

BÖBREK HASTALIKLARI VE DİYALİZ HEMŞİRELİĞİNDE KANIT ÇALIŞMALARI

Prof. Dr. Zuhâl Bahar

Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

KANITA DAYALI HEMŞİRELİK

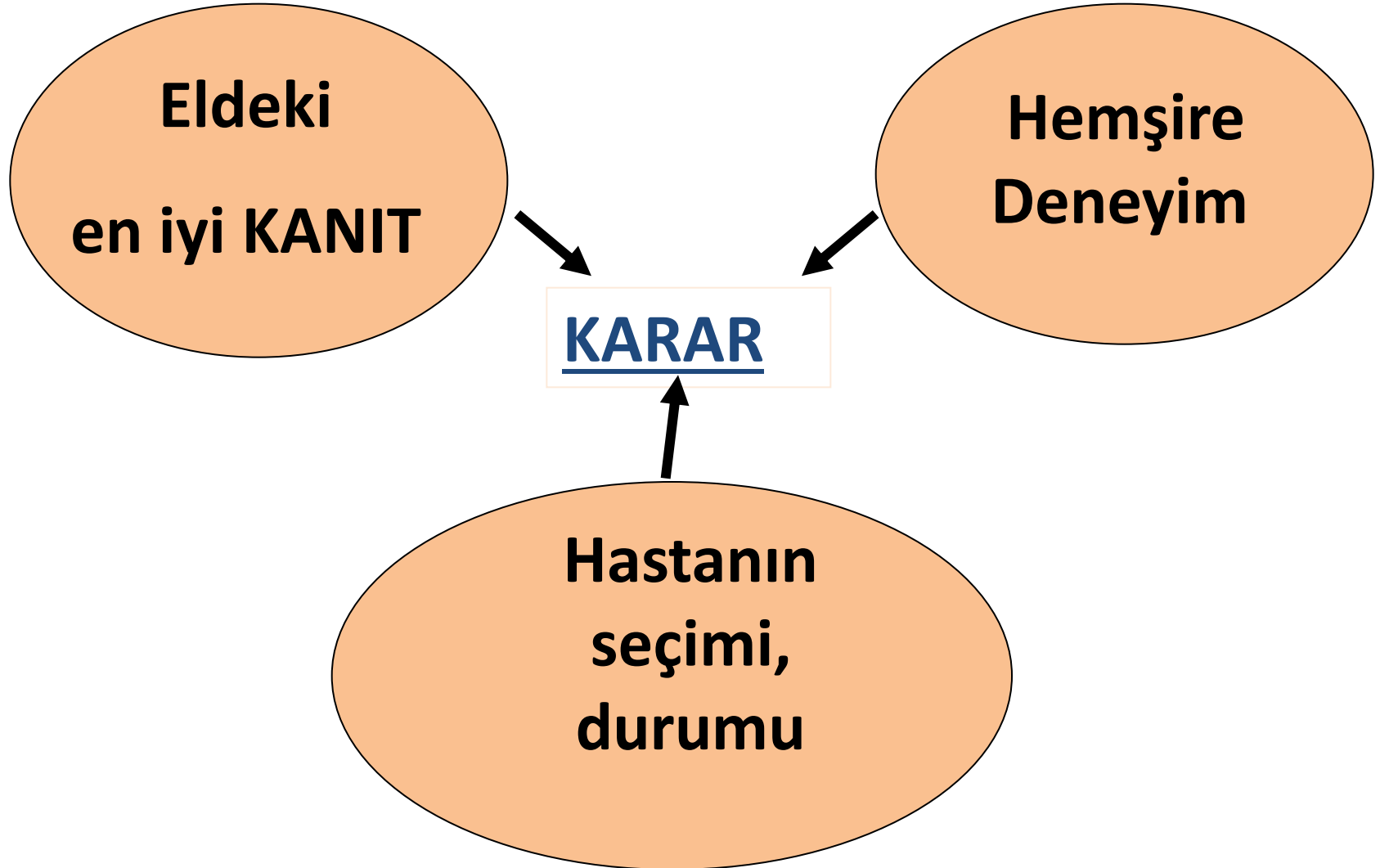
..hasta ile ilgili kararlarda, **eldeki en iyi kanıtın**, açık, özenli ve mantıklı bir biçimde **hemşirenin deneyimi ve hastanın tercihleri** ile birleştirilerek kullanılmasını sağlamaya yönelik **sistematiik bir yaklaşımdır**.

(DiCenso, Cullum, Ciliska. 1998; Mulhall, 1998; Youngblut ve Brooten ,2001),

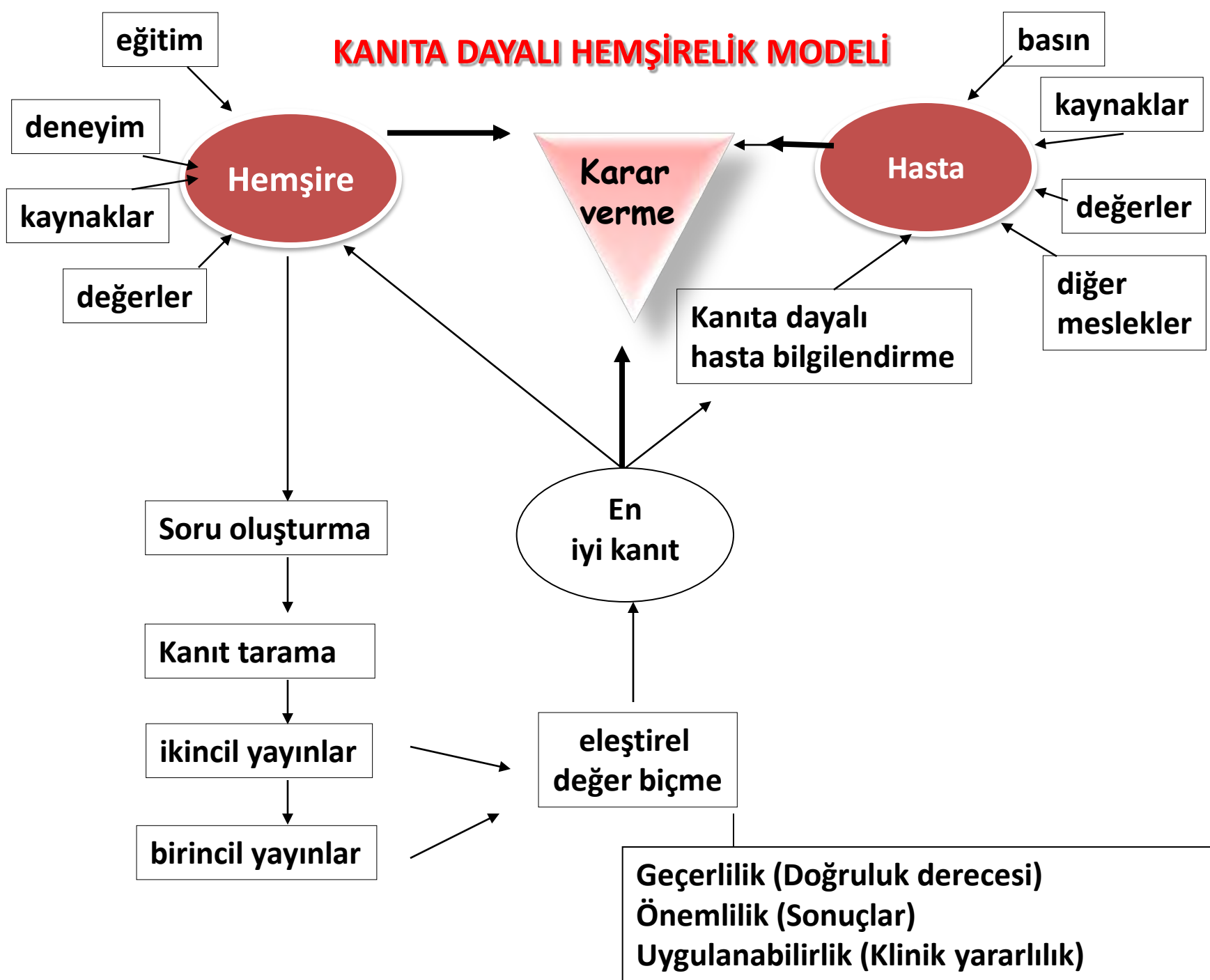
Kanıtı Dayalı Uygulama



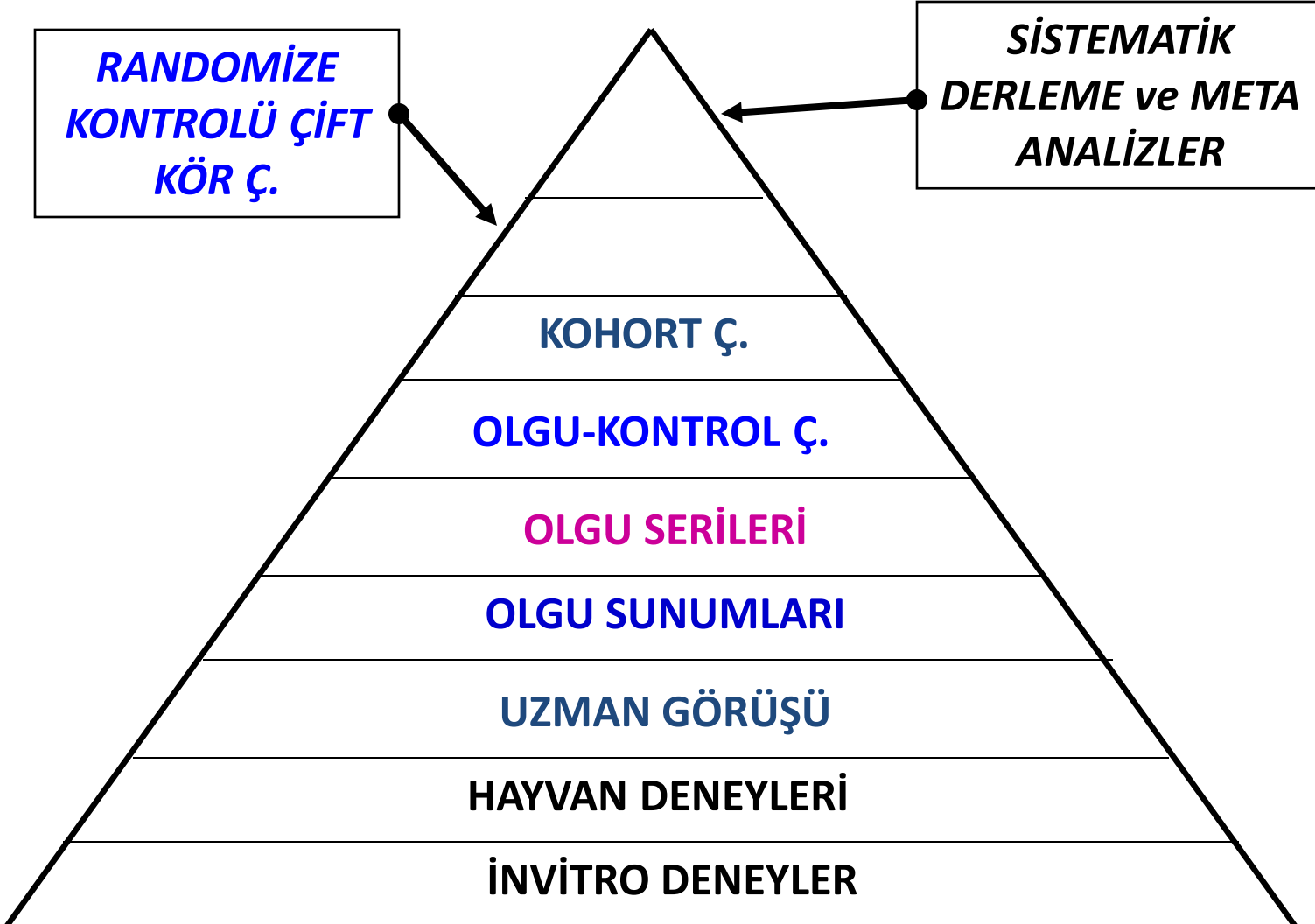
Deneyime Dayalı
Hemşire



KANITA DAYALI HEMŞİRELİK MODELİ



KANIT PİRAMİDİ



Kanıt Düzeyleri SIGN Kriterleri (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)

1a. Sistematik Derleme ve Randomize Kontrol Çalışmalarının Metaanalizi (A)

1b. En az bir adet Randomize Kontrollü çalışma (A)

2a. En az bir adet Randomize olmayan kontrollü çalışma (B)

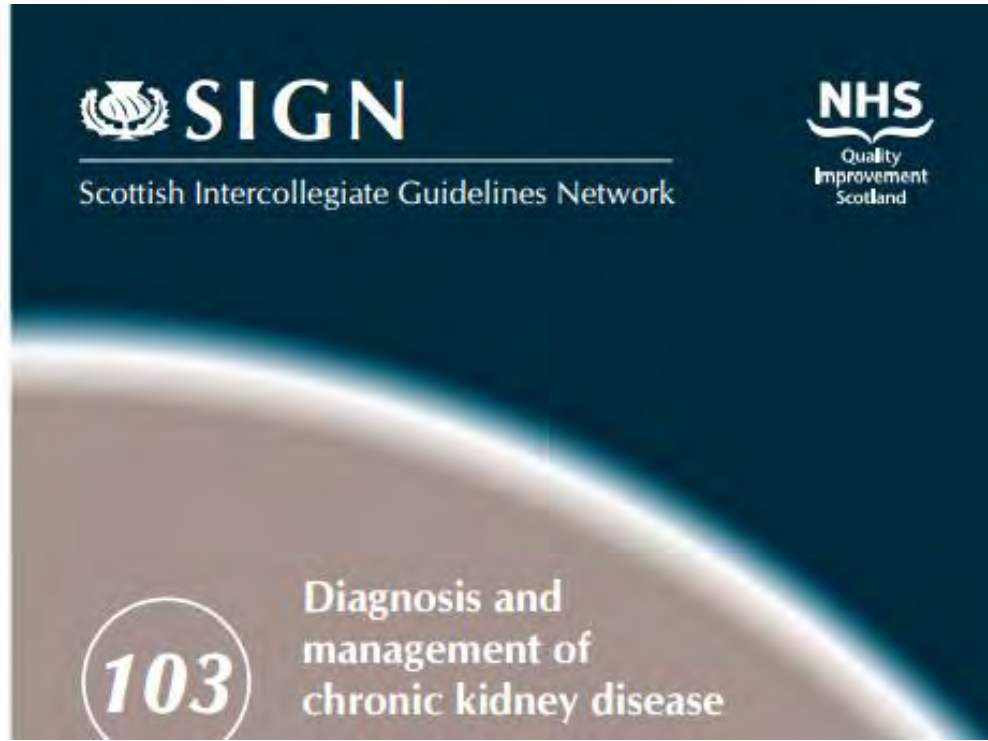
2b. İyi dizayn edilmiş yarı deneysel çalışmalar (B)

3. İyi planlanmış deneysel olmayan çalışmalar
(Kıyaslama, korelasyon, vaka-kontrol, kohort, izlem) (C)

4. Uzman komite raporları, saygın otoritelerin görüşleri. (D)

Hemşirelikte kanıt düzeyi sınıflamaları Joanna Briggs Enstitüsü kanıt düzeyi sınıflaması
(Joanna Briggs;2003)

DÜZEY	KANIT TİPİ
I	Rastlantısal Kontrollü Çalışmalarla yapılmış sistematik incelemelerden elde edilen kanıtlar
II	En az bir iyi tasarlanmış, RKÇ'lerden elde edilmiş kanıt
III.I	Randomize olmayan, iyi tasarlanmış kontrollü çalışmalardan elde edilen kanıt
III.II	Birden fazla merkez/grup tarafından yapılmış iyi tasarlanmış khort yada vaka kontrol çalışmalarından elde edilen kanıt
III.III	Girişimli yada girişimsiz çoklu zaman serilerinden elde edilen kanıt. Kontrolsüz deneysel çalışmaların etkileyici sonuçları
IV	Klinik deneyimlere dayalı, saygın otoriterlerin görüşleri, tanımlayıcı çalışmalar yada uzman komite raporları



Tanı ve Hastalık Yönetiminde Rehber



A, B, C, D → Kanıt Düzeyleri
✓ İyi uygulama

Diyet Değişiklikleri

- A Diyetle protein kısıtlaması (< 0.8 g/kg/gün) erken dönem kronik böbrek yetmezliği hastalıkları için önerilmez.
- B Evre 1-4 kronik böbrek yetmezliği ve hipertansiyon hastaları için günlük 6 gr'dan daha az olan sodyum kısıtlaması kan basıncının düşürülmesi ve kardiyovasküler riskin azaltılmasında etkili stratejidir.
- ✓ Yüksek miktarda potasyum tuzları içeren tuzlar kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda kullanılmamalıdır.

Yaşam Biçimi Değişiklikleri

- ✓ Kronik Böbrek yetmezliği hastaları sigara içiyorsa bırakmaları önerilir.
- ✓ Göbek çevresi erkeklerde 94 cm'den ve kadınlarda 80 cm'den büyük kronik böbrek yetmezliği hastalarının kilo vermeleri önerilir.
- ✓ Hastalar düzenli egzersiz yapmak için cesaretlendirilmelidir.
- ✓ Hastaların fiziksel gücü, günlük yaşam aktivitelerini etkileyecek düzeyde azalmış ise fizyoterapistine yönlendirilmelidir.
- ✓ Günlük aktivitelerinde problem yaşayan hastalar iş terapistine yönlendirilmelidir.

Psikososyal Yönetim



Kronik böbrek yetmezliği olan hastaların yaşam kaliteleri ve psikososyal stresörleri düzenli olarak değerlendirilmeli ve gerekli durumlarda uygun girişimlerde bulunulmalıdır.

B

Tüm kronik böbrek yetmezliği olan hastalara diyaliz öncesi psiko-eğitim programı hazırlanarak katılımları sağlanmalıdır.

Anemi Yönetimi

A

Kronik böbrek yetmezliği olan hastaların yaşam kalitelerini yükseltmek için eritropoetini stimule eden ajanların kullanılması önerilmelidir.

✓

Kronik böbrek yetmezliği olan hastaları hemoglobin seviyeleri 100 g/l ile 120 g/l arasında olacak şekilde eritropoetini stimule eden ajanlar ile tedavi edilmelidir.

Malnütrisiyondan Korunma

D

Evre 3 ve daha üzeri olan kronik böbrek yetmezliği olan hastaların beslenme durumları (BKİ, boy, ilo, kilo kaybı) sürekli izlenmelidir.



Kronik Hastalıklarda Özyönetimin Desteklenmesi Stratejileri: Hasta İle İşbirliği

Uygulama Önerileri

Hemşireler kronik hastalığı olan bireylerin hem hasta sonuçlarının iyileştirilmesi hem de özyönetim becerilerinin geliştirilmesi için 5 A yaklaşımını kullanmalıdır.



5 A Yaklaşımı

Assess-Değerlendirmek
Advise-Öneride Bulunma
Agree-Uzlaşma
Assist-Yardım etme
Arrange-Düzenleme

ASSESS – DEĞERLENDİRME

Hemşireler hasta ve aileleri arasındaki dayanışmanın oluşmasında etkin rol almalıdır.

III

Hemşireler düzenli aralıklarla depresyonun belirtilerini gözlemlemeli ve depresyon tedavisini izlemelidir.

Ib

Hemşireler aileler ve hastalarla işbirliği içinde hastaların randevu zamanları ve randevu içeriğini oluşturmaktadır. İçerik aşağıdaki gibidir;

Iıb

Klinik verileri inceleme

Hastaların öz yönetim ve deneyimlerinin tartışılması

İlaç yönetimi

Engel ve stresörler

Eylem planı oluşturulması

Hasta eğitimi

Hemşireler hastaları sağlık risk değerlendirme araçlarının kullanarak riskleri değerlendirerek sonuçlarını hastalarla tartışarak olumlu sağlık davranışları kazanmaları için güdülemelidir.

1b

ADVISE - ÖNERİDE BULUNMA

Hemşireler hastanın öz yönetimini geliştirecek eğitimleri vermelidir.	Ia
Hemşireler soru-anlatım-soru iletişim tekniğini kullanarak hastaların var olan bilgilerini geliştirmelidir.	III
Hemşireler hastaların var olan bilgilerini değerlendirmek için “öğrenileni geri anlatma” (teach back) iletişim yöntemini kullanmalıdır.	III
Hemşireler hastaların kendi bilgilerini kullanarak bireysel izlemlerini (kan glukoz izlemi, tansiyon tkb) yönetmelerine yardımcı olmalıdır.	1b
Hemşireler hastaları kendilerinin bireysel izlemlerini (günlükler, bireysel sağlık kayıtları) takip etmeleri için desteklemelidir.	III

AGREE - UZLAŞMA

Hemşireler hastalarla aşağıdaki amaçlara ulaşmaları için iş birliği yapmalıdır; Hedefler belirlemek Eylem planı geliştirerek hedeflere ulaşma Hedefe doğru ilerleme sürecini izlemek	la
---	----

ASSIST - YARDIM ETME

Hemşireler hastalara motive edici görüşmeler yaparak kendi davranışsal değişikliklerini tanımlamada etkin rol sahibi olmalarına izin vermelidirler.	la
Hemşireler hastalara sorun çözme tekniklerini öğretme ve kullanmalarında yardımcı olmalıdır	la
Hemşireler çeşitli öz yönetim programları hakkında bilgiye sahip olmalı, kaynaklar hazırlayarak hastalar ile iletişim kurmalıdır.	lb

ARRANGE - DÜZENLEME

Hemşireler, hastaların tercihleri ve programların uygulanabilirliğine bağlı olarak sürekliliği olan çalışmalar yürütmelidir (Örneğin; telefon veya e-mail ile hasta izlemleri, danışmanlık vb.)

la

Education programmes for people with diabetic kidney disease (Review)

Li T, Wu HM, Wang F, Huang CQ, Yang M, Dong BR, Liu GJ



Amaç: Diyabetli böbrek hastalarına verilen eğitimin etkisini değerlendirmek

Örneklem Özellikleri: 18 yaş ve üzeri, Tip 1 - 2 diyabet ve KBY (diyaliz öncesi, renal replasman tedavisi ve transplantasyon hastaları) olan yetişkinler

DM Tanısı: DSÖ kriterleri (açlık plazma glikozu ≥ 7 mmol/l veya 2 saat sonra plazma glikozu ≥ 11.1 mmol/l)

Diyabetik Böbrek Hastalığı Tanısı:

Üriner albümin salgılama hızı (UAER) ile değerlendirilmiştir.

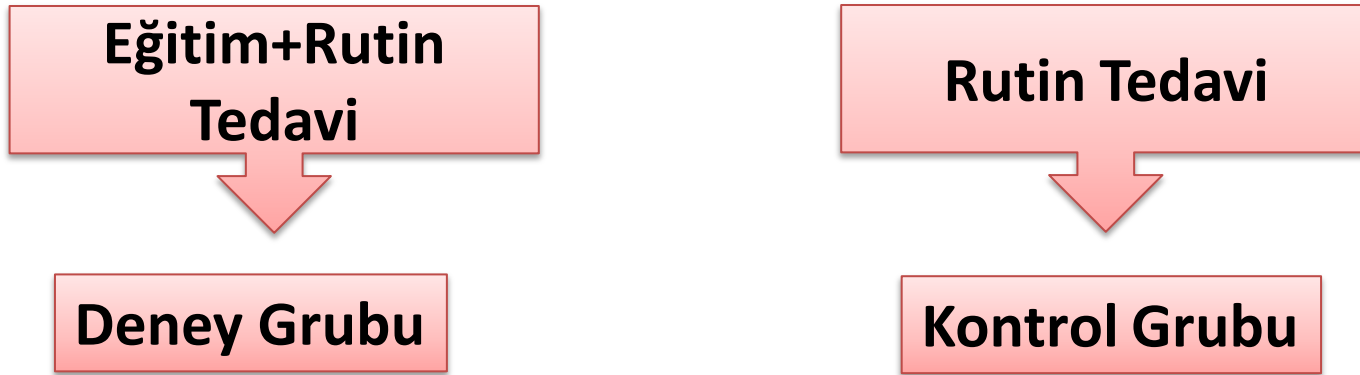
- 24 saat veya 8 saatlik toplanan idrar veya albümin/kreatin oranı (ACR)
- Normalalbüminüri tanısı (ACR < 30 mg/g) veya UAER < 30 mg/d
- Mikroalbüminüri; ACR=30-300 mg/g arasında veya UAER 30-300 mg/d arasında olarak tanımlanmıştır.
- Makroalbüminüri; (ACR > 300 mg/g veya UAER > 300 mg/d olarak tanımlanmıştır.

Dışlama Kriterleri:

- Diyabet dışı nedenlerle böbrek hasarı olanlar
- Tip 1 ve Tip 2 diyabetten farklı diyabet nedeniyle böbrek hasarı olanlar (gestasyonel diyabet gibi)

Girişimler

Eğitim programları, diyabetli böbrek hastalarında kronik böbrek hastalığı gelişmesini önlemek, diyabetin kontrolünü sağlamak ve yaşam kalitesini arttırmak amacıyla kullanılmıştır.





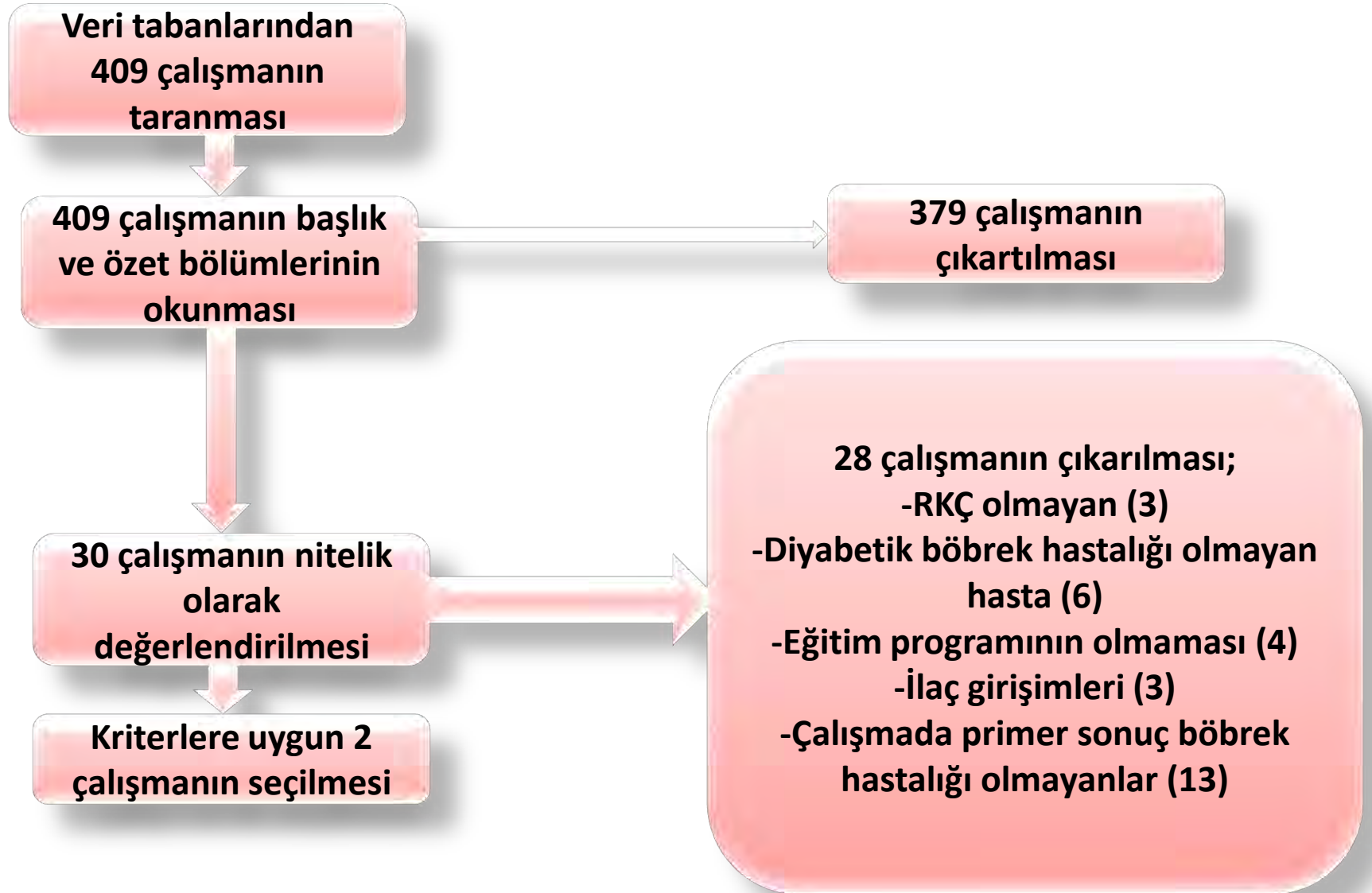
Sözel, yazılı, video veya bilgisayar programları ile yapıldı



Hemşire, farmakolog, eğitimci, sağlık uzmanları veya tıp uzmanlarından oluşmakta.

- ❖ Girişim sonuçları 6 ay, 1 ve 2 yıl olacak şekilde değerlendirildi (hastadan veri alınabiliyorsa).
- ❖ Eğitimler acil servis, hastane, hastaların evleri ve toplumda yapıldı.

Araştırmaların Seçimi

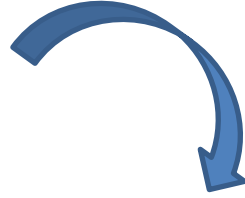


İncelenen 2 çalışma;

McMurray 2002

Steed 2005

McMurray, 2002



Eğitim programları + rutin tedavi ile rutin tedavi karşılaştırılmıştır.

Deney Grubu
Rutin Tedavi



Rutin Tedavi
+
Bakım yönetimi ve eğitim

Kontrol Grubu
Rutin Tedavi



Diyet kontrolü
Glisemik kontrol (İnsülin uygulama)
Hipertansif ilaç kullanımı
Hemodiyaliz ve periton diyalizi uygulamaları

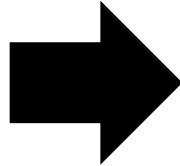
12 ay süresinde girişimler uygulanmıştır.

Eğitim programı ve bakım yönetiminin içeriği;

- *Bakım yönetimi eğitimleri;* Hemodiyaliz ünitesinde hemodiyaliz alan hastalar (haftada 3) ve periton diyalizi alan hastalara (aylık) Ulusal Diyabette Kendi Kendini Yönetme Programı Standartlarına göre diyabet eğitimi verilmiştir.
- *Diyabet bakımı yürütme ve yönetme;* glisemik kontrol, kan basıncı, lipid düzeyi, düşük doz aspirin kullanımı
- *Motivasyonu sağlama;* duygusal destek, problem çözme, cesaretlendirme, diyabet ve diyaliz ile yaşayanlar için pratik uygulamalar ve ip uçları

Diyabet Hakkında Bilgi

*12 aylık eğitim programından sonra hastaların bilgi düzeylerinde değişim saptanmıştır.



*Diyabetle ilgili 11 alan ölçüldü ve eğitim programı bu alanları olumlu etkiledi

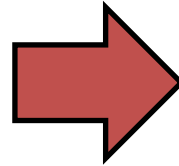
- Diyabet tanısı
- Yönetimi
- Hipoglisemi
- Hiperglisemi
- İnsülin kullanımı
- Oral ilaç alımı
- Kişisel sağlık alışkanlıkları
- Diyet
- Egzersiz
- Kronik komplikasyonlar
- Diyabetle yaşamak ve stresle baş etme

Bakım Sonuçları

Hasta Davranışlarında Değişiklikler

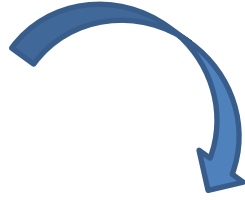
12 aylık izlem sonucunda;

- *Ayak bakımı,
- *Uygun ayakkabı ve çorap seçimi
- *Solüsyon kullanımında anlamlı değişiklik

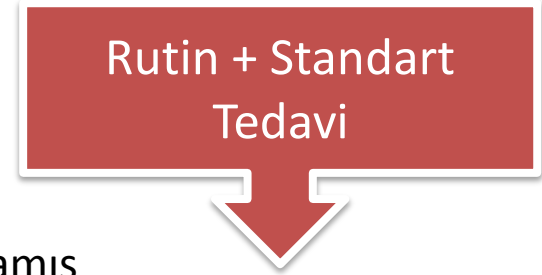


- *Kan glikozunu yönetme
- *Karbonhidrat alımı
- *Göz muayenesi yaptıрма gibi davranışlarda değişiklik yok

Steed, 2005



Karşılaştırma



Rutin tedavi tanımlanmamış

Deney Grubu

Eğitim Programı

(Londra Üniversitesi Diyabet Hastalarının Kendini Yönetme Programı)

*Her hafta grup eğitimi

*2.5 saat süren eğitimler

*5 hafta süresince

*Girişim sonunda 3 ay 2.5 saat süren eğitimler devam ettirildi.

Kontrol Grubu

Hiçbir eğitim veya müdahale Ø

Eğitim İçeriği

- Kan glikoz seviyesi, diyet, egzersiz ve tıbbi tedaviyi hastanın kendisinin yönetimi
- Hasta yönetiminin önemi ve neden-niçin kendi kendine yönetimin tartışılması
- Uygulamada ve psikososyal zorlukları da içeren diyabetle yaşamada karşılaşılan güçlüklerin tartışılması

Ek bir seans ile



- Geri bildirim alma
- Davranış değişimindeki güçlükleri tartışma

Bakım Sonuçları

Diyabet Hakkında Bilgi

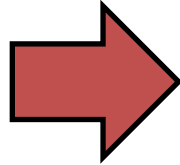
- Verilen eğitim hastaların bilgi düzeylerinde olumlu bir iyileşme sağlamıştır.
- Girişimin mikroalbüminüri üzerinde 3 aylık izlemde olumlu etkisi saptanmıştır.

Bakım Sonuçları

Hastaların Cesaretlendirilmesi ve Özetkililikleri

*Eğitim programından sonra hastaların özetkililik algıları ve inançlarında olumlu değişim

*3 ay izlem sonucunda hastaların özetkililiklerinde anlamlı gelişme saptanmamıştır.



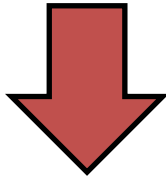
Eğitimin özellikle evde kan glikoz düzeyi yönetimi ve hasta inançlarında olumlu etkisi olmuştur.

Bakım Sonuçları

Hasta Davranışlarında Değişiklikler

5 haftalık eğitim ve 3 aylık izlem sonucunda;

- *Genel diyet
- *Özel diyet
- *Egzersiz
- *Ayak bakımı
- *Sigarayı bırakma



OLUMLU ETKİ

A Nurse-coordinated Model of Care *versus* Usual Care for Stage 3/4 Chronic Kidney Disease in the Community: A Randomized Controlled Trial

Brendan J. Barrett,^{*} Amit X. Garg,[†] Ron Goeree,[‡] Adeera Levin,[§] Anita Molzahn,^{||} Claudio Rigatto,[¶] Joel Singer,[§] George Soltys,^{**} Steven Soroka,^{##} Dieter Ayers,^{##} and Patrick S. Parfrey^{*}



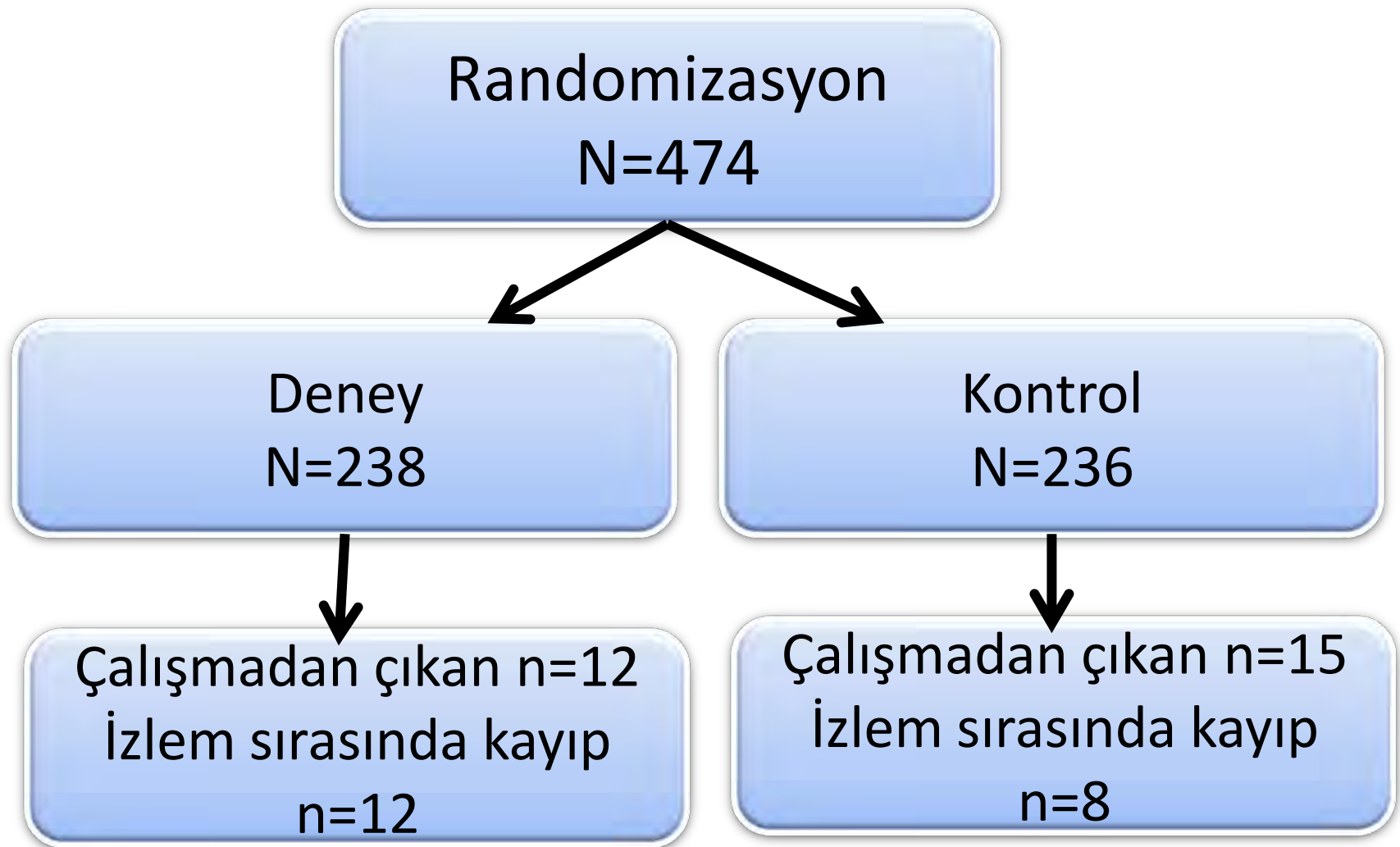
Toplumdaki ¾ Kronik Böbrek Hastalarına Uygulanan Hemşire Koordinasyonlu Bakım Modeli ile Geleneksel Bakımın Karşılaştırılması: Randomize Kontrollü Çalışma

Örneklem Özelliği

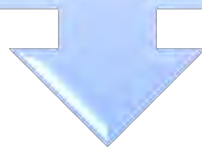
40-75 yaş arası
GFR: dakikada 25-60 ml/dk

Dışlama Kriterleri

- Son 6 ay içerisinde ölme olasılığı
- Stabil olmayan kardiyovasküler hastalık
- İmmunoterapi alan hastalar
- 6 ay içerisinde organ transplantasyonu olacak
- Uzak bölgede oturan



Hemşire koordinasyonlu bakım
modeli



Deney Grubu

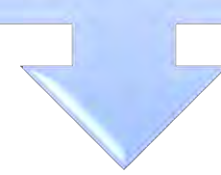
Hemşire-nefrolog işbirliği

Tıbbi protokollerin takibi

Farmakolojik ve non-farmakolojik girişimler

Hastaların kendi kendine bakması ve ekip ile işbirliği
yapması sağlandı

Rutin Tedavi



Kontrol Grubu

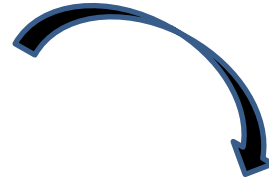
Nefrolog=her iş günü 12 dk (min)

Hemşire= her iş günü 187 dk (min)



Her hasta
için ayrılan süre

ÇALIŞMADA HEDEFLLENEN



- Kan basıncı: $< 130/80$
- RAAS Blokajı kullanımı (Renin, anjiyotensin, aldesteron)
- Minumum Proteinüri
- LDL < 2.5 mmol/L
- Öyküsünde diyabet ve iskemik hastalık olanlarda anti trombolitik ilaç kullanımı
- Diyabet hastalarında Hba1c $\leq \%7.0$
- Serum fosfat : < 1.8 mmol/lt
- Serum bikarbonat > 22 mmol/L
- Hb > 105 g/l

Böbrek fonksiyonları kreatin seviyesine bakılarak 4 ayda bir izlenmiştir.

Tablo 1. Deney ve Kontrol Grubunda Başlangıç ve İzlem Dönemlerinde Hedeflenen Sonuç Kriterlerinin Karşılaştırılması

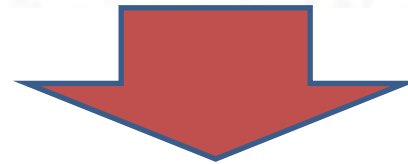
	Time	Experimental Intervention Number (%)	Standard Care Control Number (%)	p
BP $\leq$ 130/80	Baseline	139/236 (59)	101/235 (43)	0.03 ^a
	12 months	134/218 (61.5)	100/218 (45.9)	0.47 ^b
	24 months	81/128 (63.2)	64/136 (47)	0.76 ^c
LDL $<$ 2.5 mmol/L	Baseline	99/236 (43)	81/220 (36.8)	0.41 ^a
	12 months	97/206 (47.1)	99/214 (46.3)	$<0.001^b$
	24 months	78/122 (63.9)	76/128 (59.4)	0.74 ^c
On RAAS blocker	Baseline	165/236 (70)	156/235 (66)	0.49 ^a
	12 months	165/219 (75)	146/220 (66)	0.92 ^b
	24 months	102/130 (78)	92/140 (66)	0.06 ^c
Hba _{1c} $\leq$ 7.0% in diabetics	Baseline	38/68 (55.9)	36/74 (48.6)	0.58 ^a
	12 months	50/70 (71.4)	52/77 (67.5)	$<0.001^b$
	24 months	40/49 (81.6)	43/52 (82.7)	0.76 ^c
Hemoglobin $\geq$ 105 g/L	Baseline	229/235 (97.4)	232/234 (99.1)	0.81 ^a
	12 months	208/214 (97.2)	203/214 (94.8)	0.07 ^b
	24 months	125/128 (97.7)	130/136 (95.6)	0.64 ^c
Iron saturation $\geq$ 0.2	Baseline	169/225 (75.1)	160/226 (70.8)	0.28 ^a
	12 months	154/210 (73.3)	155/210 (73.8)	0.24 ^b
	24 months	95/128 (74.2)	95/124 (76.6)	0.31 ^c
Serum phosphate $<$ 1.8 mmol/L	Baseline	235/235 (100)	233/233 (100)	NA
	12 months	211/211 (100)	218/218 (100)	NA
	24 months	125/126 (99.2)	126/127 (99.2)	NA
Bicarbonate $\geq$ 22 mmol/L	Baseline	225/234 (96.1)	230/234 (98.3)	0.18 ^a
	12 months	209/215 (97.2)	212/214 (99.1)	0.68 ^b
	24 months	124/127 (97.6)	124/127 (97.6)	0.37 ^c

The impact of self-management support on the progression of chronic kidney disease—a prospective randomized controlled trial

Sue-Hsien Chen^{1,2}, Yun-Fang Tsai^{1,2}, Chiao-Yin Sun^{3,4}, I-Wen Wu^{3,4}, Chin-Chan Lee^{3,4} and Mai-Szu Wu^{3,4}

¹Department of Nursing, Chang Gung Memorial Hospital, Keelung, Taiwan; Graduate Institute of Clinical Medical Sciences, Chang Gung University, Taoyuan, Taiwan, ²Chang Gung University, Taoyuan, Taiwan, School of Nursing, Taoyuan, Taiwan, ³Division of Nephrology, Chang Gung Memorial Hospital at Keelung, Taoyuan, Taiwan and ⁴Chang Gung University, Taoyuan, Taiwan, School of Medicine, Taoyuan, Taiwan

Correspondence and offprint requests to: Mai-Szu Wu; E-mail: maxwu1@adm.cgmh.org.tw



AMAÇ

Kendini Yönetme Desteği (KYD) alan ve almayan
iki grup evre 3-4 Kronik böbrek yetmezliği olan hastaların
12 aylık izlem sonucunda özyönetimlerinin karşılaştırılması

KYD ALAN
GRUP

27



Sağlık bilgisi
Hasta eğitimi
Telefon ile destek

KYD
ALMAYAN
GRUP

27



Şekil 1: Hasta Kayıtları, Değerlendirme ve Sonuçları

Tablo 1. KYD Alan ve Almayan Hastaların KBY Hastalık Bilgi Skorları

Parameter	SMS (n)	Non-SMS (n)	Total	t	P
Initial CKD knowledge, score	6.07 ± 3.41 (27)	4.37 ± 4.30 (27)	5.22 ± 3.94 (54)	1.61	0.11
12-month CKD knowledge, score	10.13 ± 2.49 (23)	5.51 ± 3.22 (21)	8.07 ± 3.57 (44)	5.01	0.00**

**Indicates significant difference ($P < 0.01$) from instrument, values are expressed in mean.

Tablo 2: KYD Alan ve Almayan Hastaların Serum Kreatin ve Glomerüler Filtrasyon Hızları

Parameter	SMS (n)	Non-SMS (n)	Total	t	P
sCr, mg/dL, initial	3.15 ± 2.08 (27)	3.71 ± 2.48 (27)	3.43 ± 2.28	0.90	0.37
6 months	3.05 ± 2.53 (25)	4.55 ± 3.37 (24)	4.01 ± 2.99	1.35	0.18
12 months	3.51 ± 2.695 (23)	4.73 ± 2.86 (21)	4.12 ± 2.82	1.62	0.11
eGFR, mL/min·1.73 m ⁻² initial	27.13 ± 14.79 (27)	23.63 ± 13.06 (27)	25.38 ± 13.93	0.92	0.36
6 months	27.00 ± 18.48 (25)	18.49 ± 11.77 (21)	22.74 ± 15.93	2.02	0.05*
12 months	29.11 ± 20.61 (23)	15.72 ± 10.67 (27)	22.42 ± 17.60	3.00	0.04*

*Indicates significant difference (P < 0.05) from instrument, values are expressed in mean.

Effect of Information and Telephone-Guided Access to Community Support for People with Chronic Kidney Disease: Randomised Controlled Trial

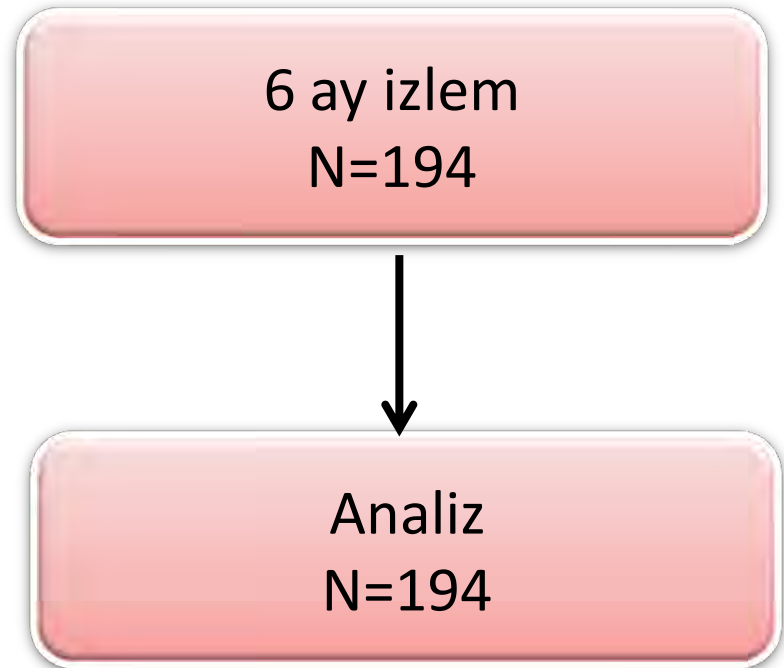
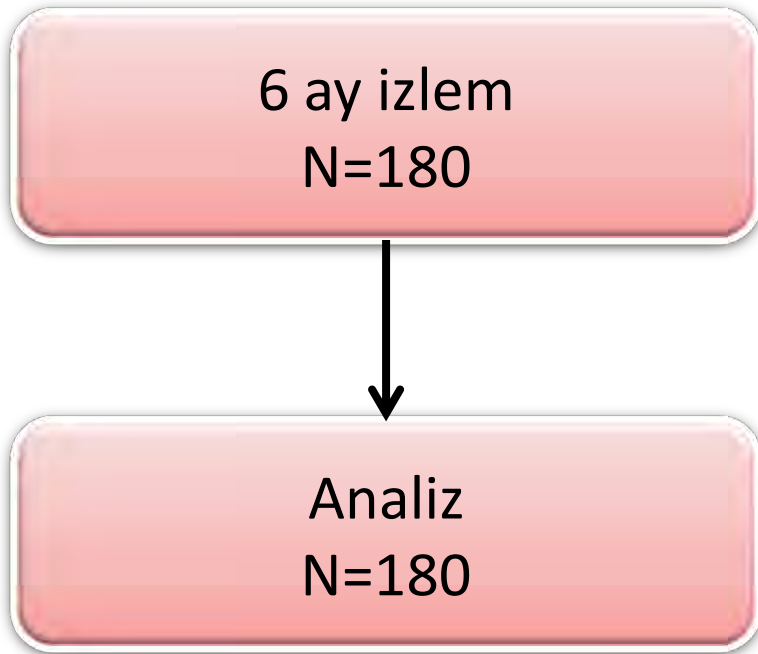
Tom Blakeman^{1†}, Christian Blickem^{1*†}, Anne Kennedy², David Reeves¹, Peter Bower³, Hannah Gaffney¹, Caroline Gardner³, Victoria Lee³, Praksha Jariwala¹, Shoba Dawson¹, Rahena Mossabir¹, Helen Brooks¹, Gerry Richardson⁴, Eldon Spackman⁴, Ivaylo Vassilev², Carolyn Chew-Graham⁵, Anne Rogers²



Çalışmanın amacı; Özyönetim ile ilgili verilen bilgilerin lokal kaynaklara ulaşma ve telefon ile verilen rehberliğe ilişkin girişimlerin Evre 3 KBY hastalarının sağlık bakım sonuçlarına etkisini değerlendirmektir.



Şekil 1: Konsort Diyagramı



GİRİŞİM-1

Rehber kitap: ‘böbreğini sağlam tut’



- ❖ Hastaların gereksinimlerine göre hazırlanan ve diğer hastaların deneyimlerini içeren kitap
- ❖ Hastaları düşündüklerini yapabilmeleri için cesaretlendirmeye hedeflenmiştir.

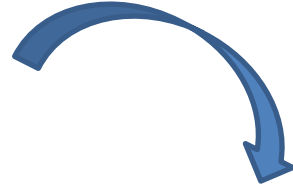
PLANS (Patient Led Assessment for Networks Support)

- ❖ Hastaların sağlık ve sosyal problemlerinin çözümüne ışık tutmak için planlanan kitapçık ve web sitesi
- ❖ Hastaların öncelikli sağlık ve sosyal gereksinimlerine,
- ❖ Toplumdaki kaynaklara,
- ❖ Yaşam stili olanaklarına ulaşım vb. içerir.



GİRİŞİM-2

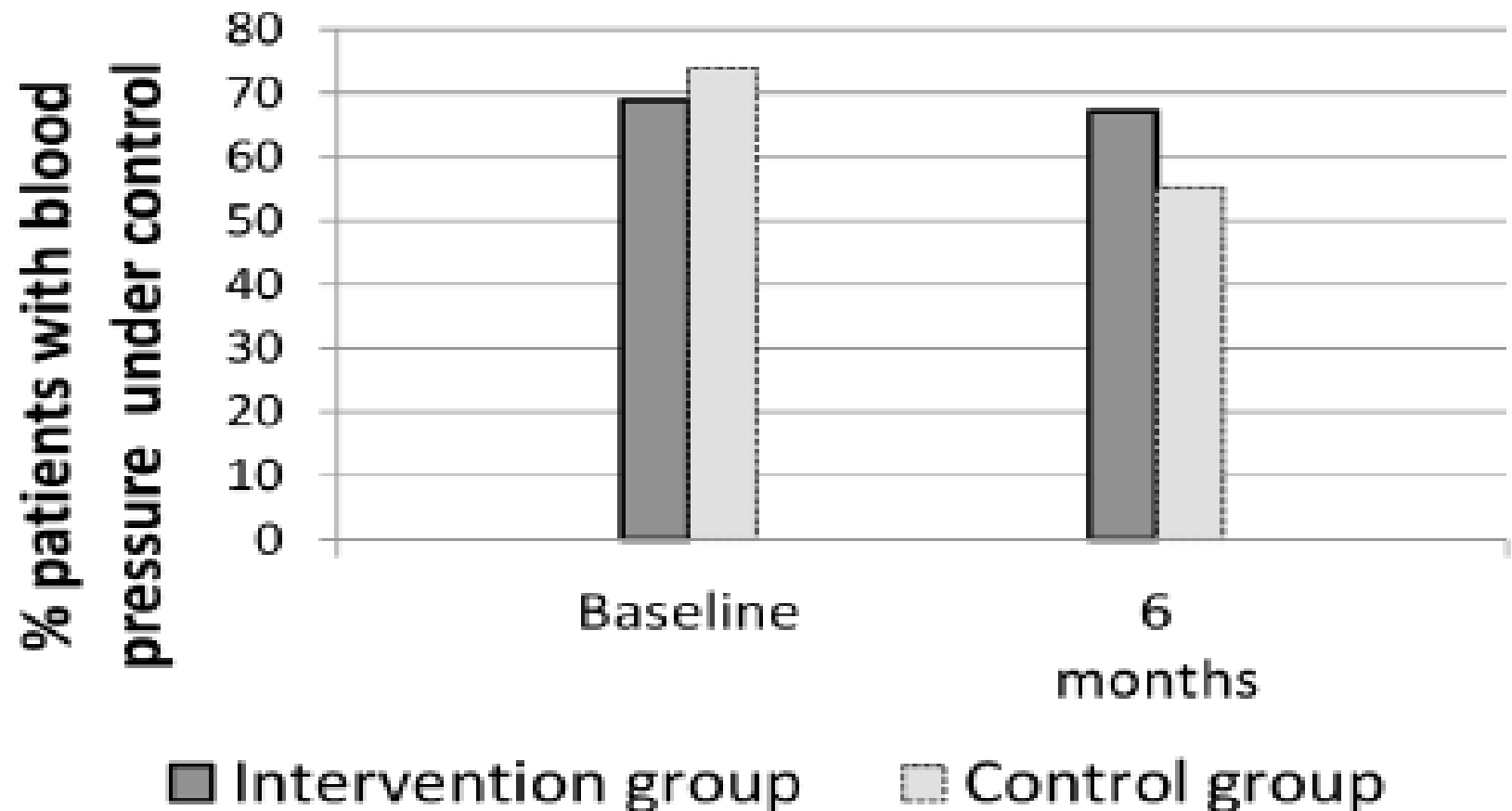
Telefon İle Arama



- ❖ Hastaların öz yönetimlerinin geliştirilmesi için model geliştirilmiştir.
- ❖ 1. Arama: PLANS kitapçığı ve web sitesinin anlatılması
- ❖ 2. Arama: Hastaların sorularına yanıt verildi (Pazartesi-Cuma)

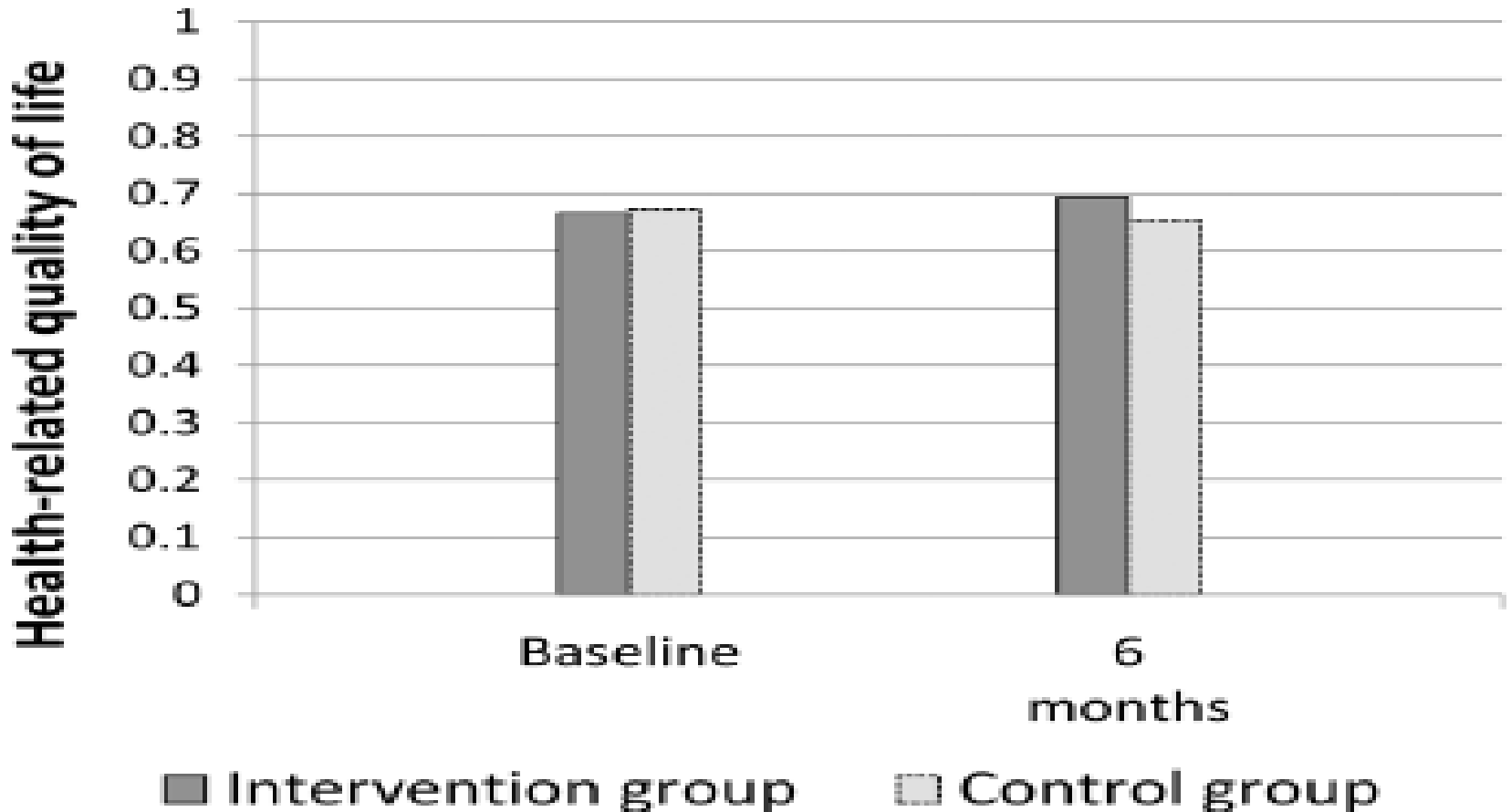
BULGULAR-1

Şekil 1. Kan Basıncı Kontrol Altında Tutulan Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Yüzdeleri



BULGULAR-2

Şekil 2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sağlıkla İlgili Yaşam Kaliteleri





TEŞEKKÜR EDERİM