

## DERLEME / REVIEW

# Tekrarlayan İnmenin Önlenmesinde Kronik Bakım Modeli: Özyönetim Destekli Bakım Yaklaşımları

## *Chronic Care Model for Prevention of Recurrent Stroke: Self-management Supported Care Approaches*

Simge KALAV, Arş. Gör., Hicran BEKTAŞ, Prof. Dr.

Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, Antalya

**Kabul tarihi/Accepted:** 25.09.2017

**İletişim/Correspondence:**

**Simge KALAV**, Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Dumlupınar Bulvarı 07058 Kampus Antalya / TÜRKİYE

**E-posta:** simge.kalav@gmail.com

### Özet

Kronik Bakım Modeli, inme gibi kronik hastalığı olan bireylerin bakım süreçlerini ve sonuçlarını iyileştirmeyi amaçlayan çok bileşenli girişimler bakımından etkili bir çerçevedir. Modelin inme sonrası hasta sonuçlarını geliştirmeye adapte edilebileceği düşünülmekle birlikte, modele ait "özyönetim desteği" bileşeni kapsamında gerçekleştirilen girişimlerin, tekrarlayan inmenin önlenmesine katkı sağlayacağı söylenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** İnme, kronik bakım modeli, özyönetim.

### Abstract

The Chronic Care Model is an effective framework for multi-component interventions aimed at improving the care processes and outcomes of individuals with chronic illnesses such as stroke. Besides it is thought that the model can be adapted to develop patient outcomes after stroke, it may be concluded that the interventions conducted within the scope of the "self-management support" belonging to the model will contribute to the prevention of recurrent stroke.

**Keywords:** Stroke, chronic care model, self-management.

### Giriş

Tekrarlayan inme, hipertansiyon gibi risk faktörlerinin farkında olunması ve kontrol edilmesi, ayrıca sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite artışı ve sigarayı bırakma gibi yaşam tarzı değişiklikleri yoluyla önlenmektedir (Towfighi vd., 2017). Son yıllarda kaliteyi arttırmak, eşitsizlikleri azaltmak ve gereksiz sağlık harcamalarını en aza indirmek için, inme gibi yüksek maliyetli ve yüksek düzeyde gereksinimi olan hasta gruplarını hedef alan koordineli bakım yönetimi modelleri önerilmiştir (Reuben, 2011; Bell vd., 2015). İnme veya geçici iskemik atak olan kişilerde özürülük, birden fazla eş zamanlı hastalık varlığı ve yaygın olarak eşlik eden depresyonu da içeren karmaşık sorunlar göz önüne alındığında, bu hasta grubunun bakım modelinden yararlanabilecek hedef gruplardan biri olduğu söylenebilir. Bu grup hastalar tekrarlayan inme ve diğer kardiyovasküler olaylar açısından risk altındadır (Mozaffarian vd., 2016). Bu açıdan bakıldığında Kronik Bakım Modeli, inme gibi kronik hastalığı olan bireylerin bakım süreçlerini ve sonuçlarını iyileştirmeyi amaçlayan çok bileşenli girişimler bakımından etkili bir çerçevedir (Towfighi vd., 2017). Kronik Bakım Modeli'nin inme sonrası hasta sonuçlarını geliştirmeye adapte edilebileceği belirtilmektedir (Allen vd., 2004). Bu derleme makalenin amacı, Kronik Bakım Modeli "özyönetim desteği" bileşeni kapsamında gerçekleştirilen yaklaşımların, tekrarlayan inmenin önlenmesine olan katkısını ele almaktır.

### İNME YÖNETİMİNDE KRONİK BAKIM MODELİ

İNME nedeniyle gelişebilen bağımsızlık kaybı, evde veya bakım evlerinde uzun süreli bakım gereksinimi duyulmasına neden olabilmektedir. İnme sonrasında görülebilen başlıca nörolojik sorunlar görme, duyu-motor, kognitif, tonüs, konuşma ve koordinasyon durumundaki bozukluklardır. İnme geçiren hastalarda uyku bozukluğu, ağrı, depresyon, mesane ve bağırsak kontrolünde bozulma, yutma fonksiyonunda etkilenme görülebilmektedir. Ayrıca bu hastalar psikolojik, emosyonel ve sosyal alanlarda sorunlar yaşayabilmektedir. Tüm bu sorunlar inme geçiren hastaların yaşam kalitesinin azalmasına ve günlük yaşam aktivitelerinin olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir (Morrison, Pollard, Johnston & MacWalter, 2005; Öztürk, 2004; Schepers, Visser-Meily, Ketelaar & Lindeman, 2005; Topçu & Bölüktaş, 2012). Bu hastalarda sağlıklı yaşam davranışlarının sürdürülebilmesi yeni bir inme riski açısından önemlidir.

İNME geçiren hastaların hastalığın tekrarlama açısından yüksek risk altında oldukları belirtilmektedir (Leistner vd., 2013). Yapılan bir çalışmada inme sonrasında tedaviye uyumsuzluğun hastalığın tekrarlama riskini arttırdığı belirtilmiştir (Baune, Aljeesh & Bender, 2005). Uyumsuzluk nedenleri bilgi eksikliği, fiziksel ve bilişsel fonksiyon, sosyal koşullar, sağlığa ve tedaviye ilişkin inançlar olarak

belirtilmiştir (Osterberg & Blaschke, 2005). Yapılan sistematik derlemelerde, inme geçiren hastalarda bilgi, inanç ve davranışları değiştirmeye yönelik girişimlerin etkinliği ile ilgili kesin bir kanıt bulunamamıştır (Redfern, McKeivitt & Wolfe, 2006; Smith vd., 2008). Taburculuk sırasında inmeye yönelik hasta eğitiminin inmenin sekonder önlenmesi üzerinde olumlu etkilerinin olduğu, ancak eğitimlerin ve bakımın taburculuk sonrasında devam edemediği bildirilmiştir (Glader, Sjolander, Eriksson & Lundberg, 2010). İnme özyönetiminin etkin şekilde gerçekleştirilebilmesi, buna bağlı olarak hastalığın tekrarının önlenmesi ve hastalık komplikasyonlarının azaltılabilmesi için etkili sağlık bakım modellerinin geliştirilmesi ve uygulanması gereklidir (Fens vd., 2015).

İnme gibi kronik bir hastalığın yönetimi, hastanın özyönetim becerisi kazanması için çeşitli eğitim-öğretim yöntemleriyle güçlendirilmesine yönelik uygulamaları gerektirmektedir (Beaglehole vd., 2008; İncirkuş & Nahcivan, 2015). Etkili bir hastalık yönetimi ile hastalık belirtilerinde, acil birimlere başvurularda ve hastaneye yatışlarda azalma; hastalığın fizyolojik ve psikolojik etkilerinin sınırlandırılmasında ve yaşam kalitesinde ise artış sağlanabileceği belirtilmektedir (Haskett, 2006; Demirağ, 2009; İncirkuş & Nahcivan, 2015). Kronik hastalık yönetimi için en etkili olarak kabul edilen modellerden birinin "Kronik Bakım Modeli" olduğu vurgulanmıştır (Piatt & Zgibor, 2007; Beaglehole vd., 2008; İncirkuş & Nahcivan, 2015). Kronik Bakım Modeli kronik hastalık yönetiminde bakım kalitesini arttırmak ve bakım maliyetini azaltmak için bir yol haritası olarak ortaya konulmuştur (Bodenheimer, Wagner & Grumbach 2002; İncirkuş & Nahcivan, 2015).

Bu modelde kronik hastalığı olan bireylerin günlük bakımını, tedavi edici yaklaşımdan koruyucu ve toplum temelli bakıma dönüştürme amacı doğrultusunda hastaların rutin olarak tanınması, aktif katılımları ve ayrıntılı olarak bilgilendirilmeleri sağlanabilmekte ve hastalar özyönetim için desteklenmektedir. Bu doğrultuda hasta için en uygun tedavi ve izlem planlanarak, bakım sonuçlarında iyileşme, bakım kalitesinde artma ve dolayısıyla hasta memnuniyetinde artma beklenmektedir (Rothman & Wagner, 2003; Hennessey, Suter & Harrison, 2010; İncirkuş & Nahcivan, 2015).

**"Ülkemizde inmeye yönelik model kaynaklı hemşirelik girişimleri yetersizdir. İnme geçiren hastaların özyönetim desteğine gereksinimleri bulunmaktadır. Özyönetim desteği bileşenine özgü girişimler hastaların yaşam kalitelerini arttırmaktadır"**

Kronik Bakım Modeli'nin altı bileşeni tanımlanmaktadır. Bunlar (Wagner, 1998):

- Toplum Kaynakları ve Politikalar (Community Resources and Policies)
- Sağlık Bakım Organizasyonu (Organization of Health Care)
- Sağlık Hizmetleri Sunum Planı (Delivery System Design)
- Öz-Yönetim Desteği (Self-Management Support)

•Karar Verme Desteği (Decision Support)

•Klinik Bilgi Sistemleri (Clinical Information Systems)

Bu bileşenler arasında "özyönetim desteği" tekrarlayan inmenin önlenmesinde önemli bir yere sahiptir. Özyönetim desteği; kronik hastalığı olan birey ve ailesine hastalık yönetiminde güven ve beceri kazandırma, öz bakımı sürdürmek için kaynak sağlama, karar verme sürecinde destekleme, problemleri tanımlama ve baş etmede yardımcı olma, toplum kaynaklarına sevk etme ve süreci düzenli olarak tanılamayı kapsamaktadır (İncirkuş & Nahcivan, 2015). Literatürde Kronik Bakım Modeli'nin özyönetim desteği bileşeni 5A metodolojisi ile "sor (ask), öner (advice), değerlendir (assess), destekle (assist), izle (arrange)" gerçekleştirilmektedir (Morais, Gonzaga, Aquino & Araujo, 2015). 5A metodolojisi bakım planının temelini desteklemek için kullanılması gereken beş stratejiden oluşmaktadır. Bu stratejiler Tablo 1'de gösterilmiştir (Morais vd., 2015).

**Tablo 1. 5A Metodu\***

<b>Sor/Ask:</b> Hasta bilgisi, inançları ve davranışlarını araştırma
<b>Öner/Advice:</b> Riskli sağlık davranışları ve davranış değişiminin önemi hakkında bilgilendirme
<b>Değerlendir/Assist:</b> Ortak hedeflerin tanımlama, girişimleri planlama ve özgüven düzeyini saptama
<b>Destekle/Assess:</b> Engellerin tanımlanması yoluyla değerlendirme, çözüm bulma teknolojileri, sosyal/maddi destek
<b>İzle/Arrange:</b> İzlem, takip sistemi uygulaması

\*Morais et al., 2015

5A metodolojisi tarafından temsil edilen girişimler birbiriyle yüksek ilişki içerisinde olup, özellikle birlikte kullanıldığında oldukça etkili sonuçlar sağlayabilen özyönetim sistemini de desteklemektedir. Bireysel uygulamaların ve ekip uygulamalarının kronik sorunların yönetiminde, hastaların güçlenmesini teşvik etmede ve öz yönetimlerini güçlendirmede oldukça etkili olduğunu gösteren güçlü kanıtlar vardır. Bu girişimlerin gerçekleştirilebilmesi, hastaların kendi sağlık durumlarına özgü hedefleri belirlemeleri, bakım planlarının geliştirilmesine katılmaları ve kendi sağlık durumlarındaki problemleri saptama ve çözme becerisi kazanmalarını anlamına gelmektedir (Morais vd., 2015). Bu metodoloji inme geçiren ve buna bağlı fiziksel, ruhsal ve sosyal anlamda hayatı etkilenen hastalarda etkili bir şekilde uygulanabilmektedir (Korpershoek, Van der Bijl & Hafsteinsdottir, 2011). İnme sonrasında yaşanan sorunlar hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlık profesyonelleri inme geçiren hastalara tedavi ve rehabilitasyon sürecini izleme, erken dönemde gelişebilecek komplikasyonları önleme ve sağlığı geliştirme rolleri ile inme hastalarının yardımcı olmada oldukça önemli rollere sahiptir. Bu amaçla sağlık profesyonellerinin inme sonrası beceri geliştirmede hasta ile birlikte hareket etmesi, inme nedeniyle gelişebilecek yetersizliklerin azaltılması konusunda fırsat sağlaması ve daha iyi bir yaşam kalitesini sağlamak üzere özyönetim yeteneğinin geliştirilmesine katkı sağlaması gereklidir (Morais vd., 2015). 5A Metodolojisine göre inme geçiren hastalarda kullanılan özyönetim desteği stratejileri Tablo 2'de yer almaktadır (Morais vd., 2015):

**Tablo 2. 5A Metoduna Göre İnme Hastalarında Kullanılan Özyönetim Desteği Stratejileri\***

<b>5A METHODU*</b>
<b>Sor/Ask</b>
Hastanın durumu hakkındaki bilgi düzeyini değerlendir
Hastaya özyönetiminde o anda kendisi için neyin daha önemli olduğunu sor
Hastaya özyönetiminde nelerin engel olduğunu sor
Hastanın özyönetimi için planlanan prosedürleri gerçekleştirebilme becerisini değerlendir
İnme rehabilitasyonu sonrası dizartikli hastalar için uygulanan stratejileri öğren
Özyönetim uygulamalarını etkileyebilecek inme sonrası depresyon derecesini değerlendir
<b>Öner/Advice</b>
Hastanın kültürel eşsizliğinin farkındalığına vararak onu semptomları hakkında bilgilendir
Hastayı davranışsal değişikliklerin en az hastalığın tedavisi kadar önemli olduğu konusunda bilgilendir
Hastayı sağlık davranışı değişiklikleri hakkındaki kanıtlar konusunda bilgilendir
Tedaviye katılımı konusunda hastayı desteklemek üzere kanıta dayalı klinik rehberleri hasta ile paylaş
Bilgi düzeylerini artırma amacıyla (özyönetim ile ilgili eğitim broşürleri de dahil olmak üzere) haftalık oturumlar şeklinde hastalara bir girişim programı hazırla ve onları özyönetimlerine dahil et
<b>Değerlendir/Assess</b>
Özyönetim için hasta ile birlikte spesifik bir hedef belirle
Özyönetimini tanımlayabilmesi için hastaya olası seçenekler sun
Hedeflerini gerçekleştirebilmesine yönelik akrabalarından ve arkadaşlarından yardım aramaları konusunda hastayı destekle
Olası hedeflerle ilişkili riskleri ve yararları hasta ile tartış
Tanımlanan amaca ulaşmak için ortak bir eylem planı oluştur
Hastanın hedefe ulaşma konusundaki güven derecesini belirle
<b>Destekle/Assist</b>
Hedefe ulaşmasında karşısına çıkabilecek engelleri tanımlaması konusunda hastaya yardımcı ol
Özyönetim planını hasta ile tartış
Hastayı özyönetim desteği konusunda bir gruba veya kursa yönlendir
Toplumda ya da ailede var olan ve hastanın özyönetiminde destek sağlayabileceği düşünülen kaynakları hasta ile birlikte tanımla
Hastanın kültürüne uygun hizmet sağla
Toplantılar düzenle, özyönetim planının ilerleyişini gözden geçir, hedefi yeniden düzenle ve eylem planını gözden geçir
Motivasyonel görüşme stratejilerini dahil et
Hasta merkezli kendi kendini izlem girişimi uygula
İnme sonrasında hastanın kendi becerilerini keşfetmesine izin ver
İnme sonrasında motor rehabilitasyon için özyönetim planını başarmada hastaya yardımcı ol
Rehabilitasyonun çeşitli alanları (teletip, sanal gerçeklik ve bilgisayar programları gibi teknolojik kaynakların kullanımı ile yapılan girişimler) ile ilgili hastayı bilgilendir
<b>İzle/Arrange</b>
Hastaya, özyönetim planının yazılı bir kopyasını ver
Uzaktan telefonla veya e-posta ile hastanın kendi kendini yönetme planını izle
Hastanın özyönetiminde önemli toplum kaynaklarını kullanabilmesi için girişim yap

\*Morais et al., 2015

### **İnme yönetiminde kronik bakım modeline dayalı uygulamalar ve öneriler**

İnme yönetiminde Kronik Bakım Modeli'ne dayalı uygulamalarda ileri düzey sağlık profesyonellerinin "hastaları klinikteki izleme", "kan basıncı ve kan glikoz

düzelelerini takip etme gibi özyönetim becerilerini hastalara kazandırma", "ilaç yazma ve ilaç uygulama" rollerinin yanı sıra, "telefonla bakım koordinasyonu sağlama" rolleri de bulunmaktadır. Diğer yandan bakım sürecinde ekip üyeleri arasındaki iletişim önemlidir. Ekip üyeleri, inme geçiren hastaları gözden geçirmek, hasta merkezli olarak ekiple birlikte tedavi planları geliştirmek, hastaların sağlık

durumlarındaki gelişmelerle ilgili birbirleriyle iletişime geçmek ve sorunları ele almak için haftalık grup toplantıları düzenlenmelidir. İnme geçiren bireylerin gereksinimlerini ayrıntılı olarak belirlemek ve tartışmak üzere daha sık aralıklarla da toplanılması önerilebilir (Towfighi vd., 2017). Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, kapsamlı ve interdisipliner bir taburculuk sonrası bakım yönetiminin, inme ve iskemik atak geçirmiş hastalarda iyileşme göstergeleri ve ikincil önleme profillerinin iyileştirilmesinde önemli ölçüde gelişme sağladığı bulunmuştur (Allen vd., 2002). Allen vd. (2004) tarafından yapılan bir çalışmada, inme sonrası interdisipliner bakım yönetim modeli teorik temelde tanımlanmak üzere ele alınmıştır. Çalışmanın teorik temeli, kronik hastalık yönetimini geliştirmek üzere tasarlanan ve içerisinde Wagner'in (1999) Kronik Bakım Modeli'nin de yer aldığı çeşitli kronik bakım modeli bileşenlerine dayanmaktadır. Çalışmada, inme sonrası bakım ve iyileşmeyi geliştirme stratejileri test edilmiş ve çalışma sonucunda kronik hastalığa yönelik bakım modelinin hasta sonuçlarını iyileştirmek üzere inme sonrası bakıma adapte edilebileceği saptanmıştır.

Hemşirelerin modele ait özyönetim desteği bileşeni kapsamında önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Bunlar:

- Taburculuk sonrası izlemi sık ve düzenli bir şekilde gerçekleştirmek
- Bakım planlanma, hedef belirleme ve problem çözme aşamalarında hasta ile birlikte çalışmak
- Tıbbi ve psikososyal girişimlerin yazılı bir örneğini hastaya vererek, hastayı özyönetimi konusunda teşvik etmek
- Hastalar için eğitim kaynakları / bireye özgü inme risk yönetimi rehberleri sağlamak
- Hastaya yönelik beceri eğitimleri sağlamak
- Hastanın yeterli psikososyal destek almasını sağlamak şeklinde belirtilmektedir (Allen vd., 2004).

Hemşire ve diğer sağlık profesyonellerine yönelik, tekrarlayan inmeyi önleyebilme konusunda Kronik Bakım Modeli çerçevesine dayalı öneriler şunlardır:

- Tekrarlayan inmenin önlenmesine yönelik girişimde bulunulması önerilen konular; hipertansiyon, hiperkolesterolemi, diyabet, atriyal fibrilasyon, antikoagülan kullanımı, egzersiz, kilo kontrolü, ilaç tedavisi, fonksiyonel yetersizlik, bilişsel yetersizlik, deri bütünlüğü, beslenme, inkontinans, konstipasyon, sigara-alkol tüketimini bırakma, depresyon, düşmelerin önlenmesi, osteoporoz, kısıtlı finansal kaynaklar, bakım verme, ileri düzey önlemler, araç kullanma şeklindedir. Örneğin fiziksel aktivite ele alındığında, sağlık profesyonellerine yönelik Amerikan Kalp Birliği / Amerikan İnme Birliği (AHA/ASA) tarafından oluşturulan rehberdeki yeni öneriler arasında, artmış fiziksel aktiviteyi başlatma konusunda istekli olan hastalar için kapsamlı, davranışsal odaklı bir program önerilmektedir (Sınıf IIa; Kanıt Düzeyi C). Aynı rehberde yeni öneriler olarak obezite konusu ile ilgili, geçici iskemik atak veya inme öyküsü olan tüm hastalara obezite açısından beden kitle indeksi ölçümü taraması yapılması (Sınıf I; Kanıt

Düzeyi C) yer almaktadır. Beslenme konusu ile ilgili öneriler arasında, (1) aşırı beslenme ya da yetersiz beslenme durumlarını saptamaya yönelik beslenme değerlendirmesi yapılmasının kabul edilebilir düzeyde olduğu (Sınıf IIa; Kanıt Düzeyi C), (2) yetersiz beslenme belirtileri olan hastaların bireyselleştirilmiş beslenme danışmanlığı için yönlendirilmesi gerektiği (Sınıf I; Kanıt Düzeyi B), (3) tek bir vitamin veya vitamin kombinasyonunun rutin takviyesinin önerilmediği (Sınıf III; Kanıt Düzeyi A), (4) sodyum alımının günde  $\approx$  2.4 gramdan daha düşük bir seviyeye düşürülmesinin kabul edilebilir düzeyde olduğu, günde <1.5 grama kadar azaltmanın da kabul edilebilir olduğu ve bu durumun daha fazla kan basıncı düşüşüyle ilişkili olduğu (Sınıf IIa; Kanıt Düzeyi C) bulunmaktadır. Aynı rehberde uyku apnesi olan inmeli hastalara yönelik, sürekli pozitif hava yolu basıncı ile tedavinin iyileştirilmiş sonuçların desteklenmesinde ortaya çıkan kanıtlar göz önüne alınarak kabul edilebileceği (Sınıf IIb; Kanıt Düzeyi B) belirtilmiştir.

•Hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri klinik ziyaret sırasında inme okur-yazarlığı, kan basıncı, kolesterol, diyabet, antitrombotik ilaçlar, sigara bırakma, depresyon, diyet ve fiziksel aktivite konularında kanıt temelli bakım protokolleri doğrultusunda kararlarına yön verebilmelidir. Klinik ziyaret sırasında her bir protokol değerlendirme; bilgi sağlama; özyönetim ve uyum; ilaçların düzenlenmesi (varsa); klinik destek ve katılımcı için kaynak sağlanması şeklinde bölümlere ayrılabilir. Klinik ziyaretler, hastanın seçtiği destek ağı (bakıcılar, aile ve arkadaşlar) dahil olmak üzere hasta merkezli bakım ilkeleri kullanılarak gerçekleştirilmelidir (Towfighi vd., 2017).

•Hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin taburculuk sonrası dönemde bir hafta içerisinde inme geçiren hastayı arama, mevcut sağlık durumu ve inme semptomlarındaki değişiklikler açısından hastayı değerlendirme, tedaviye uyum, tedavi yan etkileri, sigara kullanımı, ulaşım ve bir sonraki randevu tarihini hatırlatma gibi sorumlulukları bulunmaktadır. Sağlık profesyonelleri mesai saatleri boyunca telefon görüşmesi veya kısa mesaj yoluyla hastaların kendilerine ulaşmalarını ve aynı zamanda akıllı telefonlar yoluyla kan basıncı ve glikoz günlüklerinin veya yeni ilaçların fotoğraflarını kendilerine göndermelerini sağlayabilirler. Sağlık profesyonelleri ayrıca hedef belirleme konusunda hastalara yardımcı olabilmektedirler (Towfighi vd., 2017).

•Hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin anahtar rolleri; özyönetim becerilerini güçlendirmek ve geliştirmek; hasta ve sağlık sistemi arasında liyazon görevi görmek; sosyal izolasyonu azaltmak için kaynakları, sistem desteğini ve arkadaş/ailenin ağlarını harekete geçirmek; hastaları vasküler risk faktörleri, inme belirtileri ve belirtilere yönelik acil tıbbi hizmetlerin etkinleştirilmesi konusunda eğitmektir. Bu fonksiyonların iki mekanizma ile gerçekleştirilmesi önerilmektedir: Toplum içinde düzenlenen kronik hastalık özyönetim programı çalıştaylar (workshop) ve ev ziyaretleri şeklinde olabilmektedir. Ev ziyaretleri sırasında hemşire ve sağlık profesyonellerinin değerlendirme ve yönlendirme açısından şu konuları ele alması önerilmektedir: inme okur-yazarlığı; kan basıncı; antitrombotik kullanımı; kolesterol; diyabet; depresyon ve sosyal izolasyon dahil psikososyal konular; diyet; fiziksel aktivite; sigara; alkol ve yasadışı uyuşturucu kullanımı; ulaşım, iletişim tercihleri ve bakım

hizmetlerine erişim. Sağlık profesyonelleri hastalar için akademik-toplum ekip işbirliği ile geliştirilen, uygun okur-yazarlık seviyesinde, kültürel açıdan uyarlanmış eğitim materyalleri kullanmaya özen göstermelidirler. Çalıştaylarda ise şu temalara yer verilmesi önerilmektedir: hastalığın fiziksel, ruhsal ve zihinsel semptomları ile başa çıkma yöntemleri, egzersiz, ilaçların uygun kullanımı, aile, arkadaşlar ve sağlık çalışanları ile etkili iletişim kurma, beslenme. Her bir oturum hastalıkla ilgili problem çözme ve karar verme ile çerçevelenmiş eylem planlaması içerebilmektedir (Towfighi vd., 2017).

### Sonuç

Karmaşık problemlerin çok boyutlu çözümünde önemli bir yere sahip olan Kronik Bakım Modeli'nin, inme geçiren hastalarda tekrarlayan inmenin önlenmesine yönelik bakımın sürekliliğinin sağlanmasında, bakım kalitesinin artırılmasında, hasta sonuçlarının iyileştirilmesinde, bakımın maliyetlerinin azaltılmasında, ekip çalışmasının geliştirilmesinde, hasta memnuniyetinin ve yaşam kalitesinin artırılmasında etkili bir yöntem olabileceği görülmektedir. Özellikle öz yönetim desteği bileşeninin kronik hastalık yönetiminin merkezinde yer aldığı, 5A metodolojisine dayalı hemşirelik girişimlerinin en iyi bakım sonuçlarını elde etmede önemli bir rehber niteliğinde olduğu düşünülmektedir.

### Alana Katkı

Kanıt dayalı rehberler temelinde gerçekleştirilecek, kronik bakım modeline dayalı etkili bir inme yönetimiyle hastalık belirtilerinin, acil birimlere başvuruların, tekrarlayan inmelerin ve hastaneye yatışların azaltılması, hastalığın fizyolojik ve psikolojik etkilerinin sınırlandırılması, bağımlılığın önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması beklenebilecektir. İnme gibi kronik bir hastalığın yönetimi, hastanın öz yönetim becerisi kazanması için çeşitli eğitim öğretim yöntemleriyle güçlendirilmesini gerektirdiğinden modele dayalı yapılacak olan stratejiler yoluyla hasta, öz yönetim için desteklenebilecek ve bu doğrultuda en uygun tedavi ve izlem planlanarak bakım sonuçlarında ve kalitesinde iyileşme, sonuçta da hasta memnuniyetinde artış beklenebilecektir.

### Çıkar Çatışması

Bu makalede herhangi bir nakdi/aynı yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

### Kaynaklar

- Allen, K.R., Hazelett, S., Jarjoura, D., Wickstrom, G. C., Hua, K., Weinhardt, J. K., et al. (2002). Effectiveness of a postdischarge care management model for stroke and transient ischemic attack: A Randomized Trial. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 11(2), 88-98.
- Allen, K., Hazelett, S., Jarjoura, D., Wright, K., Clough, L., & Weinhardt, J. (2004). Improving stroke outcomes implementation of a post discharge care management model. *Journal of Science Communication*, 11, 707-714.
- Baune, B., Aljeesh, Y., & Bender, R. (2005). Factors of non-compliance with the therapeutic regimen among hypertensive men and women: a case-control study to investigate risk factors of stroke. *Eur J Epidemiol*, 20, 411-419.
- Beaglehole, R., Epping-Jordan, J., Patel, V., Chopra, M., Ebrahim, S., Kidd, M., et al. (2008). Improving the prevention and management of chronic disease in low income and middle-income countries: A priority for primary health care. *Lancet*, 372, 940-949.

- Bell, J.F., Krupski, A., Joesch, J.M., West, I.I., Atkins, D.C., Court, B., et al. (2015). Mancuso D, Roy-Byrne P. A randomized controlled trial of intensive care management for disabled Medicaid beneficiaries with high health care costs. *Health Services Research Journal*, 50(3), 663-689.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. *The Journal of the American Medical Association*, 288(14), 1775-1779.
- Demirağ, S. A. (2009). Kronik hastalıklar ve yaşam kalitesi. *Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi*, 1(1), 58-65.
- Fens, M., Beusmans, G., Limburg, M., van Hoef, L., van Haastregt, J., Metsemakers, J., et al. (2015). A process evaluation of a stroke-specific follow-up care model for stroke patients and caregivers: A longitudinal study. *BMC Nursing*, 14(3), 1-10.
- Glader, E.L., Sjolander, M., Eriksson M, & Lundberg, M. (2010). Persistent use of secondary preventive drugs declines rapidly during the first 2 years after stroke. *Stroke*, 41, 397-401.
- Haskett, T. (2006). Chronic illness management: Changing the system. *Home Health Care Management Practice*, 18, 492-496.
- Hennessey, B., Suter, P., & Harrison, G. (2010). The home-based chronic care model: A platform for partnership for the provision of a patient centered medical home. *Caring*, 29(2), 18-24.
- İncirkuş, K., & Nahcivan N.Ö. (2015). Kronik hastalık yönetimi için bir rehber: Kronik Bakım Modeli. *F.N. Hem. Derg.*, 23(1), 66-75.
- Kernan, W.N., Ovbiagele, B., Black, H.R., Bravata, D.M., Chimowitz, M.I., Ezekowitz, M.D., et al. (2014). Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack. *Stroke*, 45(7), 2160-2236
- Korpershoek, C., Van der Bijl, J., & Hafsteinsdottir, T.B. (2011). Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1876-1894.
- Leistner, S., Michelson, G., Laumeier, I., Ahmadi, M., Smyth, M., Nieweler, G., et al. (2013). Intensified secondary prevention intending a reduction of recurrent events in TIA and minor stroke patients (INSPIRE-TMS): a protocol for a randomised controlled trial. *BMC Neurology*, 13, 11-18.
- Morais, H.C., Gonzaga, N.C., Aquino, P.S., & Araujo, T.L. (2015). Strategies for self-management support by patients with stroke: Integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(1), 136-143.
- Morrison, V., Pollard, B., Johnston, M., & Mac Walter, R. (2005). Anxiety and depression 3 years following stroke: demographic, clinical, and psychological predictors. *J Psychosomatic Restore*, 59(4), 209-213.
- Mozaffarian, D., Benjamin, E.J., Go, A.S., Arnett, D.K., Blaha, M.J., Cushman, M., et al. (2016). Heart disease and stroke statistics-2016 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 133, 38-360.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *The New England Journal of Medicine*, 353, 487-97.
- Öztürk, Z.E. (2004). İlk inme sonrası saptanan risk faktörlerinin morbidite ve mortalite üzerine etkisi. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye.
- Piatt, G. A., & Zgibor, J. C. (2007). Novel approaches to diabetes care: A population perspective. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 14(2), 158-165.
- Redfern, J., McKeivitt, C., & Wolfe, C. (2006). Development of complex interventions in stroke care. A systematic review. *Stroke*, 37, 2410-2419.
- Reuben, D.B. (2011). Physicians in supporting roles in chronic disease care: The care more model. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(1), 158-160.
- Rothman, A. A., & Wagner, E. H. (2003). Chronic illness management: What is the role of primary care? *Annals of Internal Medicine*, 138, 256-261.
- Schepers, V.P., Visser-Meily, A.M., Ketelaar, M., & Lindeman, E. (2005). Prediction of social activity 1 year post stroke. *Arch Phys Med Rehabil*, 86(7), 1472-1474.
- Smith, J., Forster, A., House, A., Knapp, P., Wright, J. J., & Young, J. (2008). Information provision for stroke patients and their caregivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 1-46.
- Topçu, S., & Bölüktaş, R. P. (2012). İnmeli hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal desteğin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 29(3), 159-164.

- Towfighi, A., Cheng, E.M., Ayala-Rivera, M., McCreath, H., Sanossian, N., Dutta, T., et al. (2017). Randomized controlled trial of a coordinated care intervention to improve risk factor control after stroke or transient ischemic attack in the safety net: Secondary stroke prevention by Uniting Community and Chronic care model teams Early to End Disparities (SUCCEED). *BMC Neurology*, 17(1), 1-20.
- Wagner, E. H. (1998). Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1, 2-4.
- Wagner, E. (1999). Care of older people with chronic illness. In: Calkins, E., Coult, C., Wagner, E., Pacala, J., (Ed.), *New ways to care for older people: building systems based on evidence* (pp. 107-123). New York: Springer Publishing.