin çalışmasında, hasta tanımlama formu, Morisky Uyum Ölçeği (Morisky's Questions-Self Report Measure of Adherence) ve ilaca bağlı problemleri belirlemeye yönelik soru formu kullanılmıştır.

Telefon Danışmanlığının Özellikleri ve İzlem

Clark ve diğerleri (2010)'nin çalışmasında, veriler, öntest ve sontest (müdahaleden iki yıl sonra) telefon görüşmesi ve tıbbi kayıtların incelenmesi yoluyla toplanmıştır. Han ve diğerleri (2010)'nin çalışmasında, KB takibi için 6 haftalık eğitim ve 6 haftalık testten sonra, telefon



danışmanlığı başlatılmış ve 12 ay sürmüştür. Uitdehaag ve diğerleri (2014), çalışmalarının başlangıcında, 1.5 ay sonra, 4 ay sonra ve 13 ay sonra izlem yapılmıştır. Calvo ve diğerleri (2014)'nin çalışmasında temel veriler, yaşam kalitesi anketleri ilk ziyaret ve son ziyarette alınmıştır. Berndt ve diğerleri (2016)'nin çalışması 3 ay sürmüş ve her biri 10–15 dakikalık yedi telefon görüşmesi olmuştur. Paul ve diğerleri (2016)'nin çalışmasında, başlangıç, 3 ay ve 6 ay sonra izlem yapılması planlanmaktadır. Nasiriani ve diğerleri (2017), 6 ay izlem yapmışlardır. Veriler, bu süre boyunca, katılımcıların her biri ile toplamda en az üç telefon görüşmesi yapılarak toplanmıştır. Her telefon görüşmesi yaklaşık 45-60 dakika sürmüştür. Akhu-Zaheya ve diğerleri (2017) çalışmasında, sonuçlar, çalışmanın başında ve müdahalenin tamamlanmasını takiben üç ay sonra izlenmiştir.

Telefon Danışmanlığının Etkisi / Sonuçlar

Clark ve diğerleri (2010)'nin çalışmasında, müdahale grubundaki kadınlarda, cinsel sorunlarda ve astım semptomlarında önemli ölçüde azalma ($P=0.01$) ve kış aylarında astım nedeniyle devam edilemeyen iş/okul günlerinde azalma ($P=0.03$), özyönetimde artma ($P=0.01$), astım yönetiminde artma ($P=0.01$) ve astım yaşam kalitesi seviyelerinde artma ($P=0.02$) olduğu görülmüştür. Ayrıca kısa etkili bronkodilatörlerin kullanımında KG'deki kadınlara göre daha fazla azalma olmuştur ($P\leq 0.05$). Müdahale grubundaki kadınların, inhale bronkodilatörlerin kullanımında, azalma olmuştur ($P=0.05$). Müdahale grubundaki kadınların kontrol grubundakilere kıyasla, en son astım atağını izlemek için peak flow metre ölçer kullanımında artış olduğu bildirilmiştir ($P=0.03$).

Han ve diğerleri (2010)'nin çalışmasında, her iki grupta ilaç alma, alkol tüketimi ve egzersiz konusunda iyileşme gösterilmiş, ancak sigara içmede anlamlı grup farklılığı olmamıştır. DG1'de genel başarı oranı %80.3 bulunmuştur. Başarı düzeyi, danışmanlık sıklığı, sağlık sigortasının olması, istihdam durumu ve ABD'deki ikamet süresinden etkilenmiştir. 12 aylık dönemde, iki grup da ilaç alımında artış yönünde olumlu eğilim göstermiştir. DG1, ilaç alan hasta sayısı (grup içi değişim için % 6.5, $P = 0.041$) daha fazla artış gösterirken, DG2'de artış %5.4 (grup içi değişim için $P > 0.05$) olarak belirlenmiştir. Diğer sağlık davranışları, sigara dışında, alkol tüketiminde azalma ve her iki grup için egzersizde artış önemli ölçüde artmış ve anlamlı fark bulunmuştur (tüm grup içi testler için $P < 0.01$). Telefonla erişimin başarı oranları DG1 için %74.2 ve DG2 için % 86.5 olarak belirlenmiştir ($P\leq 0.001$).

Uitdehaag ve diğerleri (2014)'nin çalışmasında, hemşire önderliğinde (DG) takip ziyareti maliyetleri, geleneksel (KG) takip ziyareti maliyetlerinden % 38 daha düşük bulunmuştur. (Ancak, ilk 4 aylık takip süresinin maliyeti, ziyaretlerin sıklığı nedeniyle DG'de daha yüksektir). DG'de hasta başına takip ziyareti maliyetleri, KG'den % 38 daha düşük bulunmuştur. Ziyaretlere göre, DG'deki, 4 aylık takipte, DG'deki hastalar, bakım sağlayıcı tarafından verilen tavsiye ve bilgilerden ve hastanın kendi bakım planlamasına katılımından memnun kalmışlardır (Her ikisi için $P < 0.001$). Bu maddeler için, KG'deki hastaların daha az memnun oldukları bulunmuştur. DG'de diyare, depresyon, gibi belirtiler daha az bulunmuştur. Her iki grupta yaşam kalitesi açısından fark bulunmamıştır. KG'deki hastalar, bir seçenek verildiğinde bu takibi daha az tercih etmişlerdir ve tıbbi takibi daha külfetli bulmuşlardır ($P < 0.001$).

Calvo ve diğerleri (2014)'nin çalışmasında, klinik müdahaleler öncelikle telefonla (37 vakada) veya hastanın evinde (8 vakada) gerçekleştirilmiştir. DG'de acil servis başvurusu 20, KG' de 57 defa olmuştur. Hastaneye yatış sayısı DG'de 12, KG'de 33 defa olmuştur. Hastanede kalış



süresi toplamda DG'de 105, KG'de 276 gün olmuştur. Tüm hastalar DG programından yüksek düzeyde memnuniyet göstermiştir. DG programına 10 üzerinden 9 puan verilmiştir. Toplam 50 Kırmızı uyarı (klinik uyarı) belirlenmiştir: 39'u (% 78) orta, 8'i (% 16) şiddetli ve 3'ü (% 6) çok şiddetli olarak sınıflandırılmıştır. DG'de AECOPD'nin % 78'i hafif şiddette olmuştur. DG hastalarının acil servis başvurusu, hastane yatışları ve hastanede kalış sürelerinde önemli azalma olduğu belirlenmiştir. Klinik uyarıda, AECOPD diğer nedenlerden ayrıştırılmış ve yanlış pozitifleri tespit edebilmiştir. Charlson indeks skoru, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılıklarla ilgili olan, Barthel indeksi, günlük ilaç kullanım sayısı ile ilgili DG ve KG arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Sırasıyla p değerleri 0,555; 0,239; 0,980).

Berndt ve diğerleri (2016)'nin çalışmasında, DG1 (Telefon danışmanlığı), hem KG (Hastanede sigarayı bırakmak için olağan bakım) hem de DG2 (Yüz yüze danışmanlık)'den daha düşük maliyetlere ve daha yüksek etkilere sahip bulunmuştur. Üç gurup arasındaki yaşam kalitelerinde (QALY) anlamlı bir gelişme ve farklılık bulunmamıştır (DG1-KG 0,491; DG2-KG 0,487; DG1-DG2 0,491).

Paul ve diğerleri (2016)'nin çalışmasında telefon veya Web desteği alan katılımcıların, kitapçıları alan katılımcılardan daha az sıkıntı ve daha fazla öz yeterlik bildireceği varsayılmaktadır.

Nasiriani ve diğerleri (2017)'nin çalışmasında, müdahale ve kontrol grupları arasında katılımcıların demografik özellikleri (yaş, medeni durum, aile ilişkileri; eğitim durumu, mesleği ve yaşadığı yer) ile ilgili anlamlı fark bulunmamıştır. İlk telefon görüşmesinde müdahale grubundaki katılımcıların %6,7'si KKMM, %8,9'u klinik-meme muayenesi ve %13,3'ü mamografi uyguladıklarını belirtmiştir. KKMM'nin yapılmamasının nedeni, %71,1 oranında bilgi eksikliği olmuştur; hamile olmayan veya menopoz öncesi kadınların %8,9'u; hamile veya menopozdaki kadınların %17,8'i KKMM için en iyi zamanı bilmemiştir. Mamografi yapılmamasının başlıca nedenleri, %73,3'ünde bilgi eksikliği ve % 71,1'inde bir doktor istemi olmaması tespit edilmiştir. DG'de, mamografi telefon danışmanlığı öncesi %13,3 ve telefon danışmanlığı sonrası %77,8'e çıkmıştır. DG'deki katılımcıların çoğu çalışmanın başında KKMM, klinik meme muayenesi ve mamografi yapmamıştır. Meme taraması yöntemlerinden mamografi daha sık yapılmıştır. Hamile, menopozlu ve hamile olmayan kadınlar, KKMM zamanı ve aralıkları hakkındaki bilgileri düşük düzeyde bulunmuştur. KKMM ve mamografide düşük performansın ana nedeni farkındalık eksikliği olarak belirlenmiştir. Karşılaştırma öncesi ve sonrası KG'de mamografi çekme ile ilgili istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 3. Değerlendirme Kapsamına Alınan Araştırmalar ve Sonuçları

| Yazar/ Yıl | Telefon Danışmanlığının Özellikleri ve İzlem | Telefon Danışmanlığının Etkisi / Sonuçlar |
|------------------------------|--|--|
| 1. Clark ve diğerleri (2010) | Telefon aramalarının sayısı ve özellikleri hakkında detaylı bilgi verilmemiştir. Başlangıçta, 1 ve 2 yıl sonra, telefonla görüşme ve tıbbi kayıt incelenmesi | DG'de, astıma bağlı gece semptomları, sağlık hizmeti alımı, iş/okul devamsızlığı ve astım semptomları, cinsel sorunlarda azalma bulunmuştur (Hepsi, P ≤ 0.05). Astıma bağlı yaşam kalitesi yüksek (P=0,02); astım yönetimi için kendine güven artış (p=0.01) bulunmuştur. Kısa etkili bronkodilatör kullanımında KG'ye göre azalma olduğu belirlenmiştir (P≤0.05). |
| 2.Han ve diğerleri (2010) | Başlangıçta, 3.ayda,15.ayda izlem. 5090'ı başarılı, toplam 11.415 telefon görüşmesi yapılmıştır. DG1'de %74,2 (kişi başı yaklaşık 18 arama) ve DG2'de %86,5 (kişi başı yaklaşık 10 | DG1'de genel başarı oranı %80,3 belirlenmiştir.3. ayda, antihipertansif ilaç alan hastaların oranı her iki grup için benzer bulunmuştur. 12 aylık dönemde, her iki grup ilaç alımında artış eğilimi göstermiştir. DG1, ilaç alan hasta sayısı (grup içi değişim için %6,5, P = 0.041) daha çok artış göstermiştir. DG2'de artış %5,4 |



| | | |
|-------------------------------------|---|---|
| | arama) bulunmuştur (p = 0,001). Ortalama, her seansta 2 görüşme olmuştur. | (grup içi değişiklik için p > 0.05). Diğer sağlık davranışları, sigara dışında, alkol tüketiminde azalma ve her iki grup için egzersizde artışla ilgili iki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur (tüm grup içi testler için p < 0.01). |
| 3. Uitdehaag ve diğerleri (2014) | Başlangıçta, 1,5 ay sonra, 4 ay sonra ve 13 ay sonra izlem. Hemşire liderliğindeki grupta 268 ziyaret (95 telefon görüşmesi) yapılmıştır. | DG'de takip maliyetleri, KG'den %38 daha düşük bulunmuştur. Yaşam kalitesi açısından, iki grupta fark bulunmamıştır. KG'deki hastalar, bu takibi az tercih etmiş; tıbbi takibi daha külfetli bulmuşlardır (P < 0.001). DG'dekiler, KG'ye göre daha memnun kalmışlardır (P = 0,02) |
| 4. Calvo ve diğerleri (2014). | Başlangıçta ve 7.ayda. Klinik müdahaleler öncelikle telefonla 37 kez veya hastanın evinde 8 kez gerçekleştirilmiştir. | Acil servise başvuru sıklığı DG'de 20, KG' de 57 defa olmuştur. Hastaneye yatış sayısı DG'de 12, KG'de 33 olmuştur. Hastanede kalış süresi DG'de 105, KG'de 276 gün olmuştur. Charlson indeks skoru 3.57, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılıklarla ilgili olan, Barthel indeks p=0,239, Goldberg ölçüm aracına göre anksiyete P= 0.468, depresyon P=0.203 bulunmuştur. |
| 5. Berndt ve diğerleri (2016) | Başlangıç ve 3 ayda, her biri 10-15 dakika süren yedi telefon görüşmesi gerçekleştirilmiştir. | DG2'de sigarayı bırakma niyeti az olan hastalar için en uygun maliyetli (%61), bırakma niyeti yüksek olan hastalarda da DG1, DG2 ve KG'ye göre uygun maliyetli olmuştur (%88). 3 grup arasında QALY'lerde anlamlı farklılık bulunmamıştır. |
| 6. Paul ve diğerleri (2016) | İlk telefon görüşmesi, 20-50 dakika ve farklı zamanlarda, 5 çağrıya kadar girişim olması; başlangıç-3 ay-6 ay sonra ise izlem planlanmaktadır. | Telefon veya Web desteği alanların, kitapçık alan katılımcılara göre daha az sıkıntı, daha düşük GHQ-12 puanları ve daha yüksek öz yeterlik (0,3 SD daha yüksek heiQ puanları) bildirecekleri varsayılmaktadır. Katılımcı alımı devam etmektedir. |
| 7. Nasiriani ve diğerleri (2017), | 3 ay sonra. Hastalarla toplamda en az üç telefon görüşmesi yapılmıştır. Telefon görüşmeleri yaklaşık 45 dakika sürmüştür. | DG'de mamografi çekirme telefon danışmanlığı öncesi %13,3; telefon danışmanlığı sonrası %77,8 olmuştur. KG'de ise anlamlı bir fark yoktu (0.791). DG'de, %42,2'sinin meme kanseri ve kanser olma konusunda bir risk taşıdığı ve %44,4'ünün ruh hali, ilişki ve günlük yaşamları üzerindeki etkisi konusunda ılımlı bir algıya sahip olduğu belirlenmiştir. |
| 8. Akhu-Zahaya ve diğerleri (2017) | Başlangıç ve 3 ay sonra. 3 hatırlatma mesajı SMS şeklinde gönderilmiştir. | DG1'de, ilaç uyumu üzerinde DG2 ve KG'ye göre anlamlı fark bulunmuştur (p=0,001). DG1 ve KG ile DG2 ve KG arasında anlamlı fark bulunmuştur (p < .05) (hem genel mesaj hem de hatırlatma mesajı etkili olmuştur). İlaç tedavisine uyum (p = .001); diyetle uyum (p = .000) bulunmuştur; sigarayı bırakma niyeti ve/veya içilen sigara sayısı (sırasıyla p = .327; p = .34) açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. |
| 9. Serena ve diğerleri (2017) | Başlangıçta, 1. hafta, 5-7 hafta arası, 10-11 hafta arası görüşmeler yapılmış (2 yüzyüze-2 telefon görüşmesi). Bu görüşmelerden 4-7. günler ve 71.-80. günler arasında birer telefon görüşmesi olmuştur | Hastaların, öz-yönetim hakkında bilgi eksikliği başlangıçta %41 iken çalışma sonunda, %12 olmuştur. Karşılanmamış bilgi gereksinimleri azalırken, psikolojik ve cinsellikle ilgili bilgi ihtiyaçlarının zamanla arttığı tespit edilmiştir. Ağrıyı yönetmek için algılanan öz yeterlik ilk takipte artmış ve gitgide yükselmiştir (P < 0.03). |
| 10. Winarto A. ve Bintoro T. (2018) | 1 yıl sonra. Telefon görüşmeleriyle ilgili ayrıntılı bilgi belirtilmemiştir. | Telefon danışmanlığının hastada ilaç uyum kontrolü üzerindeki etkisi olduğu belirlenmiş; müdahale öncesi uyum oranı % 39 iken, müdahale sonrası bu oran % 82 olmuştur. |
| 11. Ozkaraman ve diğerleri (2018) | Telefon görüşmeleriyle ilgili ayrıntılı bilgi belirtilmemiştir. 3 aşama var ama aşamaların zamanları belirtilmemiş. | Morisky Uyumu Ölçeğinde, 'İlaçlarınızı kullanmayı unuttunuz mu?' (p = .001) ve 'İlacınızı kullandığınızda dikkatsiz misiniz?' cevapları 'evet' iken 'hayır' olarak değişmiştir (p < .001). İlaç kaynaklı sorunlar, DG'de KG'ye göre daha düşük bulunmuştur ve DG'de telefon görüşmeleri ile yapılan danışmanlık ile, çalışmanın 3. aşamasında, 2. aşamaya oranla hemşirelik tanılarında azalma tespit edilmiştir. DG değerlendirilmesinde, hastaların %21,9'u anti-TNF-α tedavisi ile ilgili sorunlar bildirirken, bu oran KG'de %34.4 olarak belirlenmiştir. |

Zahaya ve diğerleri (2017)'nin çalışmasında, DG1'de, SMS'in ilaç uyumu üzerinde etkisi, DG2 ve KG'ye göre anlamlı bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (P = 0,001). DG1 ve KG ile DG2 ve KG arasında anlamlı fark bulunmuştur (P < 0.05) (çalışmada hem genel mesaj hem de SMS etkili olmuştur). Çalışmalar arasında diyetle uyum açısından anlamlı fark bulunmuştur (P = 0.000). Sigarayı bırakma niyeti açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (P = 0.327); içilen sigara sayısı açısından da anlamlı fark bulunmamıştır (P = 0.34). Uygulama sonrası deney grubunda ilaç uyumu ortalaması artmış, ancak bu artış anlamlı bulunmamıştır (P > 0.05). Bununla birlikte, KG ve DG2 için ortalama ilaç uyumu, son



testte anlamlı olarak azalmıştır ($P < 0.05$). Akdeniz diyetinin ortalaması, DG1 ve DG2 arasında artmıştır ($P < 0.05$); ancak plasebo grubunda anlamlı bulunmamıştır ($P > 0.05$).

Serena ve diğerleri (2017)'nin çalışmasında, hastaların %76'sı tüm APNLC danışmanlıklarını tamamlamıştır. % 56'sı üç zaman noktasında PROM'ları tamamlamıştır. Semptomları yönetmek için öz-yeterlik sabit kalmıştır, baskın semptomların yoğunluğu artmıştır. Karşılanmamış bilgi ihtiyaçları azalırken, psikolojik ve cinsellikle ilgili bilgi eksiklikleri zamanla artmıştır. APNLC cinsel kaygıları değerlendirmede kolaylaştırıcı olsa da, bunun ihtiyaçlara yönelik yeterli olmadığı gösterilmiştir. Sınırlı kaynaklar ve personel zorlukları nedeniyle, hedefe ulaşmadan çalışma durdurulmuştur.

Winarto A. ve Bintoro T. (2018)'nin çalışmasında, sonuçlar, telefon danışmanlığının hasta uyum kontrolü üzerindeki etkisinin olduğunu göstermiştir. Telefonla danışmanlık yaptıktan sonra, telefonla danışmanlık yapılmadan öncesine göre, kontrol uyum oranlarında bir artış olduğu görülmüştür. Telefonla danışmanlık öncesi uyum oranı %72 iken, telefonla danışmanlık sonrası uyum oranı %82 olduğu belirlenmiştir. Hemşire tarafından telefonla danışmanlık verildikten sonra, kontrole geç kalmış olan hemen hemen tüm hastalar zamanında kontrollere gelmişlerdir.

Ozkaraman ve diğerleri (2018)'nin yaptıkları çalışmada hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, anti TNF- α ilaç tedavisi ve ilaç bilgisine göre dağılımı homojendir. 3.Aşamada, müdahale grubunun %21.9'u ve kontrol hastalarının % 34.4'ü bazı problemler yaşadıklarını bildirmiştir. Morisky ilaç uyumu ölçeğinde, "ilaçlarınızı kullanmayı unutuyor musunuz?" ($P=0.001$) ve "ilacınızı kullanırken bazen dikkatsiz misiniz? Sorularına verilen cevaplar, "Evet" den "Hayır" a değişmiştir ($P < 0.001$). Diğer yandan, "Bazen daha kötü hissettiğinizde ilacınızı bırakıyor musunuz? ve "bazen daha iyi hissettiğinizde ilacınızı bırakıyor musunuz?" soruları, 3.aşamada, 1. aşamaya göre değişmemiştir.

4. Tartışma

Telefon hemşireliğinin rahatlıkla kullanılabilir olması ve basitliği, doğrudan ve etkili temas, tavsiye için uzun bekleme sürelerinin ve sağlık bakım kliniğine gereksiz başvuruların yerini aldığı için memnuniyeti etkileyen önemli faktör olarak belirlenmiştir (Gustafsson ve diğerleri., 2020; Kvilén Eriksson ve diğerleri, 2015). Hemşireler, telefon ile danışmanlık yoluyla, bireylerin fiziksel ve psikolojik destek almalarını sağlayabilir; hastalarda öz bakım becerilerinin gelişmesine katkı sağlayabilir; günlük yaşam aktivitelerinde bireylerin sosyal rollerini yerine getirme seviyesinin artırılmasında, tedavide kullanılan ilaçların etkilerinin takip edilmesinde ve yan etkilerinin gözlenilmesinde ve erken müdahale edilmesinde, ilaç uyumunun artırılmasında, tıbbi veya sosyal yardıma ihtiyacı olan bireylerin erken dönemde ilgili bölümlere yönlendirilmesinde, hastalıkla ilgili sorunlarla baş edilmesinde, bireylere sosyal destek sağlamada, birçok hastalıkta hastaların, yaşam kalitesinin artırılmasında yardımcı olabilir (Hintistan, S. ve Çilingir, D., 2012). Tele sağlık uygulamalarının çok sayıda yararı olmasına rağmen, çalışmalar sınırlı olup, bu çalışmada sadece 11 araştırma, kapsam içine alınmıştır.

Çalışmaların örneklemini 10'unda hastalar, 1'inde bakım vericiler oluşturmuştur. Sistemik derlemede, sadece Nasiriani ve diğerleri (2017)'nin, çalışmasında örneklem popülasyonu hasta değil de hasta bakımını üstlenen birinci derece yakınları olan bakıcılar alınmıştır. Bakım



veren kadınlarda, mamografi çekimi, telefon danışmanlığı öncesi düşük iken, telefon danışmanlığı sonrası çok yükselmiştir.

Telefonla iletilen müdahalelerin uygulama kolaylığı, maliyet etkinliğinin az olması, geniş bir insan grubuna ulaşma kapasitesinin olması gibi avantajları vardır (Han ve diğerleri, 2010)

Gözden geçirilen çalışmalar genel olarak telefon danışmanlığının birçok hastalıkta veya davranış değişikliği oluşturulmasında etkili bir yöntem olduğunu ortaya koymuştur. SistematiK derlemede, bir çalışmada Morisky İlaç Uyum Ölçeği kullanılmıştır. Akhu-Zaheya ve diğerleri (2017)'nin çalışmasında, telefonla gönderilen SMS mesajlarının, ilaç uyumu üzerinde anlamlı etkisi olduğu görülmüştür ve hem genel mesaj hem de hatırlatma mesajı olarak SMS kullanılması, ilaç uyumu üzerine etkili olduğu bulunmuştur.

Ozkaraman ve diğerleri (2018)'nin çalışmasında ise telefon görüşmelerinin ilaç uyumu üzerinde olumlu etkisi olduğu bulunmuştur. Calvo ve diğerleri (2014)'nin çalışmasında, hemşireler uyarıları filtrelemede önemli rol oynamış; hemşirelerin telefon danışmanlığı ile teknik uyarılarda, yanlış negatıflar tespit edilmiş; bunlar müdahale yükünü azaltmıştır. Winarto A. ve Bintoro T., (2018)'nin çalışmasında, hastaların ilaç uyumunu belirlemeye yönelik anket yapılmış ve telefon danışmanlığının hasta uyum kontrolü üzerinde olumlu etkisinin olduğu tespit edilmiştir.

Clark ve diğerleri (2010)'nin çalışmasında, telefon danışmanlığı alanlarda, astıma bağılı gece semptomlarının, sağlık hizmeti kullanımının ve iş/okul devamsızlığının daha az olduğu; astıma bağılı yaşam kalitesinin ise daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Uitdehaag ve diğerleri (2014)'nin çalışmasında ise gruplar arasında yaşam kalitesi açısından fark bulunmamıştır. Yine Berndt ve diğerleri (2016)'nin çalışmasında gruplar arasında yaşam kalitesi açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

Han ve diğerleri (2010)'nin çalışmasında, müdahale grubunda, kendi kendine yardım müdahale programı (SHIP-HBP) kullanılmış ve bunun olumlu etkisi olduğu görülmüştür. Serena ve diğerleri (2017)'nin çalışmasında, Öz-Yeterlik Ölçeği (SESLC) kullanmış ve benzer şekilde olumlu etkisi olduğu bulunmuştur.

5. Sonuç ve Öneriler

Telesağlık uygulamaları, sağlık hizmetlerine ulaşımın zor olduğu kırsal alanlarda ve gelişmekte olan bölgelerdeki bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşımını kolaylaştırır; aynı zamanda tedavi ve bakım konularında yönlendirici olabilir.

Tele-hemşirelik ile telefon danışmanlığı veya telefonla takip uygulamaları ile hemşire danışmanlığı günümüzde özellikle, ülkemizde ve dünyada Covid 19'un pandemi şekline dönüşmesiyle birlikte, telesağlık ve telehemşirelik uygulamalarının önemini ortaya koymuştur. Bu kapsamda, gelişen teknoloji ile telehemşirelik hizmetlerinin yaygınlaştırılması, bu konuda farkındalık oluşturulması, hemşirelere ve hemşirelik öğrencilerine mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim verilmesi, desteklenmesi ve bu konuda yapılan çalışmaların artırılması önerilmektedir.



Sınırlılıklar

Bu çalışmanın sınırlılığı, sadece İngilizce yazılmış çalışmaların olması, dört veri tabanın taranması ve gri literatürün taranmamasıdır. 11 makale gibi sınırlı sayıda araştırma sonucuna ulaşıldığı için, sonuçlar dikkatlice yorumlanmalı ve genelleme yapılmamalıdır.

Kaynaklar

- Akhu-Zaheya, L. M., & Wa'ed, Y. S. (2017). The effect of shortmessagesystem (SMS) reminder on adherenceto a healthydiet, medication, and cessation of smoking among adult patients with cardiovascular diseases. *International Journal Of Medical Informatics*, 98, 65-75.
- Berndt, N., Bolman, C., Lechner, L., Max, W., Mudde, A., de Vries, H., & Evers, S. (2016). Economice valuation of a telephone-and face-to-face-delivered counseling intervention for smoking cessation in patients with coronary heart disease. *The European Journal of Health Economics*, 17(3), 269-285.
- Bikmoradi, A., Masmouei, B., Ghomeisi, M., & Roshanaei, G. (2016). Impact of Tele-nursing on adherence to treatment plan in discharged patients after coronary artery bypass graft surgery: A quasi-experimental study in Iran. *International journal of medical informatics*, 86, 43-48.
- Calvo, G. S., Gómez-Suárez, C., Soriano, J. B., Zamora, E., González-Gamarra, A., González-Béjar, M., ... & Ancochea, J. (2014). A home tele health program for patientswith severe COPD: the PROMETE study. *Respiratory Medicine*, 108(3), 453-462.
- Clark, N. M., Gong, Z. M., Wang, S. J., Valerio, M. A., Bria, W. F., & Johnson, T. R. (2010). From the female perspective: Long-term effects on quality of life of a program for women with asthma. *Gender Medicine*, 7(2), 125-136.
- Cruz, J., Brooks, D., & Marques, A. (2014). Home telemonitoring in COPD: a systematic review of methodologies and patients' adherence. *International journal of medical informatics*, 83(4), 249-263.
- Dale, L. P., Whittaker, R., Jiang, Y., Stewart, R., Rolleston, A., & Maddison, R. (2014). Improving coronary heart disease self-management using mobile technologies (Text4Heart): a randomised controlled trial protocol. *Trials*, 15(71), 1-9.
- Dixon-Woods, M., Bonas, S., Booth, A., Jones, D. R., Miller, T., Sutton, A. J., ... & Young, B. (2006). How can systematic reviews incorporate qualitative research? A critical perspective. *Qualitative Research*, 6(1), 27-44.
- Gustafsson, S., Wälivaara, B. M., & Gabrielsson, S. (2020). Patient satisfaction with telephone nursing: a call for calm, clarity, and competence. *Journal of Nursing Care Quality*, 35(1), E6-E11.
- Han, H. R., Kim, J., Kim, K. B., Jeong, S., Levine, D., Li, C., ... & Kim, M. T. (2010). Implementation and success of nurse telephone counseling in linguistically isolated



- Korean American patients with high blood pressure. *Patient Education And Counseling*, 80(1), 130-134.
- Hintistan, S., & Cilingir, D. (2012). A current approach in nursing practice: telephone usage/Hemşirelik uygulamalarında guncel bir yaklasim: telefon kullanimi. *Journal of Education and Research in Nursing*, 9(1), 30-36.
- Khonsari, S., Subramanian, P., Chinna, K., Latif, L. A., Ling, L. W., & Gholami, O. (2015). Effect of a reminder system using an automated short message service on medication adherence following acute coronary syndrome. *European Journal of Cardiovascular Nursing*;14(2), 170-179.
- Koç, Ş., & Yumru, H. (2019). Türkiye’de çocuk sağlığı ile ilgili hemşirelik araştırmalarında kuram-model kullanımı: SistematiK derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 21(3): 85-103
- Kvilén Eriksson, E., Sandelius, S., & Wahlberg, A. C. (2015). Telephone advice nursing: parents’ experiences of monitoring calls in children with gastroenteritis. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 29(2), 333-339.
- Nagel, D. A., Pomerleau, S. G., & Penner, J. L. (2013). Knowing, Caring, and Telehealth Technology: “Going the Distance” in Nursing Practice. *Journal of Holistic Nursing*, 31(2), 104-112
- Nasiriani, K., Motevasselian, M., Farnia, F., Shiryazdi, S. M., & Khodayarian, M. (2017). The effect of telephone counseling and education on breast cancer screening in family caregivers of breast cancer patients. *International journal of community based nursing and midwifery*, 5(4), 306.
- Ozkaraman, A., Alparslan, G. B., Babadağ, B., Kaşifoğlu, T., & Baydemir, C. (2018). Effect of education and telephone counseling on adherence to treatment and challenges experienced in anti-TNF- α treatment: A pilot study. *Contemporary Nurse*, 54(1), 108-119.
- Paul, C. L., Boyes, A. W., O'Brien, L., Baker, A. L., Henskens, F. A., Roos, I., ... & Cox, M. E. (2016). Protocol for a randomized controlled trial of proactive web-based versus telephone-based information and support: can electronic platforms deliver effective care for Lung Cancer patients?. *JMIR Research Protocols*, 5(4), e202.
- Schlachta-Fairchild, L., Elfrink, V., & Deickman, A. (2008). Patient safety, telenursing, and telehealth. In Patient safety and quality: an evidence-based hand book for nurses. *Agency for Healthcare Research and Quality. Chapter 48.* 1-21
- Serena, A., Dwyer, A., Peters, S., & Eicher, M. (2017). Feasibility of advanced practice nursing in lung cancer consultations during early treatment: A phase II study. *European Journal of Oncology Nursing*, 29, 106-114.
- Uitdehaag, M. J., van Putten, P. G., van Eijck, C. H., Verschuur, E. M., van der Gaast, A., Pek, C. J., ... & Kuipers, E. J. (2014). Nurse-led follow-up at home vs. conventional medical outpatient clinic follow-up in patients with incurable upper gastrointestinal



cancer: a randomized study. *Journal Of Pain And Symptom Management*, 47(3), 518-530.

Wenderlich, A. M., & Herendeen, N. (2021). Telehealth in pediatric primary care. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 51(1), 100951, 1-5. DOI: 10.1016/j.cppeds.2021.100951

Winarto, A., ve Bintoro, T. (2018). Analysis of the effect telephone counseling by nurses on the compliance of the control of dots poly tuberculosis patients at dungus madiun lung hospital. *Journal Of Nursing Practice*, 1(2). 47-52

Extended Abstract

In this systematic review, it is aimed to examine the effects of telephone counseling or telephone follow-up in the context of telenursing. For the study, the articles published between 2010-2020 were examined. The study was conducted by checking Pubmed, Ebscohost, Science Direct, Dergipark databases. MeSH (Medical Subject Headings) index was used for English keywords. For the related keywords that are not included in the index, the only word in TBT (Turkish Science Terms) for the Turkish keywords, "nursing on the phone", and the Turkish translation of the English keywords were used. The last of the scans made in May 2020 were completed by making various combinations with the determined keywords. Criteria were determined using the PICOS method. 1275 results were reached in the study. In the study, articles published between the years 2010- 2020 were searched. Articles published in Turkish or English were examined. Articles that reappear during search were removed. Articles whose full text could not be reached were removed. A total of 11 results in accordance with the inclusion criteria were evaluated. The sample of the studies included in the study consisted of ten patients and one caregiver. It was stated that eight of the studies included in the scope of the study were randomized controlled experimental (one semi-experimental), one was a one-time case study, one was a phase two study, and one was a stratified random-controlled experimental research design. It has been observed that it has a positive effect on conditions such as compliance, increase in quality of life, decrease in symptoms of disease, self-care, and decrease in hospital readmissions. In this study, there were no articles published in Turkish. All of the reviewed articles were published in English. It is thought that the results obtained from the systematic review will contribute to the studies on telephone consultancy.

Beyanlar:

Bu çalışma 2. Uluslararası 3.Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi (7-9 Ocak 2021)'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur. Fikir/Kavram: N.T.K., Ö.Ö.; Tasarım: N.T.K., Ö.Ö.; Denetleme/Danışmanlık: Ö.Ö.; Veri Toplama ve/veya İşleme:N.T.K.; Analiz ve/veya Yorum: N.T.K., Ö.Ö.; Kaynak Taraması: N.T.K., Makalenin Yazımı: N.T.K., Ö.Ö.; Eleştirel İnceleme: N.T.K., Ö.Ö. Finansal Kaynak: Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır. Çıkar Çatışması: Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların çalışma sonuçları ile ilgili bir çıkar çatışması yoktur.