



**T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**HATAY İLİ BİRİNCİ BASAMAKTA SIK GÖRÜLEN KRONİK
HASTALIKLARDA BAKIMIN HASTA PERSPEKTİFİNDEN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Mustafa YILDIZ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Erhan YENGİL**

HATAY-2016

**T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**HATAY İLİ BİRİNCİ BASAMAKTA SIK GÖRÜLEN KRONİK
HASTALIKLARDA BAKIMIN HASTA PERSPEKTİFİNDEN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Mustafa YILDIZ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Erhan YENGİL**

HATAY-2016

TEZ ONAY SAYFASI

T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**Tez Adı: HATAY İLİ BİRİNCİ BASAMAKTA SIK GÖRÜLEN KRONİK
HASTALIKLARDA BAKIMIN HASTA PERSPEKTİFİNDEN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Tezi Hazırlayanın Adı: Dr. Mustafa YILDIZ

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza).....
Prof. Dr. Yusuf ÖNLEN
Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının “Tıpta Uzmanlık” derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(İmza).....
Prof. Dr. Cahit ÖZER
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile “Tıpta Uzmanlık” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(İmza).....
Doc. Dr. Erhan YENGİL
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. Prof. Dr. Cahit ÖZER
2. Doç. Dr. Erhan YENGİL
3. Yrd Doç. Dr. Dursun ÇADIRCI

III. İÇİNDEKİLER

IV. TABLO LİSTESİ.....	iii
V. ŞEKİL LİSTESİ.....	iv
VI. KISALTMALAR LİSTESİ.....	v
VII. TEŞEKKÜR.....	vii
VIII. ÖZET.....	viii
IX. ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	2
2.1 Kronik Hastalıklar.....	2
2.1.1. Kronik Hastalıklar Tanımı.....	2
2.1.2 Kronik Hastalıklar Epidemiyolojisi.....	4
2.1.3 Kronik Hastalık Yönetimi.....	5
2.1.3.1. Kronik Bakım Modeli.....	6
2.1.3.1.a. Toplum Kaynakları ve Politikalar.....	7
2.1.3.1.b Öz-Yönetim Desteği.....	8
2.1.3.1.c. Karar Verme Desteği.....	8
2.1.3.1.d. Sağlık Hizmetleri Sunum Planı.....	8
2.1.3.1.e. Sağlık Bilgi Sistemleri.....	9
2.1.3.1.f. Sağlık Bakım Organizasyonu.....	9
2.1.3.2 Aile Hekimliğinde Kronik Hastalık Yönetimi ve Hasta Memnuniyetine Etkileri.....	10
2.1.3.2.1.Kronik Hastalık Yönetimi ve Kapsamlı Yaklaşım.....	11
2.2. Diabetes Mellitus.....	11
2.2.1 Diabetes Mellitus Tanımı.....	11
2.2.2. Diabetes Mellitus Epidemiyolojisi.....	12
2.2.3. Diabetes Mellitus Sınıflandırılması.....	13
2.2.3.1 Tip 1 Diabetes Mellitus.....	14
2.2.3.2 Tip 2 Diabetes Mellitus.....	14
2.2.3.3 Gestasyonel Diabetes Mellitus.....	15

2.3. Hipertansiyon	15
2.3.1. Hipertansiyon Tanımı.....	15
2.3.2. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi.....	16
2.3.3. Hipertansiyonun Sınıflandırılması.....	17
2.3.3.1. Kan Basıncı Değerine Göre Sınıflandırılma.....	18
2.3.3.2. Etiyolojisine Göre Hipertansiyon Sınıflaması.....	19
2.3.3.2.1. Primer (Esansiyel) Hipertansiyon	19
2.3.3.2.2. Sekonder Hipertansiyon.....	19
2.4. Astım	21
2.4.1 Astım Tanımı.....	21
2.4.2. Astım Epidemiyoloji.....	21
2.4.3. Astım Risk Faktörleri.....	22
2.4.4. Astım Sınıflaması.....	23
2.5. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ)	24
2.5.1. KOAİ Tanımı	24
2.5.2. KOAİ Epidemiyoloji.....	26
2.5.3. KOAİ Risk Faktörleri.....	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM	30
3.1. Evren ve Örneklem.....	30
3.2 Veri Toplama Araçları.....	31
3.2.1. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (Patient Assessment Of Chronic Illness Care -PACİC).....	31
3.3 Verilerin Analizi.....	32
4. BULGULAR.....	34
5. TARTIŞMA	42
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	46
7.KAYNAKLAR	47
8.EKLER.....	60
9.ÖZGEÇMİŞ.....	65

IV. TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Diabetes Mellitusun Etyolojik Sınıflaması	14
Tablo 2. JNC VII Kılavuzuna Göre KB Sınıflaması	18
Tablo 3. ESH/ESC 2013 Kılavuzuna Göre KB Sınıflaması	18
Tablo 4. Sekonder Hipertansiyonun Sık Görülen Nedenleri.....	20
Tablo 5. Astım Prevalansı Dünya Haritası	22
Tablo 6. Astımın Gelişmesinde Rol Alan Faktörler	23
Tablo 7. Tedavi Almayan Olgularda Astım Ağırlığının Değerlendirilmesi	23
Tablo 8. Dünyada En Sık Görülen Ölüm Nedenleri	28
Tablo 9. Koah Risk Faktörleri.....	29
Tablo 10. Erkek Ve Kadın Hastaların Bazı Sosyodemografik Özellikleri, Hastalık Özellikleri İle Hastaların Aldığı Sağlık Hizmeti Özelliklerinin Karşılaştırılması	37
Tablo 11. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği'nin Madde Puan Ortalamaları..	38
Tablo 12. Ortalama PACIC Skorları İle Hastaların Sosyodemografik Özellikleri, Kronik Hastalıkları Ve Sağlık Hizmetinden Yararlanma Durumları Arasındaki İlişki...	40

V. ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1 Sigara Kullanma Durumlarına Göre Katılımcıların Dağılımı	34
Şekil 2 Eğitim Düzeylerine Göre Katılımcıların Dağılımı	35



VI. KISALTMALAR LİSTESİ

AAFP	: Amerikan Aile Hekimliği Akademisi
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ADA	: American Diabetes Association
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
ATS	: American Thoracic Society
ATT	: Alfa-1 Antitripsin
BOLD	: Burden of Obstructive Lung Disease
CCI	: Commission on Chronic Illness
CCM	: The Chronic Care Model
DALY	: Disability-Adjusted Life Years
DM	: Diabetes Mellitus
DKB	: Diastolik Kan Basıncı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ESH-ESC	: European Society of Hypertension – European Society of Cardiology
ERS	: European Respiratory Society
FEV1	: Zorlu Ekspiryumun Birinci Saniyesinde Verilen Hava Hacmi
FVC	: Zorlu Vital Kapasite
GDM	: Gestasyonel Diabetes mellitus
GOLD	: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
HIV	: Human Immunodeficiency Virus/ İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü
HPL	: Human Plazental Laktojen
HT	: Hipertansiyon
ICD	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
JNC	: Joint National Committee
KB	: Kan Basıncı
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MG/DL	: Miligram /Desilitre
MM/HG	: Milimetre/Civa

NHANES : National Health and Nutrition Examination Survey
OGTT : Oral Glukoz Tolerans Testi
PACİC : Patient Assessment Of Chronic Illness Care
PatenT : Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması
PEF : Zirve Akım Hızı
SKB : Sistolik Kan Basıncı
SPSS : Statistical Package for the Social Science
TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
TURDEP : Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik
Hastalıklar Prevalans Çalışması
TL : Türk Lirası
TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu
UHY-ME : Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkinlilik
WHO : World Health Organization
WONCA : Dünya Aile Hekimliği /Genel Pratisyenlik Topluluğı
YLD : Years of Healty Life Lost Due to Disability

VII. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince yetişmemde büyük emekleri geçen bilgi ve deneyimlerini bizimle paylaşan, her anlamda bize yol gösterip yanımızda olduğunu hissettiren, hocam ve anabilim dalı başkanımız Sayın Prof. Dr. Cahit ÖZER' e,

Uzmanlık eğitimim boyunca ilminden faydalandığım, insani ve ahlaki değerleri ile de örnek edindiğim samimiyetini ve güler yüzlülüğünü hiçbir zaman kaybetmeyen tezimin her aşamasında ilgi ve desteğini esirgemeyen değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Erhan YENGİL' e,

Asistanlığım boyunca tecrübelerini, bilgi ve deneyimlerini bizimle paylaşan; birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum anabilim dalımızın güler yüzlü hocası Sayın Yrd. Doç. Dr. Pınar DÖNER' e,

Birlikte çalıştığım, günden beri, dostluk ve desteklerini hissettiğim tez hazırlama sürecinde çok yardımcı olan, bilgisini benimle paylaşan değerli arkadaşım Dr. Kasım OSMANOĞLU' na

Birbirinden değerli bölüm arkadaşlarım Dr.Dilem YAMAN SÜRMEİ Dr. Mustafa EZER, Dr. Okan Yağız ÖZONUR Dr. Nuran ŞAHİN ve Dr. Elif TEZCAN'a

Son olarak, Bu günlere gelmemde maddi, manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, her zaman yanımda olan, sevgili aileme hayatıma katkılarından dolayı teşekkürlerimi sunarım.

VIII. ÖZET

HATAY İLİ BİRİNCİ BASAMAKTA SIK GÖRÜLEN KRONİK HASTALIKLARDA BAKIMIN HASTA PERSPEKTİFİNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: Birinci basamağa başvuran bireylerde kronik hastalık bakımının hasta perspektifinden değerlendirilmesi ve bakımı etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı tasarıma sahip bu çalışma, Hatay ili merkez ilçesi Antakya' da, 4 Aile Sağlığı Merkezi' nde yürütüldü. Nisan 2016 - Temmuz 2016 ayları arasında, seçilen ASM' lere başvuran 18 yaş ve üzeri, 6 ay ve daha uzun süredir ankette belirtilen kronik hastalığı olan bireyler çalışmaya dahil edildi. Kronik hastalığa sahip bireylere sosyodemografik özellikleri, hastalık özelliklerini ve hastaların aldığı sağlık hizmeti özelliklerini kapsayan, tarafımızdan hazırlanan 13 soruluk bir anket uygulandı. Ayrıca hastalara, aldıkları bakımı kendilerinin değerlendirmesine olanak veren Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu (Patient Assessment of Chronic Illness Care PACIC) anketi çalışma yürütücüsü tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Analiz için SPSS paket programı kullanıldı ve $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular: Anketi değerlendirmeye alınan 480 katılımcının 230 (% 47,9)' u kadın, 250 (% 52,1)' si erkek hastaydı. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $55,84 \pm 12,87$ idi. Çalışma kapsamındaki hastaların kronik hastalık bakım yönetimlerinden memnuniyet puan ortalaması toplam ölçek için $3,98 \pm 0,58$ olarak hesaplandı. Hastaların kronik hastalık bakımından memnuniyet puan ortalamaları, eğitilmiş olanlarda, hastalığına ilişkin bilgi alanlarda ve yıllık doktora başvuru sıklığı yılda dört veya daha az olan hastalarda anlamlı olarak daha yüksekti. ($p < 0.05$).

Sonuçlar: Bu çalışmaya katılan hastaların, PACIC ölçeğine yüksek puan vermesi, kronik bakım yönetimlerine ilişkin aldıkları hizmetten memnuniyetlerini “iyi düzeyde” değerlendirdiklerini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: PACIC Ölçeği, kronik bakım yönetimi, kronik hastalık

IX. ABSTRACT

EVALUATION OF CARE FROM PATIENTS' PERSPECTIVE IN FREQUENTLY SEEN CHRONIC ILLNESS IN HATAY PRIMARY HEALTH CARE

Aim: In this study, we aim to evaluate chronic illness care of individuals applying for primary health care from patient's perspective and determine factors effecting the care.

Methods: This cross sectional descriptive study was run in 4 Family Health Centers in Antakya, the central district of Hatay. 18 years old and older individuals who came to those Family Health Centers between the months of April 2016 and July 2016 and who have a chronic disease mentioned in the survey for at least 6 months were included in this study. A 13 question of survey prepared by us which includes questions about sociodemographic features of individuals, disease characteristics and properties of given patient health care were conducted. Additionally, Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) survey which lets patients to evaluate the given patient care by themselves were conducted by researchers with interview method. SPSS software was used for analysis and $p < 0.05$ was accepted significant.

Results: Among 480 participants who were evaluated, 230 (47.9 %) of them were men, 250 (52.1 %) of them were women. The mean age of them was 54.84 ± 12.87 . Average satisfaction scale point of participants for chronic illness care management methods was 3.98 ± 0.58 . Averages of chronic illness care management satisfaction scale scores of patients were significantly higher in patients who are educated, been informed about the disease and who visit doctor annually four times or less ($p < 0.05$).

Conclusion: As the participants give higher points of PACIC scale scores, it showed that they rate the given chronic illness care management service as "good".

Key words: PACIC scale, chronic care management, chronic disease

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik hastalıklar, uzun süre devam eden ve sıklıkla yavaş ilerleme gösteren, kendiliğinden gerilemesi ve tamamen iyileşmesi mümkün olmayan hastalığın derecesini azaltmak ve öz bakımında kişinin işlevini ve sorumluluğunu en üst düzeye çıkarmak için periyodik izlem ve destek gerektiren durumlar olarak tanımlanır (1,2,3).

Kronik hastalıklar uzun süreli sağlık sorunu olduğundan ve hastalar hayatları boyunca bu hastalıkla birlikte yaşamak zorunda kaldıklarından dolayı hasta ve ailesine bu konularda özel olarak destek olunmalı, eğitilmeli ve hastalıkla birlikte yaşamaları sağlanmalıdır (4).

Ülkemizde de dünyada olduğu gibi sağlık koşullarının gelişmesiyle nüfusun giderek yaşlanması, bulaşıcı hastalıkların azalması ve beklenen yaşam süresinin uzamasına paralel olarak, hastalık yükü giderek artmakta ve bu hastalıkların çoğunluğunu kronik hastalıklar oluşturmaktadır (4,5).

Kronik hastalıkların, gelecek yıllarda bugün olduğundan daha fazla önem kazanacağı beklenmekte olup sağlık hizmetlerinin planlanmasında bu durumun dikkate alınması gerekmektedir (4).

Bu araştırmanın amacı; sık görülen kronik hastalıklarda kronik hastalık bakımını hasta perspektifinden değerlendirmek ve bakımı etkileyen faktörleri belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Hastalıklar

2.1.1. Kronik Hastalıklar Tanımı

Kronik hastalıklar, uzun dönemli seyreden ve sıklıkla yavaş ilerleme gösteren, tıbbi girişimlerle tedavi edilemeyen, hastalığın derecesini azaltmak ve öz bakımında kişinin işlevini ve sorumluluğunu en üst düzeye çıkarmak için periyodik izlem ile destek bakım gerektiren durumlar olarak tanımlanır (1,2). Başka bir tanımlamada ise kronik hastalıklar; uzun süre devam eden, bulaşıcı olmayan, kendiliğinden gerilemesi ve tamamen iyileşmesi mümkün olmayan, işlev bozukluğu ile sakatlığa yol açabilen hastalıklar olarak açıklanmaktadır (3). Bilir' in çalışmasında açıkladığı gibi Kronik Hastalıklar Komisyonu (CCI; Commission on Chronic Illness) kronik hastalıkları şu şekilde açıklamıştır: “Genellikle tam iyileşmesi mümkün olmayan, sürekli, yavaş ilerleyen, çoğu kez kalıcı sakatlığa yol açan, oluşmasında sosyo-ekonomik, kişisel ve genetik etkenlerin rol oynadığı, çoğunlukla non-enfeksiyöz karakterde hastalıklardır” (4).

Kronik hastalıkların genel özellikleri:

- Genellikle orta yaşta görülür, ömür boyu devam eder ve sıklıkla kalıcı bir sakatlık bırakır,
- Hastalığın oluşmasında birden fazla faktör olup, kişinin bu etkenlerle karşılaşma süresi hastalığın ortaya çıkmasında önemli rol oynar,
- Dönemsel iyileşmeler olsa da tekrarlamalar hastalığı daha kötü duruma getirir,
- Etkenle karşılaşma ile hastalığın ortaya çıkması arasında geçen süre uzun olabilir,

- Kronik hastalıkla baş etme özellikle tıbbi sorun ile baş etmeyi gerektirir, tedavi rejimine bağlı kalmak ve ısrar hastalığın kontrol altına alınmasında önemlidir,
- Hastalık süresince farklı dönemler yaşanabildiği için her dönemin farklı fizyolojik, psikolojik, sosyal sorunları ve farklı çözüm yolları ortaya çıkar,
- Kronik hastalıklar bütün ailenin düzenini etkiler,
- Hastalığı olan birey ve aile baş etmede temel sorumluluğa sahip olup bu sorumluluk gün geçtikçe artarak ilerleme gösterir,
- Kronik hastalıklar ile baş etme, işbirliği gerektiren ve yaşayarak öğrenmeyi kapsayan bir süreçtir,
- Kronik hastalığı bulunan hastaların hastane ve toplum bakımına ihtiyaçları vardır,
- Kronik hastalığı bulunan bireylerin tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde ekonomik desteğe ihtiyaçları bulunmaktadır,
- Hastaların ara ara ve uzun süreli hastaneye yatışları ve hastane enfeksiyon riskleri nedeniyle aile ve ülke ekonomisine de önemli ağırlıkları olmaktadır (5,6,7).

Kronik hastalıklar ve komplikasyonları kişinin fonksiyonel kapasitesinin düşmesine, çalışma performansının azalmasına, yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmakla beraber ailenin yaşam tarzı ve ilişkilerini de olumsuz yönde etkiler. Bu yüzden kronik hastalıklarda mücadelede yalnızca hastayı değil hasta ile beraber çevresini de ele alacak şekilde kapsamlı yaklaşım gerekmektedir(8,9).

Hastalığa adaptasyon sürecinde ve hastalığın ortaya çıkardığı sonuçlarda; kronik hastalığın süresi, hastanın yaşı, cinsiyeti, mesleği, eğitim durumu, medeni durumu, fiziksel çevresi, sosyal hizmet olanakları, ekonomik durumu, alabileceği kurumsal veya resmi destek hizmetleri, sosyal destek sistemleri (aile, komşu, akraba gibi), önemli bileşenlerdir (5).

2.1.2. Kronik Hastalıklar Epidemiyolojisi

Türkiye’ de ve dünyada kronik hastalıkların yaygınlaşması dolayısıyla önemi giderek artmaktadır. Bu artışta bulaşıcı hastalıkların azalmasının yanı sıra tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, erken yaşta ölümlerin azalmaya başlaması, yaşam süresinin uzaması, yaşlı nüfusun giderek artması, hızlı kentleşme, çevre kirliliği gibi çeşitli etkenlerin etkisi vardır (4,5,10).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü için 2008-2013 Eylem Planı raporunu hazırlamıştır. Bu raporda bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolünü sağlamaya katkıda bulunmak için araştırmaların teşvik edilmesi, ulusal politikalar ve planların yapılması, kronik hastalıklar için değiştirilebilir ana risk faktörleri olan sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite, tütün ve alkol kullanımını azaltmaya yönelik müdahalelerin teşvik edilmesi amaçlanmıştır. DSÖ yayınladığı bu raporda; başta kalp damar hastalıkları, kanserler, diyabet ve kronik solunum yolu hastalıkları olmak üzere kronik hastalıkların insan sağlığını tehdit eden önde gelen önemli hastalıklar olduğuna vurgu yapmaktadır. Raporda geçen dört hastalık grubunun, dünya nüfusunun her yıl tahmini olarak ortalama 35 milyon kişinin ölümüne (küresel tüm ölümlerin % 60’ ına) neden olduğu ve bunların yaklaşık % 80 ’ inin düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana geldiğini vurgulanmaktadır. Aynı zamanda önümüzdeki 10 yıl içerisinde bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle toplam ölüm sayısının, dünya çapında % 17 oranında artacağını tahmin edildiğini açıklanmıştır (11). Bu hastalıklar arasında dünyadaki ölümlerin birincil nedeni olarak kardiyovasküler hastalıklar gösterilmektedir. 2004 yılında kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle yaklaşık 17,1 milyon insan hayatını kaybetmiştir; bu oran tüm ölümlerin % 29’unu oluşturmaktadır (12,13). Bu hastalıklara ek olarak yaklaşık 300 milyon kişinin astım, 210 milyon kişinin KOAH hastası olduğu bildirilmektedir (12,14) Dünya Sağlık Örgütü’ nün verilerine göre; dünyada yaklaşık diyabet hasta sayısı 180 milyondan daha fazla kişidir. Mevcut rakamın 2030 yılında iki katından daha fazla olacağı öngörülmektedir (12,15).

Ülkemizin nüfus yapısı genç nüfus ağırlıklı olup, gelişmekte olan ülkelerle benzerlik göstermektedir. Son yıllarda ülkemizde ana- çocuk sağlığı, aşılama ve

bulaşıcı hastalıklar alanında önemli başarılar elde edilmesine rağmen, ölüm sebepleri bakımından gelişmiş toplumlardakine benzer oranda kronik hastalıklar görülmektedir (16).

Türkiye’ deki mevcut kronik hastalık dağılımlarına bakacak olursak ölüme neden olan ilk 10 hastalık içerisinde 7 tanesini kronik hastalıklar oluşturmaktadır. 2004 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan Hastalık Yüğü Çalışması’ nda ise; ulusal düzeyde temel hastalık gruplarının yüzdeler oranlarına göre ilk üç sırada sırasıyla; % 47,73 kardiyovasküler hastalıklar (serebrovasküler hastalıklar dahil), % 13,07 kanserler, % 8,84 HIV\AIDS hariç diğer enfeksiyon hastalıkları yer almaktadır. Solunum sistemi hastalıkları ise % 7,95 oran ile dördüncü sırada iken, diyabet % 2,22 oran ile sekizinci sırada yer almaktadır (17).

Kronik hastalıkların, gelecek yıllarda bugün olduğundan daha fazla önem kazanacağı beklenmekte olup sağlık hizmetlerinin planlanmasında bu durumun dikkate alınması gerekmektedir, Kronik hastalıkların kontrolü çalışmalarının yanı sıra, yaşlıların ve kronik hastalığı nedeniyle fonksiyonel kayıpları olan bireylerin bakımının sağlanması amacı ile de düzenlemelere ihtiyaç duyulmaktadır (4).

2.1.3. Kronik Hastalık Yönetimi

Günümüzde kronik hastalıkların giderek yaygın hale gelmesi, kronik hastalık kontrolü ve toplum temelli hastalık yönetimi programlarının önemini ortaya çıkarmaktadır (18,19).

Kronik hastalıkların yönetimi, hastada öz-yönetim becerisi gelişmesi için çeşitli eğitim öğretim yöntemleriyle güçlendirilmesi gibi hastalığın tedavisinden daha fazlasını oluşturur (20,21). Güçlü ve başarılı bir hastalık yönetimiyle hastalık belirtilerinin, acil birimlere başvuruların ve hastaneye yatışların azaltılması, hastalığın fizyolojik ve psikolojik etkilerinin sınırlandırılması, bağımlılığın önlenmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi sağlanabilmektedir (21,22).

Kronik hastalık yönetimi, özellikle bakımın koordinasyonu ve sürekliliğini sağlamada, ekip çalışmasının desteklenmesinde, kronik hastalık bakımının kalitesinin geliştirilmesinde, beklenen hasta sonuçlarını iyileştirmede ve bakımın maliyetlerini azaltmada önemli ve pratik bir yöntemdir (23,24,25).

Kronik hastalıklar uzun süreli sağlık sorunu olduğundan ve hastalar hayatları boyunca bu hastalıkla birlikte yaşamak durumunda olduklarından dolayı hasta ve ailesine bu konularda özel olarak destek olunmalı, eğitim verilmeli ve hastalıkla birlikte yaşamaları sağlanmalıdır (4). Birinci basamak, sağlık sisteminde hastalarla ilk temas noktası olması ve verilen sağlık hizmetinin süreklilik arz etmesi nedeniyle kronik hastalıkların yönetiminde önemli bir yer tutmaktadır(26).

Kronik hastalık yönetimini konu alan çeşitli çalışmalarda, tedaviye karar verilirken hastaların % 91' inin katılımının olmadığı, hekimlerin iş yükü fazlalığı nedeniyle hastalara yeterince vakit ayıramadıkları bildirilmektedir (27,28). Yeterince katılımı sağlanamayan ve bilgilendirilmeyen hastaların davranış değiştirmede daha az uyum ve daha olumsuz sağlık bakım sonuçları gösterdikleri bildirilmektedir (29).

Bununla birlikte kronik hastalık yönetiminin başarısını etkileyen nedenler arasında, kronik hastalık yönetiminde rol alan sağlık profesyonellerinin sayılarının yetersizliği, bakım koordinasyonundaki azlıklar, klinik karar destek ve bilgi sistemlerinin eksikliğinin yanı sıra, sağlık profesyonellerinin eğitiminde kronik hastalıkların öz-yönetimi yerine geleneksel tedavi ve bakım anlayışının yer alması gösterilmektedir (30,31).

2.1.3.1. Kronik Bakım Modeli

“Kronik Hastalık Bakım Modeli” MacColl enstitüsünde çalışan Ed Wagner ve arkadaşlarının 1990' larda geliştirdiği Kronik hastalık yönetimi için çeşitli modeller ileri sürülmesine rağmen en çok kullanılan, en iyi bilinen ve en etkili olanıdır (20). Wagner ve arkadaşları tarafından geliştirilen modelin kilit noktası, donanımlı sağlık bakım ekibi ile aktif hasta arasında verimli bir etkileşim meydana getirmesidir (32-36).

Kronik bakım modeli ile yapılan çalışmalar geniş bir yelpazede yer almaktadır. Kronik bakım modeli; fiziksel immobilité, sağlıksız beslenme, sigara içiciliği gibi önemli sağlık sorunlarına neden olabilen davranışları önleme ve kronik hastalıklardan korunmada kullanılmıştır ve güzel sonuçlar elde edilmiştir (37).

Kronik bakım modeli ile birinci basamak bakımı ön plana çıkarılarak hastaların aktif katılımları ve bilgilendirilmeleri sağlanır, öz yönetim için hastalara destek verilir. Bununla beraber hastalara en uygun tedavi ve izlem planı oluşturulur. Bu sayede hastaların bakım sonuçlarında ve kalitesinde düzelme, hastanın memnuniyetinde artma ve bakımına aktif olarak katılımı sağlanır. Kronik bakım modeli kullanılarak etkili bir hastalık ve davranış yönetimi için sağlık profesyonellerinin yeterli tecrübe ve deneyime sahip olmaları, mevcut kaynakları etkin şekilde kullanabilmeleri gerekmektedir (25,31).

Kronik bakım modeli diyabet, astım, kalp hastalıkları, depresyon, artrit ve konjestif kalp yetmezliği gibi hastalıklarda kullanılarak maliyet-etkin sonuçlar elde edilmiş ayrıca model sayesinde hastaneye yatışların azaldığı, yaşam kalitesini ve hasta memnuniyetini arttırdığı görülmüştür (25,31,38). Kronik bakım modeli ile; bilgi, beceri ve güven ile donatılmış “hasta” ile yeterli donanım ve deneyime sahip, organize olan “uygulama ekibi” mevcut kaynakları kullanarak kronik hastalık bakımını hasta merkezli olarak etkili bir şekilde yönetebilecektir (34,36).

Kronik bakım modelinin bileşenleri genel olarak altı temel öğeyi kapsamakta olup bunlar; toplum kaynakları ve politikaları, öz-yönetim desteği, karar verme desteği, sağlık bakım organizasyonu, sağlık bilgi sistemi, sağlık hizmetleri sunum planıdır (20,35,39).

2.1.3.1.a. Toplum Kaynakları ve Politikalar

Toplum kaynakları ve sağlık sistemi ile ilgili politikaların hastaların ihtiyaçlarına göre düzenlenmesini ve harekete geçirilmesini ifade eder (33). Aile hekiminin kliniği ile toplum kaynakları arasındaki iletişim, kronik hastaların yönetiminde önemli olup aile hekimi sağlığın iyileştirilmesini hedefleyen sağlık

politikalarının geliştirilmesinde katkı sağlamalı ve hastalarının sosyal sağlık eğitim programlarına katılımını teşvik etmelidir (39).

2.1.3.1.b Öz-Yönetim Desteği

Hasta sağlığının takibinde en büyük rol kendisine verilmeli ve sağlığının sorumluluğunu üstlenmesi sağlanmalıdır. Toplum kaynakları ve sağlık biriminin imkânları ile kronik hastalıkla birlikte yaşam stratejileri sunan etkinliği kanıtlanmış programlara destek olunmalıdır. Sağlık profesyonelleri ve hastalar birlikte problemleri tespit eder, hedefler koyar, tedavi planlarını düzenler ve ortaya çıkan problemleri beraber çözmeye çalışırlar (39,40). Hastalara yıllarca kronik hastalıkları ile yaşadıkları için hastalıkları ile nasıl baş edecekleri öğretilmelidir. Bu doğrultuda hastaya kendi bakımının yöneticisi olarak düzenli bilgi verilerek ve psikososyal yönden desteklenip bakımlarına aktif katılımları sağlanmaya çalışılır. Öz-yönetim desteği ile hastalar diyet, egzersiz, ilaç kullanımı, kan basıncı veya kan şekeri gibi ölçümlerini kendileri yapabilir duruma gelirler (41,42).

2.1.3.1.c. Karar Verme Desteği

Hastalara klinik bakım sunumu bilimsel kanıtlarla uyumlu olmalı, hekim ihtiyacı olan bilimsel kılavuzlara ve datalara rahatlıkla ulaşabilmeli, hasta hastalığı konusunda aydınlatılmalı, tedavi süreci boyunca hastanın görüşleri alınmalı ve tedaviye aktif katılımı sağlanmalıdır (39,41,43).

2.1.3.1.d. Sağlık Hizmetleri Sunum Planı

Sağlık hizmetleri sunumu; etkili, verimli bir klinik bakım ve öz bakım desteği sunulmasını garanti altına alacak biçimde yapılandırılmalıdır. Bu amaçla bireyin hastalandığında yanıt veren sistemden; bireyi olabildiğince sağlıklı tutmaya çalışan koruyucu bir sisteme geçilmelidir. Etkili bir sağlık hizmetleri sunumu için sağlık profesyonellerinin görev ve rolleri net olarak belirlenmeli, iş bölümü yapılmalı,

yeterli deneyim ve eğitime sahip olmalı, diğer ekip üyeleriyle işbirliği ve olumlu bir iletişim içinde olmalı, akut ve kronik bakım birbirinden ayrılmalıdır (39,40,42).

2.1.3.1.e. Sağlık Bilgi Sistemleri

Etkili ve verimli bir sağlık hizmeti sunulabilmesi için bakmakla yükümlü olunan nüfusun popülasyonu hakkında zamanında ve yararlı veriyi sağlayan, sağlık bilgi sistemi oluşturulmalıdır. Bu sistemler sayesinde her bir hastanın kolayca laboratuvar sonuçlarına, kilosuna, kan basıncı değerlerine, koruyucu ölçümlerine, öz-yönetim hedeflerine ulaşılabilecektir. Bu sistem bireysel hasta bakımı ve toplum temelli bakım planlanmasında önemli bir rol oynayacaktır (39,44).

2.1.3.1.f. Sağlık Bakım Organizasyonu

Kronik hastalıkların tanı, tedavi ve izlem sonuçlarını geliştirmek için sağlık sistemi personelleri değişime ve gelişime hazır ve istekli olmalıdır. Sağlık sistemi yöneticileri, hizmet sunumunun geliştirilmesi için çaba sarf etmeli, net politika ve hedefler belirlemelidir (39).

Sağlık Bakım Organizasyonu, bakım için gerekli olan altyapının oluşturulmasını, toplum kaynaklarının maliyet-etkin bir şekilde kullanılmasını, kalite geliştirme çalışmalarını, kurumlar arasında düzenli iletişim sağlanmasını, hizmete uygun politika geliştirilmesini, öz-yönetim programlarının iyileştirilmesini sağlayan kurumların desteklenmesini, etkili yeni stratejilerin ve hedeflerin geliştirilmesini kapsamaktadır (45).

Birinci basamakta görev yapan bir aile hekiminin kronik hastalığı bulunan hastalarına daha iyi bir sağlık hizmeti verebilmesi ve hasta memnuniyetini arttırmak için kronik hastalık bakım modeli faydalı bir modeldir. Modelin hayata geçirilebilmesi için yeniliği destekleyen liderlik, yeterli finansal destek, sistemli organizasyon çevresi, toplum sağlığından sorumlu kurum ve kuruluşlar arasında işbirliği ve iyi bir iletişim olması gereklidir. (12,39).

Kronik bakım modelinde asıl hedef; bilgili, istekli, motive edilmiş hasta ile hastalık konusunda gerekli olan donanımına deneyime sahip olan bakım ekibi arasında eldeki kaynakları iyi kullanarak iyi bir iletişim ve etkileşim sağlayarak bakım kalitesi ile hasta memnuniyetinin artmasını sağlamaktır (12,39).

2.1.3.2 Aile Hekimliğinde Kronik Hastalık Yönetimi ve Hasta Memnuniyetine Etkileri

Birinci basamak sağlık hizmetleri kronik hastalıkların morbiditesi ve mortalitesindeki artış düşünüldüğünde, kronik hastalık yönetiminde önemli bir yere sahiptir (46). Sağlık hizmetleri sunumu; hipertansiyon, diabetes mellitus, kronik obstruktif akciğer hastalığı, astım gibi ülkemizde oldukça sık görülen kronik hastalıklarda, erken tanı ve tedavi, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin arttırılmasına yönelik atılması gereken adımları içerir (47,48).

Kronik hastalık yönetiminde hedeflerden birisi de hastalığın tedavisi ile beraber hastanın öz-yönetim becerisi kazanması için çeşitli eğitim öğretim yöntemlerinin geliştirilmesidir.(20). Dünya sağlık örgütü, kronik hastalığa sahip olan bireylerin hastalıklarına karşı güçlendirilmesini vurgulamaktadır. Bu sayede bireylerin hastalıklarıyla baş edebilmeleri, kendilerine özgü kararlar verebilmeleri ve yaşam kalitelerinin artırılması planlanmaktadır (49).

Birinci basamak, sağlık sisteminde hastalarla ilk temas noktası olması ve verilen sağlık hizmetinin devamlılık arz etmesi nedeniyle merkezi bir öneme sahiptir. Aile hekimleri, hastanın bakımının koordinasyonundan da sorumlu olup hastaların sadece patolojik sıkıntılarıyla değil, hastalığın getirdiği psikolojik ve sosyokültürel sıkıntılara da eğilerek hastanın hastalıkları karşısında güçlendirilmesini hedefler. Bireyin hem akut hem de kronik sorunlarını aynı anda belirleyip, ulaşılabilir hedefler konulmasını sağlar ve tedavi planını düzenler (26,39,50).

WONCA Europe tarafından tanımlanan aile hekimliğinin çekirdek yeterlilikleri; 'birinci basamak yönetimi', 'kapsamlı yaklaşım', 'kişi merkezli yaklaşım', 'toplum yönelimi', 'bütüncül yaklaşım' ve 'özgün sorun çözme becerileri'

adı altında 6 ana başlıktan oluşmaktadır ve kronik hastalık yönetiminde kapsamlı yaklaşım aile hekimleri için önemli bir yer tutmaktadır (51).

Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri bireyin yaşadığı ortamı, örneğin hava kirliliğinin kişinin sağlığına ve kronik hastalıkların seyrine etkisine kadar her türlü faktörü değerlendirecek kadar kapsamlı bir yaklaşımı benimser (52).

2.1.3.2.1.Kronik Hastalık Yönetimi ve Kapsamlı Yaklaşım

Amerikan Aile Hekimliği Akademisi (AAFP) kapsamlı bakımı "Sürekli kapsamlı bakım hizmet uygulaması, bir hastanın birden fazla fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarını aile, yaşam olayları ve çevre ilişkisi içinde belli bir sürede eşzamanlı olarak önleme ve yönetmedir." şeklinde tanımlamaktadır (53).

DSÖ' ye göre dünyada sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak akut bakım hizmetleri sunmak üzere yapılandırılmış olup yetersiz kalmaktadır. DSÖ koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin önemini vurgulamakta verilen sağlık hizmeti, bakım ve tedavinin bütüncül ve kapsamlı bir yaklaşımla sunulması gerektiğini açıklamaktadır (8).

Aile sağlığı merkezlerine başvuran hastaların genellikle birden fazla yakınma şikayeti vardır. Kapsamlı yaklaşım, aile hekimlerine bireydeki çok sayıda yakınma ve patolojiyi, hem akut hem kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetme imkanı, sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme stratejilerini uygun bir şekilde kullanarak sağlık ve iyilik durumunu geliştirme imkanı sağlar (54).

2.2. Diabetes Mellitus

2.2.1 Diabetes Mellitus Tanımı

Diabetes Mellitus (DM), insülin salınımında, insülin etkisinde veya her ikisinde bozukluk sonucu ortaya çıkan hiperglisemi ile seyreden, yaşam boyu süren,

sürekli takip ve tedavi gerektiren, akut ve kronik komplikasyonları nedeniyle hastanın yaşam kalitesini bozan, morbiditesi, mortalitesi yüksek kronik metabolik bir hastalıktır (55,56,57).

DM' nin seyri sırasında nöropatik, mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlar görülebilmekte bu komplikasyonlar sonucunda çeşitli organlarda fonksiyon bozukluğu, yetmezlik ve hasar oluşabilmektedir (56,57). Diyabetin akut, yaşamı tehdit edici etkileri arasında ketoasidoz veya nonketotik hiperosmolarite görülürken, uzun dönem komplikasyonları sonucunda retinopati, nefropati, periferik veya otonom nöropati görülebilir. Ayrıca diyabet, hastalar ve yakınları üzerinde belirgin psikososyal disfonksiyona neden olabilmektedir. (58).

DM tanısı aşağıdaki 4 kriterden birisi ile koyulabilir:

1. En az 8 saat açlığı takiben plazma glukozunun iki kez ≥ 126 mg/dl olması,
2. DM semptomları (poliüri, polidipsi, kilo kaybı) ve bununla beraber herhangi bir saatte bakılan plazma glukozunun ≥ 200 mg/dl bulunması,
3. 75 gram glukoz ile yapılan OGTT' nin ikinci saat plazma glukoz değerinin ≥ 200 mg/dl bulunması,
4. HbA1C \geq % 6.5 olması (59).

2.2.2. Diabetes Mellitus Epidemiyolojisi

DSÖ verilerine göre 2010 yılında tüm dünyada erişkin (20-79 yaş) nüfusta diyabet prevalansı % 6,6 olup 2030 yılında % 18 artış ile bu değer % 7,8 olacağı bildirilmektedir. Buna göre 2010 yılı standardize diyabet prevalansı % 6,4 iken 2030 yılında yaklaşık olarak % 20 artış ile % 7,7' ye yükseleceği öngörülmektedir (60). Dünyada her 10 saniyede bir 3 yeni diyabet vakası tanı almaktadır (61).

DSÖ verilerine göre, 2010 yılı itibarı ile Avrupa' ya bakacak olursak erişkin (20-79 yaş) nüfusunda diyabet prevalansı % 8,5 olup; bu durumun 2030 yılında yaklaşık olarak % 18 artış ile % 10 olacağı bildirilmektedir. 2010 yılı standardize diyabet prevalansı % 6,9 iken 2030 yılında % 17 civarında bir artış ile % 8,1 'e ulaşması öngörülmektedir (60).

Ülkemizde 1997-1998 yıllarında 270 köy ve 270 mahalle merkezinde yapılan ve rastgele seçilmiş 20 yaş üstü 24.788 kişiyi kapsayan TURDEP I' in sonuçlarına göre tip 2 diyabet prevalansı % 7,2 olarak tespit edilmiştir. Bu veriler ışığında Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından 2007 yılı nüfus rakamlarına göre ülkemizde 2,85 milyonun üzerinde tip 2 diyabetli hastanın yaşadığı bildirilmektedir. Çalışmada diyabet riskinin yaşlanma, hipertansiyon, obezite, ailede diyabet varlığı, eğitimsizlik, gelir düzeyi ile ilişkili olduğu saptanmış olup bununla beraber diyabetin kadınlarda erkeklere göre daha fazla görüldüğü ayrıca kentsel bölgelerde yaşayanlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir (60). Ocak 2010 - Haziran 2010 tarihleri arasında gerçekleştirilen 15 ilden 540 merkezde yapılan 20 yaş ve üzerinde 26.499 kişi katıldığı TURDEP-II çalışmasında Türk erişkin toplumunda diyabet sıklığının % 13,7' ye ulaştığı görülmüştür. TURDEP-II çalışmasına göre diyabet sıklığı kadınlarda erkeklere göre hafifçe daha yüksek bulunmuş ancak çok anlamlı bir fark olmadığı yine kentsel ve kırsal diyabet sıklığı arasında çok anlamlı bir fark kalmadığı bildirilmiştir (60).

Ülkemizde Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasının 2009' da yayınlanan verilerine göre, 35 yaş üzeri erişkinlerde diyabet prevalansı % 11,3 olarak bildirilmiş ve bunun 3,3 milyon kişiye karşılık geldiği tespit edilmiş olup kadın erkek arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Diyabet sıklığının özellikle % 22 ile 65-74 yaş grubunda toplandığı görülmüştür. Bölgesel olarak incelendiğinde diyabetin % 6,1 ile Doğu Anadolu'da ve % 6,6 ile Marmara'da en düşük, % 10 ile Karadeniz'de ve % 17 ile Güneydoğu' da en yüksek oranlarda görüldüğü bildirilmiştir. Ayrıca yayınlanan verilerde ülkemizde diyabetin artış hızı % 6,7 olup bu, diyabetli nüfusun yaklaşık 10 yıl sonra iki kat artacağını öngörülmektedir (60).

2.2.3. Diabetes Mellitus Sınıflandırılması

Amerikan Diyabet Derneği (American Diabetes Association ADA) 2003 yılında DM ile ilgili bir etiyolojik sınıflama oluşturmuş DM başlıca 4 grupta toplanmıştır (59) (Tablo 1).

Tablo 1. Diabetes Mellitusun Etyolojik Sınıflaması

Tip 1 DM	A:İmmün aracılıklı B:İdiyopatik
II. Tip 2 DM	İnsülin direnci zemininde ilerleyici insülin sekresyon defekti ile karakterize
III.Gestasyonel Diyabetes Mellitus (GDM)	(Gebelik sırasında ortaya çıkan ve genellikle doğumla birlikte düzelen diyabet)
IV. Diğer spesifik tipler	<ul style="list-style-type: none">• Beta hücre fonksiyonlarındaki genetik defekt• İnsülin etkisinde görülen genetik defekt• Pankreasın ekzokrin doku hastalıkları• Endokrinopatiler• İlaç veya kimyasal ajanlar• İmmün aracılıklı nadir diyabet formları• Enfeksiyonlar

2.2.3.1 Tip 1 Diabetes Mellitus

Her yaş grubunda görülmekle beraber küçük çocuklarda ve genç adolesanlarda görülen tip 1 diyabet tüm diyabetiklerin yaklaşık % 5-10' unu oluşturur. Tip 1 DM, pankreas beta hücresinin selektif ve ilerleyici β hücre harabiyetiyle karakterize, genellikle otoimmün kaynaklı olup tedavide ömür boyu insülin kullanımı gerekir. Tip 1 DM' un etiyolojisinde sorumlu olarak genetik ve çevresel faktörler gösterilmektedir (62,63).

2.2.3.2 Tip 2 Diabetes Mellitus

Tüm diyabetlilerin yaklaşık % 90' ı bu grupta yer alıp özellikle ileri yaşlarda ortaya çıkan yaş, obezite, fiziksel inaktivite sonucu görülme riski artan bir hastalıktır (63). Tip 2 diyabet patogenezinde çevresel ve genetik birçok faktörün etkisiyle beta hücre fonksiyon bozukluğu sonucu insülin sekresyonunun bozulması, ve hedef dokularda insülinin etkilerine karşı direnç gelişmesi rol oynamaktadır (59,63).

2.2.3.3 Gestasyonel Diabetes Mellitus

İlk kez gebelikte tanısı konulan ya da gebelik sırasında ortaya çıkan DM türü olarak bilinir. Tüm gebeliklerin yaklaşık % 5-6' sında ortaya çıkar. Özellikle gebeliğin ilerleyen dönemlerinde fetusun artan besin ihtiyacını karşılamak için kan glikoz değerleri yüksek tutulmaya çalışılır. Bu durum başta HPL (human plasental laktojen) olmak üzere büyüme hormonu, östrojen, progesteron, kortizol ve prolaktin hormonlarının insülin karşıtı etki göstererek diyabetojenik bir ortam oluşturmaları ile sağlanır. Gerek bu hormonların etkisiyle hedef dokularda meydana gelen insülin direnci gerekse maternal pankreatik beta hücrelerinin artan insülin cevabını karşılayamaması sonucu gestasyonel diyabet gelişir (63,64).

2.3. Hipertansiyon

2.3.1. Hipertansiyon Tanımı

Hipertansiyon kavramı sistemik arterlerdeki kan basıncı yüksekliği ile ilişkili olup, bu basıncın oluşmasındaki en önemli etkenler kalp tarafından pompalanan kan miktarı ve damar duvarlarının bu akıma karşı oluşturduğu dirençtir (65,66).

Hipertansiyon, inme, koroner kalp hastalığı gibi major komplikasyonlara yol açan kan basıncı yüksekliği olarak da açıklanabilir. Kardiyovasküler olaylara bağlı mortalite oranları, kan basıncının 115/75 mmHg düzeyinden başlamak üzere her 20 mmHg sistolik ve her 10 mmHg diyastolik basınç artışları ile iki kat artmaktadır (67).

Kalbin kasılması ile birlikte arterlerde meydana gelen basınca; sistolik kan basıncı (SKB) denir ve kalbin gevşemesi ile arterlerde meydana gelen basınç ise diyastolik kan basıncı (DKB) olarak tariflenir. Kan basıncı sınıflandırmaları yüksek riskli bireyleri belirlemek, izlemek ve tedavi hedeflerini saptamak amacıyla yapılan çalışmalar ışığında yapılmaktadır. Her ne kadar hipertansiyon bireye özgü olup yaş, ırk, cinsiyet durumuna göre değişiklik gösterse de bugün hipertansiyon ile ilgili yayınlanan kılavuzlarda genel olarak, sistolik kan basıncının 140 mm Hg ve/veya

diyastolik kan basıncının 90 mm Hg ve üzerinde olması olarak hipertansiyon tanımlanmaktadır (65,68).

2.3.2. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi

2008 yılında Dünya Sağlık Örgütü' ne üye ülkelerde 25 yaş ve üzeri erişkinlerde yaşa standardize hipertansiyon prevalans hızı (SKB \geq 140 ve/veya DKB \geq 90 mm/Hg olan veya antihipertansif kullanımı) % 35.2-45.8 arasında değişmekte olup dünya genelinde ortalama olarak % 38.4 olduğu yine ülkelerin gelir durumlarına göre hipertansiyon prevalans hızı ise % 34.8-41.5 arasında gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık % 40 civarında iken gelişmiş ülkelerde % 35 olarak bildirilmektedir. DSÖ raporlarına göre dünyada 1980' lerden 2008 yılına kadar geçen süre zarfında yaşa standardize edilmiş hipertansiyon prevalans hızının düştüğünü ancak nüfus artışı ve yaşlanma ile kontrol altında olmayan hipertansif kişi sayısının 600 milyondan 1 milyara yükseldiğini bildirmektedir. DSÖ' ne göre son 30 yıl içinde SKB ortalaması Amerika' da (erkeklerde 131 mm/Hg' dan 123 mm/Hg' ya, kadınlarda 125 mm/Hg' dan 118 mm/Hg' ya) düşmesine rağmen, çoğu Afrika ve bazı Avrupa ülkelerinde ya aynı kalmaktadır ya da yükselmektedir (69). Amerika' da 2009-2010 yıllarında yapılan National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) taraması verilerine göre ise 20 yaş ve üzeri erişkinlerde hipertansiyon prevalans hızı % 29.5 olup (erkeklerde % 30.5, kadınlarda % 28.5) prevalans hızı yaşla beraber iki cinsiyette de artış göstermektedir. Hipertansiyon sıklığındaki bu artış, toplumun giderek yaşlanmasının ve şişmanlamasının bir sonucu olarak değerlendirilmektedir. (70,71).

Ülkemizde 1990 yılında yapılan "Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı" (TEKHARF) çalışmasına göre 30 yaş ve üzeri SKB 140 mm/Hg ve/veya DKB 90 mm/Hg' nin üzerinde bulunan erişkinlerin sıklığı % 33.7 (erkeklerde % 28.4, kadınlarda % 38.0) olup kırsal kesimde yaşayanlarda bu oran kentsel kesime göre biraz daha yüksek bulunmuştur (72). TEKHF çalışmasının 2007/8 Kohort' unda ise Türkiye'de hipertansiyon prevalansı erkeklerde % 37,7 kadınlarda % 46,3 bulunmuştur (73).

Ülkemizde 2003 yılında yapılan “Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması” (Patent)’ na göre ise 18 yaş ve üzeri erişkinlerde hipertansiyon prevalans hızı % 31.8 (erkeklerde% 27.5, kadınlarda % 36.1) olup kadınlarda erkeklerden yüksek olarak bildirilmektedir. Kırsal ve kentsel kesimde yaşayanlar arasında hipertansiyon prevalans hızları arasında fark olmamakla beraber hem kırsal hem de kentsel kesimde prevalans hızı kadınlarda yüksek saptanmıştır (74).

Ülkemizde DSÖ 2008 yılı verilerine göre 25 yaş ve üzeri erişkinlerde yaşa standardize hipertansiyon prevalans hızı % 36.1 (erkeklerde % 36.2, kadınlarda % 35.8) olarak bildirilmektedir (75).

Ülkemizde 2010 yılında ikincisi yapılan “Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II Çalışması) sonuçlarına göre 20 yaş ve üzeri erişkinlerde hipertansiyon prevalans hızı % 31.3 (erkeklerde % 30.9, kadınlarda % 32.3) olup kentsel kesimde % 30.6, kırsal kesimde % 32.2 olarak bildirilmektedir (76).

2.3.3. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Hipertansiyon tüm dünyada en sık mortalite ve morbiditeye neden olan halk sağlığı problemleri arasındadır. Hipertansiyonun sınıflamasının amacı her hastanın durumuna uygun kolay ve güvenilir bir yöntem sunarak hastalığın ciddiyeti hakkında değerlendirme yapılabilir ve risk tanımlanarak hipertansiyonun yol açtığı hedef organ hasarlarına bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır. Bu nedenle çeşitli ülkelerde hipertansiyon ile ilgili kılavuzlar hazırlanmıştır. Bunlar arasında en çok bilinen ve kullanılanları Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) tarafından yayınlanan ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu ve Amerikan Ulusal Birleşik Komitesi [American Joint National Comitte (JNC)] tarafından yayınlanmış olan hipertansiyon kılavuzudur (77,78).

2.3.3.1.Kan Basıncı Değerine Göre Sınıflandırılma

Her ne kadar hipertansiyon bireye özgü olsa da, pratik ve tanısal anlamda yaklaşımı basitleştirmek ve tedavi kararını kolaylaştırmak için sistolik ve diastolik kan basıncı düzeylerine göre sınıflandırılmış ve derecesine göre tedavi düzenlemesi yapılmıştır. Bu yapılan sınıflama ve derecelendirme düzeyleri randomize kontrollü çalışmalar sonucunda ulaşılan mortalite ve morbidite riskini yükselten, hedef organ hasarı oluşturma riskini arttıran ve tedaviden fayda görülen düzeylerdir (65,68).

Sırasıyla tablo 2 ve 3' te Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Birleşik Ulusal Kurul (JNC VII) raporundaki yayınlanan ve Avrupa Hipertansiyon derneği/Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin (ESH/ESC) 2013 arteriyel hipertansiyon tedavisi kılavuzunda yayınlanan hipertansiyon sınıflaması gösterilmiştir (68,79).

Tablo 2. JNC VII Kılavuzuna Göre KB Sınıflaması

Kategori	Sistolik(mmHg)		Diyastolik(mmHg)
Normal	<120	ve	<80
Pre HT	120-130	Veya	80-89
Evre 1 HT	140-159	Veya	90-99
Evre 2 HT	≥160	veya	≥100

Tablo 3. ESH/ESC 2013 Kılavuzuna Göre KB Sınıflaması

Kategori	Sistolik(mmHg)		Diyastolik(mmHg)
Optimal	<120	ve	<80
Normal	120-129	Ve/veya	80-84
Yüksek Normal	130-139	Ve/veya	85-89
Evre 1 HT	140-159	Ve/veya	90-99
Evre 2 HT	160-179	Ve/veya	100-109
Evre 3 HT	>180	Ve/veya	>110
İzole Sistolik HT	>140	Ve	<90

2.3.3.2.Etiyolojisine Göre Hipertansiyon Sınıflaması

Etiyolojilerine göre hipertansiyon, başlıca primer (esansiyel) ve sekonder hipertansiyon olarak iki grupta ele incelenir.

2.3.3.2.1. Primer (esansiyel, idiyopatik) Hipertansiyon

Hipertansiyonlu hastaların yaklaşık % 90-95' i bu grupta yer alır. Primer hipertansiyon belirlenebilen organik bir sebep olmaksızın kan basıncının yükselmesi şeklinde tanımlanır ve sebebi kesin olarak belirlenememiştir (80).

Esansiyel hipertansiyon gelişiminde genetik ve çevresel etkenler rol oynamaktadır. Esansiyel hipertansiyon gelişiminde çevresel etkenler yeterli düzeyde ortaya konabilse de genetik faktörler hakkında hala kısıtlı veriler bulunmaktadır. Çevresel faktörler arasında tuz tüketimi, alkol ve obezite önemli yer tutmaktadır (81).

2.3.3.2.2. Sekonder Hipertansiyon

Tüm hipertansif hastaların % 5-10' unu oluşturan bu grupta ortaya çıkan hipertansiyonun belirlenebilir bir nedeni vardır. Sekonder hipertansiyonun en yaygın nedenleri arasında böbrek ve endokrin sistem hastalıkları rol oynamaktadır. Tablo 4' te sekonder hipertansiyonun sık görülen nedenleri yer almaktadır (82).

Tablo 4. Sekonder Hipertansiyonun Sık Görülen Nedenleri

<p>Renal hastalıklar</p> <p><i>Parankimal</i></p> <p>Akut / Kronik glomerulonefrit</p> <p>Piyelonefrit</p> <p>Diyabetik nefropati</p> <p>Obstrüktif üropati</p> <p>Travma</p> <p>Tümör</p> <p><i>Renovasküler</i></p> <p>Renal arter stenozu</p> <p>Renal arter anevrizması</p> <p>Renal arter trombozu / embolisi</p> <p><i>Elektrolit bozukluğu</i></p> <p>Gordon sendromu</p> <p>Liddle sendromu</p> <p><i>Renin salgılayan tümörler</i></p> <p>Endokrin bozukluklar</p> <p>Primer hiperaldosteronizm</p> <p>Cushing sendromu</p> <p>Konjenital adrenal hiperplazi</p> <p>Feokromasitoma</p> <p>Hipotiroidi / Hipertiroidi</p> <p>Akromegali</p> <p>Hiperparatiroidi</p>	<p>Nöropsikolojik bozukluklar</p> <p>Kafaiçi basınç artışı</p> <p>Obstrüktif uyku apnesi</p> <p>Akut porfiri</p> <p>Polinevrit</p> <p>Aort koarktasyonu</p> <p>Arteriovenöz fistül</p> <p>Aort sertleşmesi</p> <p>Aort yetersizliği</p> <p>Polisitemia vera</p> <p>Paget hastalığı</p> <p>Alkol</p> <p>İlaç / Madde</p> <p>Siklosporin</p> <p>Kokain</p> <p>Eritropoetin</p> <p>Amfetamin</p>
---	--

2.4. Astım

2.4.1 Astım Tanımı

Astım hastalığı, vücuttaki birçok hücre ve hücre ürününün rol oynadığı kronik ve inflamatuvar bir hava yolu hastalığı olup astımın başlıca üç özelliği, kronik havayolu inflamasyonu, diffüz hava yolu obstrüksiyonu ve bronş hiperaktivitesidir. Kronik havayolu inflamasyonu ve ilişkili bronş aşırı duyarlılığı özellikle gece yarısı veya sabaha karşı hırıltılı/hışıltılı solunum, nefes darlığı, göğüste sıkışıklık ve öksürük nöbetlerine sebep olur. Bu ataklar havayolu obstrüksiyon düzeyine bağlı olarak sıklıkla kendiliğinden veya tedaviyle düzelmektedir (83,84).

2.4.2. Astım Epidemiyoloji

Dünyanın farklı bölgelerinde yapılan araştırma sonuçlarına göre, dünya genelinde prevalans oranlarında büyük farklılıklar görülmekte çocuk ve erişkinler için, bu rakamların farklı ülkelerde % 1-18 arasında değiştiği bildirilmiştir. Bununla beraber astımın dünyada yaklaşık 300 milyon kişiyi etkilediği tahmin edilmektedir (84).

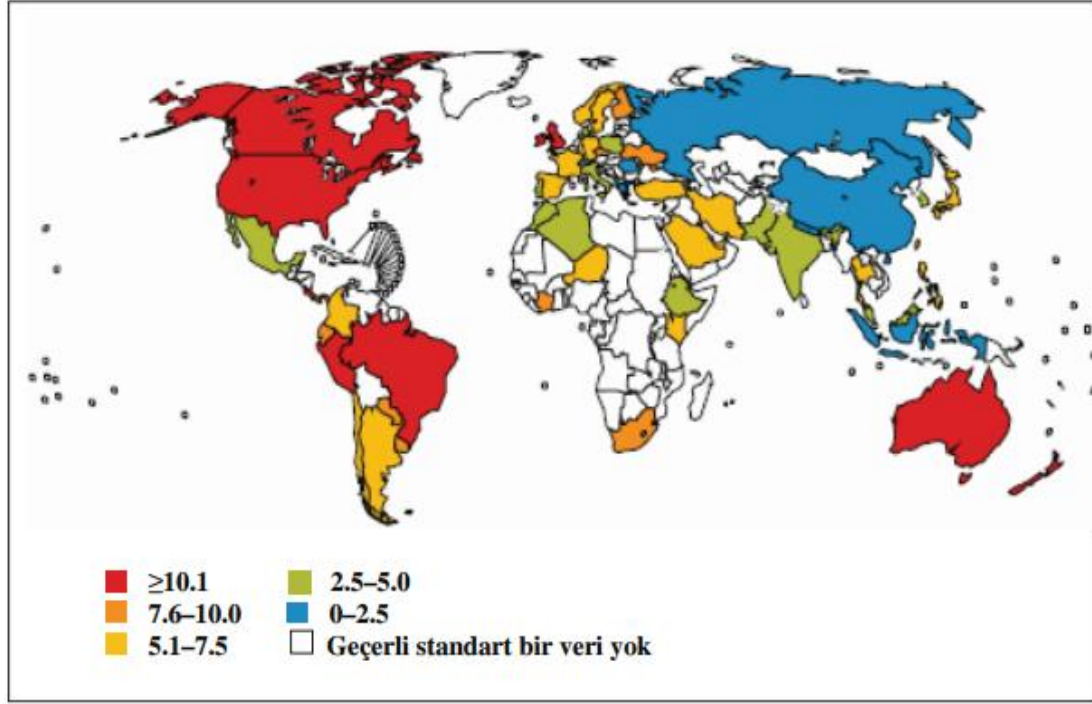
Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre astımdan dolayı dünyada yılda 15 milyon sakatlığa ayarlanmış yaşam yılı kaybı (DALY) olduğu bildirilmiş olup bu rakam dünyadaki tüm hastalıklara bağlı toplam kayıpların % 1 'ine karşılık gelmektedir. Dünyada astımdan dolayı yılda yaklaşık 250.000 kişinin hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir (84).

Ülkemizde astım prevalansı ile ilgili yapılan çok sayıda araştırma vardır. Yapılan bir çalışmada ülkemizde astım prevalansının çocuklarda % 5-10, yetişkinde % 2-6 arasında değiştiği görülmekte ve yaklaşık 3-4 milyon astımlı hastanın olduğu tahmin edilmektedir (85).

2003 yılında yapılan Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkinlik (UHY-ME) çalışmasına göre 18 yaş üzeri astım sıklığı % 3,87 olarak bildirilmiştir (86). Yapılan bir diğer çalışmada ise 6-15 yaş arası çocuklarda ortalama astım prevalansı % 13,36 olarak tespit edilirken, kentsel alanda yaşayan çocuklarda kırsal alanlarda yaşayan

çocuklara göre daha yüksek bulunmuştur % 11,9 olarak bulunmuş ve erkek çocukların daha sık tanı aldığı görülmüştür (87).

Tablo 5. Astım Prevalansı Dünya Haritası (88)



2.4.3. Astım Risk Faktörleri

Kişiyi astıma yatkın kılan kişisel faktörler ve genetik olarak astıma yatkın olanlarda astım gelişimine yol açan çevresel faktörler olmak üzere iki grupta toplanmaktadır. Astımın ortaya çıkmasında etkili risk faktörlerinin başında genetik faktörler gelir (83,89). Astım alevlenmesine yol açan faktörler ise genellikle çevresel olanlardır. Genetik ve çevresel faktörlerin birbirleriyle etkileşerek bireyin astıma eğilimini artırdıkları düşünülmektedir (84,90) (Tablo 6).

Tablo 6. Astımın Gelişmesinde Rol Alan Faktörler

Kişisel Faktörler	Çevresel Faktörler
Genetik	Allerjenler
Atopi	Enfeksiyonlar (viral etkenler)
Bronş hiperreaktivitesi	Mesleki duyarlılaştırıcılar
Obezite	Hava kirliliği (iç ve dış ortam)
Cinsiyet	Beslenme
	Sigara (aktif ve pasif içicilik)

2.4.4. Astım Sınıflaması

Yeni astım tanısı alan hastalara başlanacak tedaviye karar vermek için semptomlar ve solunum fonksiyon parametreleri kullanılarak intermittan, hafif persistan, orta persistan ve ağır persistan olarak sınıflandırılmıştır (91) (Tablo 7).

Tablo 7. Tedavi Almayan Olgularda Astım Ağırlığının Değerlendirilmesi

İntermittan
Haftada birden az semptomlar Kısa ataklar Gece semptomları ayda ikiden az FEV1 veya PEF \geq beklenenin % 80' i PEF veya FEV1 değişkenliği $<$ % 20
Hafif Persistan
Semptomlar haftada birden fazla, günde birden az Ataklar aktivite ve gece semptomlarını etkileyebilir Gece semptomları ayda ikiden fazla FEV1 veya PEF \geq beklenenin % 80' i PEF veya FEV1 değişkenliği $<$ % 20- % 30

Orta Persistan
Semptomlar günlük Ataklar aktivite ve uykuyu etkileyebilir Gece semptomları haftada birden fazla Günlük kısa etkili inhale beta agonist kullanımı FEV1 veya PEF beklenenin % 60-80' i PEF veya FEV1 değişkenliği % >30
Ağır Persistan
Günlük semptomlar Sık atak Sık gece semptomları Fiziksel aktivitede kısıtlılık FEV1 veya PEF ≤ beklenenin % 60' ı PEF veya FEV1 değişkenliği > % 30

2.5. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ)

2.5.1. KOAİ Tanımı

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ); zararlı gaz ve partiküllere karşı havayolları ve akciğerin artmış kronik inflamatuvar yanıtı ile ilişkili ve genellikle ilerleyici özellikteki kalıcı hava akımı kısıtlanması ile karakterize, yaygın, tedavi edilebilir ve önlenabilir bir hastalıktır. Alevlenmeler ve komorbiditeler hastalığın şiddetinde artmalara yol açar (92).

Amerikan Toraks Derneği (ATS) ve Avrupa Solunum Derneği (ERS)' nin 2004 yılında birlikte hazırladığı "KOAİ" lı hastaların Tanı ve Tedavisi için Standartlar" adlı rehberinde benzer tanımlama yapılmakla birlikte kronik bronşit ve amfizem terimleri de ayrı ayrı belirtilmiştir (93)..

Kronik bronşit, bir başka neden bağlı olmayan, birbirini izleyen iki ardışık yıl boyunca ve her yıl üç ay süre ile prodüktif öksürüğün olduğu bir tablodur.

Amfizem ise terminal bronşiollerin distalindeki hava yollarının belirgin fibrozis olmaksızın, duvar harabiyeti ile birlikte anormal olarak kalıcı şekilde genişlemesi olarak tanımlanmıştır (93).

KOAH' lı hastalarda kronik bronşit ve amfizemden biri veya sıklıkla ikisi bir arada olmasına rağmen hastalığın gelişiminde hangisinin başlatıcı rol oynadığını belirlemek genellikle zordur (94).

Hastalığın en sık görülen semptomları nefes darlığı, kronik öksürük ve kronik balgam çıkarmadır. Hastalığın tanısı için spirometri zorunludur. Kronik semptomları ve risk faktörlerine maruziyet öyküsü bulunan orta-ileri yaştaki yetişkinlerde spirometrik incelemede yerleşik hava akımı obstrüksiyonu saptanması (post bronkodilatör FEV1/ FVC < % 70) tanıyı doğrular (92).

KOAH, yalnızca akciğerlerle sınırlı kalmayıp, hastalığın erken dönemlerinden itibaren metabolik ve endokrinolojik değişiklikler, kas-iskelet sistemi, kardiyovasküler sistem gibi birçok sistemi etkileyen bir hastalıktır. Kardiyovasküler hastalıklar, metabolik hastalıklar en sık görülen komorbiditelerdir. Özellikle kış aylarında oluşan, semptomlarda artış ve akciğer fonksiyonlarında azalma ile kendini gösteren alevlenmeler, komorbiditeler gibi hastalığın sonuçları üzerinde büyük etkiye sahiptirler. Hastalık genellikle yavaş bir ilerleme gösterir. Bu nedenle KOAH' lı hastalar erken dönemdeki semptomlarını genellikle sigara içiminin veya yaşlanmanın doğal sonucu olarak görmektedirler. Hastalar nefes darlığı başta olmak üzere semptomları çok belirgin hale geldiği zaman hekime başvururlar ancak sanılanın aksine sıklıkla başvuru sırasında hastalık ileri evrededir (92,95).

2.5.2. KOAH Epidemiyoloji

Günümüzde nüfusun giderek yaşlanması ve geleneksel risk faktörlerinin (yetersiz beslenme, kirli su, hijyenik olmayan koşullar, ev içi kirlilik vb.) giderek azalması, bunun yanında yeni risk faktörlerinin (tütün maruziyeti, fiziksel inaktivite, obezite, mesleki riskler, hava kirliliği vb.) ortaya çıkmasıyla beraber enfeksiyon hastalıkları giderek azalırken, günümüzde kronik hastalıklar en büyük mortalite ve morbidite nedeni haline gelmişlerdir. Bugün tüm dünyada ölümlerin çoğu kronik hastalıklar nedeniyle gerçekleşmektedir. Tüm kronik hastalıkların % 80'ini kalp-damar hastalıkları, kanserler, kronik solunum hastalıkları ve diyabet oluşturmaktadır (96,97,98).

KOAH dünya genelinde önde gelen morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir ve giderek artan boyutlarda ekonomik ve sosyal yüke neden olmaktadır. Hastalığın mortalite, morbidite ve prevalansı ülkeler arasında ve aynı ülke içindeki farklı gruplar arasında değişkenlik göstermektedir. KOAH' ın prevalansının yeni risk faktörleriyle (tütün dumanı, iç ortam hava kirliliği ve mesleki maruziyet) sürekli karşılaşma ve dünya nüfusunun giderek yaşlanmasına paralel olarak ileriki yıllarda artmaya devam edeceği bildirilmektedir (99,100,101).

2010 yılında Küresel Hastalık Yüğü (KHY) Çalışması verilerine göre kronik solunum hastalıkları yüzünden 3,8 milyon ölüm gerçekleşmiştir ve yaklaşık 2,9 milyondan KOAH sorumludur. Aynı zamanda KOAH tüm dünyadaki ölüm nedenleri sıralamasında 3. sırada yer almaktadır ve tüm ölümlerin % 5,5' inden sorumludur (Tablo 8) (98).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre KOAH, 2004 yılı ölümlerinde yüzde 5,1' lik payı ile dördüncü sırada yer almakta, 2030 yılında ise yüzde 8,6'lık payla üçüncü sırada yer alması beklenmektedir (102).

Son yıllarda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından KOAH morbiditesi ile ilgili değerlendirmede “Years of healthy life lost due to disability” “(YLD)” ve “Disability Adjusted Life Years” “(DALY)” parametreleri kullanılmaktadır. Gerek sakatlık nedeniyle kaybedilen yıllar olarak tanımlanan YLD, gerekse erken ölümler ve sakatlık nedeniyle kaybedilen yılların toplamı olarak tanımlanan DALY açısından

KOAH önemli bir morbidite nedenidir ve önümüzdeki yıllarda hastalığın yaygınlaşmasına paralel olarak KOAH' a ikincil YLD ve DALY' nin artması beklenmektedir. WHO verilerine göre KOAH, 1990 yılında en sık görülen DALY nedenleri içinde 12. sırada yer alırken, 2020 yılında en sık görülen 5. DALY nedeni olması ön görülmektedir (103).

Oniki ülkede yapılan BOLD çalışmasında, 40 yaş üstü nüfusta KOAH prevalansının, sabit oran ölçütü (post bronkodilatör FEV₁/FVC<% 70) kullanıldığında % 25' lere ulaştığını, GOLD evre II+ ölçütü (FEV₁/FVC<% 70 ve FEV₁ < bekleninin % 80' i) kullanıldığında ise bu oranın % 10.1 olduğu (erkeklerde % 11.8, kadınlarda % 8.5) bildirilmiştir (104).

Ülkemizde KOAH prevalansı konusunda 2000 yılında ulusal düzeyde yürütülen Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması' nda KOAH prevalansı % 10,2 (erkeklerde % 8,4, kadınlarda % 11,9) saptanmıştır (105).

Ülkemizde Uluslararası KOAH prevalansı çalışmalarından BOLD (Obstrüktif Akciğer Hastalığı Yüğü Çalışması- Burden of Obstructive Lung Disease) çalışmasının merkezlerinden biri olan 2004 Ocak ayında Adana ilinde yapılan KOAH prevalans çalışmasında, 40 yaş üstü erişkinlerdeki KOAH prevalansı spirometrik ölçümler ile % 19,1 bulunmuştur. Bu oran erkeklerde % 28,7, kadınlarda % 10,1 dir (106).

Sağlık Bakanlığınca 2011 yılında yapılan ve sonuçları yeni yayınlanan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasında, 15+yaş grubunda, spirometriye dayalı KOAH prevalansı % 5,3, doktor tanıli KOAH prevalansı ise % 4 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada, 40 yaş ve üzeri kişilerde spirometriye dayalı KOAH prevalansı, sabit oran ölçütü kullanıldığında % 6.4 (erkeklerde % 7.6, kadınlarda % 5.3) bulunmuştur (107).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verileri incelendiğinde, Türkiye' de 2010, 2011 ve 2012 yıllarında en sık görülen ölüm nedenleri arasında, solunum sistemi hastalıkları en sık görülen 3. ölüm nedeni olup 2012 yılında gerçekleşen toplam 320.967 ölümden 31.026' si solunum sistemi hastalıkları nedeniyle gerçekleşmiştir ve bu ölümlerin de 19.087' si (% 61,5) KOAH sebebiyledir (108,109).

Tablo 8. Dünyada En Sık Görülen Ölüm Nedenleri (2010)

Hastalıklar	Ölüm sayısı	(2010)	1990-2010 arası
	N (x bin)	(%)	mortalitede değişim (%)
1. İskemik kalp hastalıkları	7029.3	(13.3)	35
2. İnme	5874.2	(11.1)	26
3.KOAH	2899.9	(5.5)	-7
4.Alt solunum yolu enfeksiyonları	2814.4	(5.3)	18
5.Akciğer kanseri	1527.1	(2.9)	48
6.HIV/AIDS	1465.4	(2.8)	396
7.Diyare	1445.8	(2.7)	-42
8.Yol kazaları	1328.5	(2.5)	47
9.Diyabet	1281.3	(2.4)	93
10.Tüberküloz	1196.0	(2.3)	-18
Küresel toplam (tüm nedenlerden)	52769.7	(100.0)	13.5

2.5.3. KOAH Risk Faktörleri

KOAH, genetik faktörler ile çevresel uyarılar arasında karşılıklı etkileşim sonucu ortaya çıkan bir hastalıktır (110). KOAH gelişmesinde aktif sigara kullanımı, çevresel ve mesleki toz ve duman maruziyeti ile kalıtsal α -1 antitripsin eksikliğinin en önemli risk faktörleri olduğu kabul edilmiştir. Bunlara ek olarak, yoksulluk, yetersiz beslenme ve fiziksel inaktivite gibi diğer risk faktörleri ise KOAH gelişiminde daha az önemli görünürken, hastalığın kötüleşmesine katkıda bulunurlar. KOAH gelişimi ile ilgili risk faktörleri Tablo 9’ da gösterilmiştir (111).

KOAH’ ta en iyi bilinen genetik risk faktörü alfa-1 antitripsin (AAT) eksikliğidir ve hastaların yaklaşık % 1-2’ sinde görülür. Aynı sigara içme öyküsüne sahip iki kişiden sadece birinde KOAH gelişebilmesi, hastalığa genetik eğilimdeki farklılıklara bağlıdır (112,113).

KOAH gelişimi için tüm dünyada en yaygın görülen risk faktörü sigara dumanına maruziyettir. KOAH’ lı hastaların birçoğunda eşlik eden başka risk faktörleri de olmakla birlikte, olguların % 70-80’ inde sigaranın ön planda olduğu düşünülmektedir (114).

Tablo 9. Koah Risk Faktörleri

	Çevresel faktörler	Konakçı ile ilgili faktörler
Kesin Olduğu Bilinen Risk Faktörleri	Sigara içimi <ul style="list-style-type: none">• Aktif sigara içimi• Pasif sigara içimi Hava kirliliği Mesleksi toz, dumanlar	Genetik faktörler(α -1 antitripsin yetmezliği)
Olası Risk Faktörleri	Sosyoekonomik faktörler Diyetle ilgili faktörler <ul style="list-style-type: none">• Yüksek tuzlu diyet• Diyetle antioksidan vitaminlerin azlığı• Diyetle doymamış yağ asitlerinin azlığı Enfeksiyonlar	Cinsiyet, ırk Düşük doğum ağırlığı Akciğer gelişimi Hava yolu aşırı duyarlılığı, Atopi Aile öyküsü

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Evren ve Örneklem

Kesitsel tanımlayıcı tasarıma sahip bu çalışma Hatay ili merkez ilçesi Antakya' da yürütüldü. Hatay il nüfusu 1.520.967, merkez ilçe Antakya'nın nüfusu 347.904 ve 18 yaş üstü kişi sayısı ise 290.560' dır (115).

Çalışma kapsamında ele aldığımız kronik hastalıklardan ülkemizde en sık görüleni hipertansiyon olarak ele alırsak; hipertansiyonun Türkiye' deki sıklığı yaklaşık % 30 kabul edildiğinde $d=0.05$ örneklem hatası ve % 80 güç ile hesaplandığında ulaşılmaması gereken en az hasta sayısı, 322 olarak bulundu. Bu bağlamda % 20 oranında olası eksiklikler düşünülerek ulaşılmaması gereken hasta sayısı en az 387 olarak belirlendi (116).

Evreni oluşturan Antakya merkez ilçesinde 35 ASM ve 86 Aile Hekimi bulunmaktadır. Çalışmanın Antakya merkez ilçedeki ASM' lerde yapılması yönünde Halk Sağlığı Müdürlüğü' nden izin istenmiştir. Çalışma, aynı süre zarfında yürütülen başka tez çalışmalarının da olması nedeniyle, Halk Sağlığı Müdürlüğü' nün anketleri uygulamak için uygun gördüğü Hatay İli Antakya Merkez İlçesi' ne bağlı toplamda yalnızca 4 ASM' de gerçekleştirilebilmiştir. Mustafa Kemal Üniversitesi Etik Kurulu' ndan ve Hatay Halk Sağlığı Müdürlüğü' nden çalışma için onay alındıktan sonra çalışmaya herhangi bir nedenle Serinyol 1 ve 2, Anayazı ve Karaali Aile Sağlığı Merkezi' ne kendiliğinden başvuran 18 yaş ve üzeri 6 ay ve daha uzun süredir ankette belirtilen kronik hastalığı olan bireyler dahil edildi.

Anketler, 2016 yılında, Nisan-Temmuz 2016 ayları arasında, bireylere çalışmayla ilgili bilgi verildikten ve katılımcılardan onam alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Bu süreçte, 9 Aile Hekimi' ne kayıtlı toplamda 499 kronik hastaya anket formu uygulandı. Anket formu uygulanan 19 hastanın anketteki verilerin eksik olması sebebiyle toplamda 480 anket değerlendirilmeye alınmıştır. Çalışmaya katılmaya engel derecede sağlık sorunu olan, hamile olan ya da Türkçe konuşamayan bireyler çalışma dışında bırakıldı.

Çalışma kapsamında haftanın 2 günü, 4 ay boyunca çalışma yapılacak olan ASM' lere gidildi. Anketler, katılımcıların sorulara yanıtları doğrultusunda, anketi uygulayan çalışma yürütücüsü tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı.

3.2 Veri Toplama Araçları

Araştırmacılar tarafından literatür bilgileri taranarak, kronik hastalığa sahip bireylerin sosyodemografik özelliklerini, hastalık özelliklerini ve aldığı sağlık hizmetlerinin özelliklerini kapsayan 13 soruluk yapılandırılmış bir anket oluşturuldu. Anketin yanı sıra hastaların aldıkları bakımı kendilerinin değerlendirmesine olanak veren Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu (Patient Assessment of Chronic Illness Care PACIC) çalışma yürütücüsü tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Anket çalışmasına başlamadan önce soruların anlaşılabilirlik durumunu, eksikliklerini ve bir anketin ortalama tamamlanma süresini belirlemek için aile hekimliği polikliniğimize başvuran kronik hastalığı olan 15 kişi ile pilot uygulama yapıldı

3.2.1. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (Patient Assessment Of Chronic Illness Care -PACIC)

Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu (Patient Assessment of Chronic Illness Care PACIC): kronik bakım modeline dayalı olarak 2005 yılında Glasgow ve arkadaşları tarafından İngilizce' den geliştirilen bir araç olup kronik hastalara sunulan sağlık bakım hizmetlerinin hastalar tarafından

değerlendirilmesine izin veren, uygulanması kolay, 20 maddelik kısa bir araçtır (117). Ayrıca bakım hizmetlerinin kalitesi hakkında bilgi verdiği de düşünülmektedir (117,118). Kronik bakım modelinin temel altı ögesi doğrultusunda geliştirilen PACIC, 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; (1) hasta katılımı (1–3.maddeler), (2) karar verme desteği (4– 6.maddeler), (3) amaç belirleme/rehberlik (7–11. maddeler), (4) problem çözme (12–15.maddeler), (5) izlem/koordinasyondur (16–20.maddeler) (117). Ölçeğin çeşitli dillerde diyabet, artrit, astım, hipertansiyon, kronik ağrı, konjestif kalp yetmezliği gibi hastalıklarda bakımın kalitesini değerlendirmede uygun bir araç olduğu bildirilmiştir (117-123). Ölçeğin orijinal dildeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonuçlarına göre, Cronbach alfa katsayısı .93, alt ölçeklerin katsayısı ortalama .84'tür ($\alpha = .77- .90$). Test tekrar-test korelasyon kat sayısı .58' dir (117). Ülkemizde İncirkuş K. ve ark. tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına göre; ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı $\alpha = .91$, madde toplam puan korelasyonları $r = .46$ ile $.69$ ($p = .001$), dört-sekiz haftalık test-tekrar test korelasyonu oldukça yüksek bulunmuştur ($r = .93$, $p = .001$) (124).

Ölçeğin toplam puanı 20 maddenin tümünün ortalama puanı ile hesaplanır. Ölçeğin toplam puanı ve her bir alt boyutun ortalama puanı; 1 = hiçbir zaman, 2 = nadiren, 3 =bazen, 4 = çoğu zaman ve 5= her zaman şeklinde 5' li Likert tipi bir derecelemeyle ölçülür. Ölçek puanlarındaki artış, kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin yüksek ve kronik hastalık yönetiminin yeterli olduğunu gösterir (122).

3.3 Verilerin Analizi

Araştırma sonunda anket formu aracılığı ile elde edilen verilerin kaydı Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versiyon 21.0 istatistik paket programı ile yapıldı. Verilerin kontrolleri ve analizleri de aynı program ile sağlandı. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistikler için frekans (%), ortalama değer, standart sapma, medyan, en yüksek ve en düşük değerler kullanıldı. Non-parametrik değerler medyan, en küçük ve en büyük değer olarak belirtilirken, parametrik değerler için ortalama ve standart sapma verildi. Sayısal verilerin dağılımını

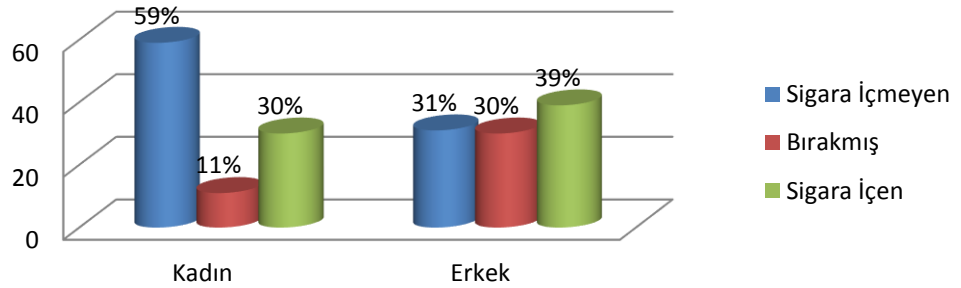
göstermek için histogram eğrisi ve Kolmogorov-Smirnov testleri kullanıldı. Parametrik grupların karşılaştırılmasında Student-t test, One Way Anova, Pearson korelasyon; Non-parametrik gruplarda ise Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Spearman korelasyon; kategorik değişkenler için ise Ki Kare testleri kullanıldı. İstatistiksel analizlerde p değeri 0,05' ten daha küçük değerler anlamlı olarak kabul edildi.



4. BULGULAR

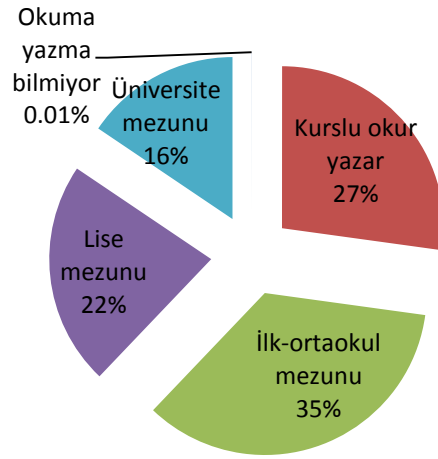
Çalışmaya toplam 480 hasta alındı. Bu hastaların 230' u (% 47,9) kadın iken, 250' si (% 52,1) erkek hastaydı. Çalışmaya katılan hastaların ortalama yaşı $55,84 \pm 12,87$, en küçük yaş 20 ve en yüksek yaş ise 78 olarak bulundu. Kadınlarda ortalama yaşı $55,68 \pm 13,05$, en küçük yaş 24 ve en yüksek yaş ise 78 iken erkeklerde ortalama yaşı $55,98 \pm 12,72$, en küçük yaş 20 ve en yüksek yaş ise 76 idi. Yapılan istatistiksel değerlendirmede her iki cinsin yaşları benzerdi ($p=0,803$).

Hastaların 163' ü (% 33) aktif sigara içicisi idi, 102' si (% 21,3) sigarayı bırakmış ve 215' i (% 44,7) sigara kullanmamaktaydı. Kadın hastalarda 67 hasta sigara kullanırken, 26 hasta bırakmış ve 137 hasta kullanmamaktaydı. Erkeklerde ise 96 hasta sigara kullanıyordu, 76 hasta sigarayı bırakmış ve 78 hasta ise hiç sigara kullanmamaktaydı ($p=0,0001$) (Şekil 1).



Şekil 1. Sigara Kullanma Durumlarına Göre Katılımcıların Dağılımı

Eğitim durumuna bakıldığında 5 (% 0,01) hasta okuma yazma bilmiyordu. 129 (% 26,9) hasta okuma yazma biliyor, 166 (% 34,6) hasta ilkokul-ortaokul mezunu, 106 (% 22,1) hasta lise mezunu ve 74 (% 15,4) hasta üniversite mezunu idi. Erkek ve kadın hastalar arasında eğitim durumu açısından bir fark gözlenmedi ($p=0,187$) (Şekil 2).



Şekil 2. Eğitim Düzeylerine Göre Katılımcıların Dağılımı

Sosyoekonomik durum açısından bakıldığında hastaların 9' u (% 1,9) çok kötü, 61' i (% 12,7) kötü, 202'si (% 42,1) orta, 166' sı (% 34,6) iyi, 42' si (% 8,8) çok iyi ekonomik durumdaydı. Kadın hastaların 42' si (% 18,3) sosyoekonomik durumunu çok kötü ve kötü olarak tanımlarken, erkeklerin 28' i (% 11,2) çok kötü ve kötü olarak tanımladı, yine kadınların 81 'i (% 35,2) iyi ve çok iyi olarak tanımlarken, erkeklerin 127 'si (% 50,8) iyi ve çok iyi olarak tanımlamaktaydı. Erkeklerin maddi durumu kadınlara göre daha iyiydi (p=0,010,).

Ortalama aylık gelir durumlarına bakıldığı zaman hastaların 138 (% 29)' unun 1300 Türk Lirası (TL)' den daha az, 145 (% 30,2)' inin 2500 TL' den daha fazla ve 196 (% 40,8)' inin ise 1300 ile 2500 TL arasında gelire sahip olduğu saptandı. Kadınların % 36,1 (83)' i ≤ 1300 TL, % 39,1 (90)' i 1300-2500 TL ve % 24,8 (57)' i ise ≥ 2500 TL gelire sahipken, erkeklerin % 22,4 (56)' ü ≤ 1300 TL, % 42,4 (106)' ü 1300-2500 TL ve % 35,2 (88)' si ise ≥ 2500 TL gelire sahipti. Erkeklerin gelir durumu kadınlara göre daha iyiydi (p=0,002).

Hastaların 193 (% 40,2)' si HT, 182 (% 37,9)' u DM, 131 (% 27,3)' i astım ve 83 (% 17,3)' ü KOAH idi. Bununla birlikte 16 (% 3,3) hastada kalp yetmezliği, 5 (% 1) hastada ise böbrek yetmezliği mevcuttu. Kadın hastaların % 40,4' ü HT, % 41,7' si DM, % 29,1' i astım ve % 11,7 'si KOAH hastasıyken, erkeklerin % 40 'ı HT, %

34,4'ü DM, % 25,6' sı astım ve % 22,4' ü KOAH hastasıydı. Erkek hastalar oran olarak kadınlara göre benzer HT, DM ve astım hastalığına sahipken ($p \geq 0,05$), erkeklerde KOAH görülme oranı kadınlara göre daha fazlaydı ($p=0,002$).

Hastaların 224 (% 46,7)' ü 5 yıldan daha kısa bir zamandır hastayken, 173 (% 36)' ü 6-11 yıldır kronik hasta ve 83 (% 17,3)' ü 11 yıldan daha uzun süredir kronik hastaydı. Erkeklerin 120 (% 48)' si 5 yıldan daha kısa bir zamandır hastayken, 90 (% 36)' ı 6-11 yıldır kronik hasta ve 40 (% 16)' i 11 yıldan daha uzun süredir kronik hastaydı, kadınların ise 104 (% 45,2)' ü 5 yıldan daha kısa bir zamandır hastayken, 83 (% 36,1)' ü 6-11 yıldır kronik hasta ve 43 (% 18,7)' ü 11 yıldan daha uzun süredir kronik hastaydı. Kadınlar ile erkekler arasında hastalık süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p=0,704$).

Hastaların 340 (% 70,8)' i 0-3 aydan daha kısa süre, 140 (% 29,2)' i ise 3 aydan daha uzun süre önce muayene olmuştu. Kadınların 167 (% 72,6)' si 3 aydan daha kısa sürede 63 (% 27,4)' ü 3 aydan daha uzun süre önce muayene olmuştu, erkeklerin ise 173 (% 69,2)' ü 3 aydan daha kısa süre önce, 77 (% 30,8)' i 3 aydan daha uzun sürede muayeneye gitmişti ($p=0,236$).

Muayeneye giden hastaların en son muayeneye gitme nedeni kronik hastalığı olan hastalar 190 (% 39,6) idi. Geri kalan 290 (% 60,4) hasta başka bir hastalığından dolayı muayeneye gitmişti. Kadınların 88 (% 38,3)' i kronik hastalığı için gitmişken erkeklerin 102 (% 40,8)' si en son muayeneye mevcut kronik hastalığı nedeniyle gitmişti. Kadınlar ve erkekler arasında en son muayeneye gitme nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p=0,577$).

Ne sıklıkla doktora başvuruyorsunuz diye sorulduğunda hastaların 285 (% 59,4)' i yılda 4' den daha az sıklıkta başvururken, 195 (% 40,6)' i 5 ve daha fazla oranda doktora gitmekteydi. Erkeklerin % 35,6' sı yılda 5 den daha fazla başvururken, kadınların % 46,1' i 5 den daha fazla başvurmakta idi. Hekime başvuru sıklığı açısından kadınların başvuru sıklığı, erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha fazlaydı ($p=0,020$) (tablo 10).

Tablo 10. Erkek ve Kadın Hastaların Bazı Sosyodemografik Özellikleri, Hastalık Özellikleri İle Hastaların Aldığı Sağlık Hizmeti Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Kadın	Erkek	p
Yaş (ort ± SD)	55,68 ± 13,05	55,98 ± 12,72	0,803
Sigara			
İçmiyor n (%)	137 (59,5)	78 (31,2)	0,0001
Bırakmış n (%)	26 (11,3)	76 (30,4)	
İçiyor n(%)	67 (29,1)	96 (38,4)	
Eğitim durumu			
Okuma-yazma bilmiyor n (%)	4 (1,7)	1 (0,4)	0,187
Okuma-yazma biliyor n (%)	71 (30,9)	58 (23,2)	
İlkokul-ortaokul n (%)	73 (31,7)	93 (37,2)	
Lise n (%)	49 (21,3)	57 (22,8)	
Üniversite n (%)	33 (14,3)	41 (16,4)	
Sosyoekonomik durum			
Çok kötü n(%)	6 (2,6)	3 (1,2)	0,010
Kötü n(%)	36 (15,7)	25 (10)	
Orta n(%)	107 (46,5)	95 (38)	
İyi n(%)	63 (27,4)	103 (41,2)	
Çok iyi n(%)	18 (7,8)	24 (9,6)	
Gelir durumu			
≤1300tl n(%)	83 (36,1)	56 (22,4)	0,002
1300-2500 tl n(%)	90 (39,1)	106 (42,4)	
≥2500 tl n(%)	57 (24,8)	88 (35,2)	
HT n(%)	93 (40,4)	100 (40)	0,923
DM n(%)	96 (41,7)	86 (34,4)	0,110
Astım n(%)	67 (29,1)	64 (25,6)	0,413
KOAH n(%)	27 (11,7)	56 (22,4)	0,002
Kaç yıldır hasta			
≤5 yıl n(%)	104 (45,2)	120 (48)	0,704
6-11 yıl n(%)	83 (36,1)	90 (36)	
≥11 yıl n(%)	43 (18,7)	40 (16)	
En son muayene			
0-3 ay n(%)	167 (72,6)	173 (69,2)	0,236
≥3 ay n(%)	63 (27,4)	77 (30,8)	
En son muayene kronik hastalığı için gitme durumu			
Evet n(%)	88 (38,3)	102 (40,8)	0,577
Hayır n(%)	142 (61,7)	148 (59,2)	
Ne sıklıkla doktora başvurursunuz			
Yılda 4 ve daha az	124 (53,9)	161 (64,4)	0,020
Yılda 5 ve daha fazla	106 (46,1)	89 (35,6)	
Aile Hekiminin bilgilendirmesi			
Hayır bilgilendirmiyor(%)	7 (3)	9 (3,6)	0,758
Evet bilgilendiriyor(%)	192 (83,5)	200 (80)	
Yeterli bilgilendirmiyor(%)	22 (9,6)	27 (10,8)	
Bilgilendirdi ama unuttum(%)	9 (3,9)	14 (5,6)	

Hastalara aile hekiminiz sizi kronik hastalığınız hakkında bilgilendiriyor mu diye sorulduğunda; hastaların 16 (% 3,3)' sı “hayır bilgilendirmiyor”, 392 (% 81,7)' si “evet bilgilendiriyor”, 49 (% 10,2)' u “yeterli bilgilendirmiyor” ve 23 (% 4,8)' i ise “bilgilendirdi ama unuttum” olarak yanıtladı. Erkek ve kadınlar arasında “Aile hekiminiz sizi kronik hastalığınız hakkında bilgilendiriyor mu? ” sorusuna verdikleri cevap açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p=0,758$) (tablo 10).

Çalışma kapsamındaki hastaların kronik hastalık bakım yönetimlerinden memnuniyet puan ortalaması toplam ölçek için $3,98 \pm 0,58$ olarak hesaplandı Alt ölçek madde puan ortalamaları sırasıyla, Hasta Katılımı için $4,2 \pm 0,61$, Karar Verme için $3,9 \pm 0,65$, Amaç Belirleme için $3,88 \pm 0,64$, Problem Çözme için $3,89 \pm 0,63$, ve İzlem/Koordinasyon için $4,05 \pm 0,63$ olarak hesaplandı (tablo 11).

Tablo 11. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği' nin Madde Puan Ortalamaları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Ortalama \pm SD
Hasta Katılımı (1-3. Soru)	$4,2 \pm 0,61$
Karar Verme (4-6. Soru)	$3,9 \pm 0,65$
Amaç Belirleme (7-11. Soru)	$3,88 \pm 0,64$
Problem Çözme (12-15. Soru)	$3,89 \pm 0,63$
İzlem/Koordinasyon (16-20. Soru)	$4,05 \pm 0,63$
Toplam ölçek puanı (1-20. Soru)	$3,98 \pm 0,58$

Hastaların kronik hastalık bakım yönetimlerinden memnuniyet puan ortalaması toplam ölçek için sırasıyla hipertansiyon hastaları için $3,89 \pm 0,61$, diyabet hastaları için $4,02 \pm 0,53$, astım hastaları için $3,98 \pm 0,59$, KOAH hastaları için $3,98 \pm 0,58$ olarak hesaplanmıştır.

Çalışma kapsamındaki hastaların sosyodemografik özelliklerinden cinsiyet durumuna göre, kronik hastalık yönetimlerinden memnuniyet puan ortalamaları karşılaştırıldığında puan ortalamaları yönünden anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,942$).

Hastaların yıllık doktora başvuru sıklığı ile kronik hastalık yönetimlerinden memnuniyet puan ortalamaları karşılaştırıldığında puan ortalamaları yönünden anlamlı ilişki saptanmış olup ($p=0,0001$) yılda dört veya daha az doktora başvuru yapan hastalar kronik hastalık bakım yönetiminden daha çok memnun kalmışlardır.

Hastaların mevcut kronik hastalıklarıyla ilgili aile hekimleri tarafından bilgilendirilme durumları ile kronik hastalık yönetimlerinden memnuniyet puan ortalamaları karşılaştırıldığında puan ortalamaları yönünden anlamlı ilişki bulunmuş olup ($p=0,0001$) aile hekimleri tarafından bilgilendirilen hastalar kronik hastalık bakım yönetiminden daha çok memnun kalmışlardır.

Çalışma kapsamındaki hastaların doktora son muayenesinden itibaren geçen süre ile kronik hastalık yönetimlerinden memnuniyet puan ortalamaları karşılaştırıldığında puan ortalamaları yönünden anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,025$). Son muayene tarihinden itibaren üç ay veya daha az süre geçen hastalar kronik hastalık bakım yönetiminden daha çok memnun kalmışlardır.

Hastaların sosyodemografik özelliklerinden ortalama aylık gelir seviyesi ($p=0,051$) ve sosyoekonomik durumuna ($p=0,118$) göre kronik hastalık yönetimlerinden memnuniyet puan ortalamaları karşılaştırıldığında, puan ortalamaları yönünden anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Eğitim düzeyi lise veya üniversite olan hastalar eğitim düzeyi ortaokul veya daha altı olanlara göre kronik hastalık bakım yönetiminden daha çok memnun kalmışlardır ($p=0,002$) (tablo 12).

Tablo 12. Ortalama PACIC Skorları İle Hastaların Sosyodemografik Özellikleri, Kronik Hastalıkları Ve Sağlık Hizmetinden Yararlanma Durumları Arasındaki İlişki

	Hasta katılımı (Ortalama ± SD)	Karar verme desteği (Ortalama ± SD)	Amaç belirleme (Ortalama ± SD)	Problem çözme (Ortalama ± SD)	İzlem/koordinasyon (Ortalama ± SD)	Toplam Ölçek (Ortalama ± SD)
Hipertansiyon	4,10 ± 0,61	3,83 ± 0,67	3,78± 0,67	3,80±0,67	3,98± 0,67	3,89 ± 0,61
Diyabet	4,25 ± 0,57	3,93 ± 0,58	3,91 ± 0,57	3,94 ± 0,59	4,11 ± 0,60	4,02 ± 0,53
Astım	4,22 ± 0,62	3,88 ± 0,68	3,90 ± 0,66	3,93 ± 0,62	4,03 ± 0,63	3,98 ± 0,59
KOAH	4,15 ± 0,60	3,89 ± 0,68	3,89 ± 0,64	3,90 ± 0,62	4,08 ± 0,66	3,98 ± 0,58
Cinsiyet						
kadın	4,24 ± 0,62	3,92± 0,63	3,88 ± 0,64	3,87 ± 0,64	4,04 ± 0,64	3,98 ± 0,58
erkek	4,16± 0,59	3,88 ± 0,66	3,88 ± 0,64	3,91 ± 0,63	4,07 ± 0,62	3,97 ± 0,57
p	0,170	0,524	0,938	0,450	0,697	0,942
Yıllık ziyaret						
≤4	4,25 ± 0,60	3,98 ± 0,63	3,97 ± 0,59	3,97 ± 0,58	4,14 ± 0,58	4,05 ± 3,93
≥5	4,12 ± 0,61	3,78 ± 0,65	3,75 ± 0,68	3,78 ± 0,69	3,93 ± 0,68	3,86 ±0,61
p	0,027	0,001	0,0001	0,002	0,001	0,0001
Aile hekiminin bilgilendirmesi						
Hayır bilgilendirmiyor	2,70 ± 0,46	2,56± 0,56	2,56± 0,48	2,48 ± 0,48	2,67± 0,33	2,59± 0,37
Evet bilgilendiriyor	4,40 ± 0,40	4,11±0,47	4,09± 0,46	4,10± 0,44	4,27± 0,44	4,18± 0,36
Yeterli bilgilendirmiyor	3,29 ± 0,33	2,96 ± 0,05	2,95± 0,41	2,97± 0,45	3,15± 0,45	3,06± 0,31
Bilgilendirdi ama unuttum	3,60 ± 3,71	3,23 ± 0,087	3,24± 0,48	3,32± 0,50	3,39± 0,53	3,35± 0,43
p	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
En son						

muayene						
≤3 ay	4,25 ± 0,58	3,94 ± 0,61	3,92 ± 0,62	3,93 ± 0,60	4,10 ± 0,60	4,02 ±0,55
≥3ay	4,07 ± 0,65	3,80 ± 0,71	3,79 ± 0,68	3,81 ± 0,70	3,95 ± 0,69	3,88 ± 0,64
p	<u>0,005</u>	<u>0,035</u>	0,067	0,087	<u>0,032</u>	<u>0,025</u>
Ortalama gelir						
≤1300	4,17 ±0,56	3,82 ± 0,61	3,78 ± 0,59	3,83 ± 0,55	3,95 ± 0,59	3,90 ± 0,52
1300-2500	4,18 ± 0,63	3,87 ± 0,67	3,89 ± 0,67	3,88 ± 0,67	4,05 ± 0,64	3,97 ± 0,61
≥2500	4,24 ± 0,61	4,01 ± 0,63	3,97 ± 0,62	3,97 ± 0,66	4,17 ± 0,64	4,06 ± 0,57
p	0,581	<u>0,037</u>	0,051	0,207	<u>0,014</u>	0,051
Eğitim düzeyi						
Ortaokul ve altı	4,15 ± 0,61	3,82 ± 0,67	3,81 ± 0,65	3,84 ± 0,66	4,00 ± 0,64	3,91 ± 0,59
Lise ve üstü	4,28 ± 0,59	4,03 ± 0,59	4,0 ± 0,60	3,99 ± 0,58	4,15 ± 0,59	4,01 ± 0,53
p	<u>0,021</u>	<u>0,001</u>	<u>0,001</u>	<u>0,011</u>	<u>0,012</u>	<u>0,002</u>
Sosyoekonomik durum						
Orta ve altı	4,17 ± 0,57	3,77 ± 0,53	3,75 ± 0,55	3,78 ± 0,54	3,97 ± 0,57	3,88 ± 0,5
İyi ve üstü	4,20 ± 0,61	3,92 ± 0,66	3,90 ± 0,65	3,91 ± 0,64	4,07 ± 0,64	3,99 ± 0,59
p	0,704	0,066	0,073	0,103	0,209	0,118

5. TARTIŞMA

Bu çalışma birinci basamakta sık görülen kronik hastalıklardan herhangi birine sahip olan bireylerin aldıkları bakımı kendilerinin değerlendirmesine olanak veren; sunulan bakımı hekim, hemşire ve diğer sağlık personeli boyutlarıyla ve ekip yaklaşımı doğrultusunda ele alan; kişi merkezli bir araştırma olması nedeniyle önemlidir. Ülkemizde, kronik hastaların aldıkları bakımı kendilerinin değerlendirmesine olanak veren Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği kullanılarak yapılan az sayıda çalışma olması bu çalışmayı daha değerli kılmaktadır.

Çalışma kapsamındaki hastaların kronik hastalık bakım yönetimlerinden memnuniyet puan ortalaması toplam ölçek için $3,98 \pm 0,58$ olarak hesaplandı. Çalışmamızdaki hastaların kronik hastalık bakım yönetimlerinden memnuniyet puan ortalaması toplam ölçek için sırasıyla hipertansiyon hastaları için $3,89 \pm 0,61$, diyabet hastaları için $4,02 \pm 0,53$, astım hastaları için $3,98 \pm 0,59$, KOAH hastaları için $3,98 \pm 0,58$ olarak hesaplanmıştır. Çalışmamıza katılan hastaların, PACIC ölçeğine ortalama $3,98 \pm 0,58$ puan vermesi alınan bakımın “iyi düzeyde” değerlendirdiklerini ve aldıkları bakımdan oldukça memnun olduklarını düşündürebilir. Glasgow ve arkadaşlarının Amerika’ da çeşitli kronik hastalığı olan bireylerde yaptığı çalışmada ise hastalıklara göre memnuniyet puan ortalamaları sırasıyla; hipertansiyon hastalarında 2.62 ± 1.0 diyabetli hastalarda 2.83 ± 1.0 ve astımlı hastalarda 2.40 ± 1.0 olarak bulunmuştur (117). Wensing ve arkadaşlarının Hollanda’ da yaptığı bir çalışmada bakım memnuniyeti KOAH’lı hastalarda 2.3 ± 0.8 diyabetli hastalarda 3.2 ± 1.0 bulunmuştur (123). Rosemann ve arkadaşlarının Almanya’ da çeşitli kronik hastalığı olan bireyleri kapsayan çalışmasında, elde

edilen memnuniyet puan ortalamaları diyabetli hastalarda 2.73; hipertansiyon hastalarında 2.43; astım/KOAH hastalarında 2.44 olarak bulunmuştur (122). Ülkemizde yapılan az sayıdaki çalışmaları incelediğimizde ise İncirkuş ve arkadaşlarının yaptığı Türkçe geçerlik güvenilirliğin araştırıldığı, katılımcıların çoğunun hipertansiyon ve diyabet hastalarının oluşturduğu hastane bazlı çalışmada, ölçek ortalama puanı, 2.54 ± 0.9 olarak bildirilmiştir (124). Kaya ve arkadaşlarının 2013 yılında çeşitli kronik hastalığı olan bireylerde yaptığı çalışmada ise hastalıklara göre memnuniyet puan ortalamaları sırasıyla; hipertansiyon hastalarında $2,36 \pm 0,75$, diyabetli hastalarda $2,72 \pm 0,79$ ve Astım/KOAH hastalarında $2,37 \pm 0,88$ olarak bulunmuştur (125).

Çalışmamızda hastaların toplam ölçek puanları oldukça yüksek olmakla birlikte alt ölçek puan ortalamaları arasında farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışma kapsamındaki hastaların alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları en yüksek; hasta katılımı, en düşük ise amaç belirleme olarak bulunmuştur. Bu boyuttaki yüksek puanlar hastaların hastalık ve tedavilere bağlı yaşanabilecek sıkıntılarının belirlenmesi ve çözümü konusunda doktor ve hemşirelerden aldıkları destekten memnuniyetlerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu araştırma bulgusunun aksine birçok araştırmada hastaların en yüksek puanı karar verme desteği alt boyutunda ve en düşük puanı ise izlem ve koordinasyon alt boyutunda olduğu bulunmuştur (117,124,125,126).

Bu çalışmada hastaların sosyodemografik özelliklerinden cinsiyet durumuna göre, kronik hastalık yönetimlerinden memnuniyet puan ortalamaları karşılaştırıldığında puan ortalamaları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bizim çalışmamıza benzer olarak İncirkuş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, yine Kaya ve arkadaşlarının 2013 yılında çeşitli kronik hastalığı olan bireylerde yaptığı çalışmada da cinsiyet durumuna göre, kronik hastalık yönetimlerinden memnuniyet puan ortalamaları karşılaştırıldığında puan ortalamaları yönünden anlamlı bir fark bulunmamıştır (124,125). Bununla beraber Glasgow ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise cinsiyet durumu ile memnuniyet puan ortalamaları arasında bir ilişki bulunmuştur (117).

Çalışma kapsamındaki hastaların yıllık doktora başvuru sıklığı ile kronik hastalık yönetimlerinden memnuniyet puan ortalamaları karşılaştırıldığında puan ortalamaları yönünden anlamlı ilişki saptanmış olup yılda dört veya daha az doktora başvuru yapan hastalar kronik hastalık bakım yönetiminden daha çok memnun kalmışlardır. Kaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların yıllık doktora başvuru sıklığı ile kronik hastalık yönetimlerinden memnuniyet puan ortalamaları karşılaştırıldığında puan ortalamaları yönünden anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (125).

Bu çalışmada hastaların mevcut kronik hastalıklarıyla ilgili aile hekimleri tarafından bilgilendirilme durumları ile kronik hastalık yönetimlerinden memnuniyet puan ortalamaları karşılaştırıldığında puan ortalamaları yönünden anlamlı ilişki saptanmıştır. Üstünova ve arkadaşlarının Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireyleri içeren çalışmasında; İncirkuş ve arkadaşlarının yaptığı “Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Aracı’nın (Patient Assessment of Chronic Illness Care-PACIC) Türkçe’de geçerlik ve güvenilirliğini belirlemeyi amaçlayan çalışmada da bizim bulgularımızla benzer sonuçlar elde edilmiştir (124).

Çalışmamızda hastaların doktora son muayenesinden itibaren geçen süre ile kronik hastalık yönetimlerinden memnuniyet puan ortalamaları yönünden anlamlı ilişki saptanmıştır. Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında da son muayene zamanı 3 aydan daha az olan hastaların tüm alt boyut ve ölçek toplam puanları son muayene zamanı 3 aydan daha fazla olan gruba göre daha yüksek bulunmuştur (125).

Çalışma kapsamındaki hastaların sosyodemografik özelliklerinden ortalama aylık gelir seviyesi ve sosyoekonomik durumuna göre kronik hastalık yönetimlerinden memnuniyet puan ortalamaları karşılaştırıldığında, puan ortalamaları yönünden anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum birinci basamak sağlık hizmetlerinin herkese eşit ve ücretsiz verilmesinin bir sonucu olabilir. Bununla beraber İncirkuş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise gelir ve sağlık durum algısı ile ölçek toplam puanları arasında olumlu yönde ancak zayıf bir korelasyon bulunmuştur. Buna göre gelir ve sağlık durumu algısı arttıkça hastaların aldıkları kronik hastalık bakımından da memnuniyetleri artmaktadır (124).

Bu çalışmada hastaların eğitim düzeyi ile kronik hastalık yönetimlerinden memnuniyet puan ortalamaları karşılaştırıldığında puan ortalamaları yönünden anlamlı ilişki saptanmış olup eğitim düzeyi lise veya üniversite olan hastalar eğitim düzeyi ortaokul veya daha altı olanlara göre kronik hastalık bakım yönetiminden daha çok memnun kalmışlardır. Bu konuda yapılan uluslararası çalışma bulgularında da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Rosemann ve arkadaşlarının 2007 yılında, Wensing ve arkadaşlarının 2008 yılında, Jackson ve arkadaşlarının 2008 yılında, Taggart ve arkadaşlarının 2009 yılındaki çalışmasında da eğitim seviyesi yüksek olan hastaların toplam ölçek puanları daha yüksek bulunmuş ve bu durum eğitilmiş insanların gerekli bakımı alma, uyum ve öz yönetimde daha iyi olmasıyla açıklanmıştır (122,123,126,127). Bu konuyla ilgili ülkemizde yapılan az sayıdaki çalışmalara bakacak olursak İncirkuş ve arkadaşlarının 2011 yılında, Üstünova ve arkadaşlarının 2013 yılında, yine Karabulutlu ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmada da hastaların eğitim düzeyi grupları arasında PACIC ortalama skoru açısından anlamlı bir ilişki saptanmıştır (122,128,129). Ayrıca Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında da katılımcıların eğitim düzeyi düşük olmakla birlikte, eğitim seviyesi orta okul ve üzeri olanların istatistiksel olarak olmasa bile PACIC skorunun daha yüksek olduğu bulunmuştur (125). Bununla beraber Glaskow ve arkadaşlarının 2005 yılında birinci basamak sağlık ortamlarında kronik hastalığı olan 266 kişide yürüttükleri çalışmada eğitim düzeyi ile PACIC skoru arasında bir farklılık bulunmadığı bildirilmiştir (117). Benzer şekilde osteoartrit ve hassas barsak sendromu olan hastaların PACIC ölçeği ile değerlendirildiği çalışmalarda da hastaların eğitim düzeyi grupları arasında PACIC ortalama skoru açısından anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir (130,131).

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Öncelikle örneklemin Hatay ili ve Antakya ilçesiyle sınırlandırılmış olması ve sadece ASM' lere başvuran bireylerden oluşmuş olması önemli bir kısıtlılıktır. Ayrıca yerli halkın bir kısmının anadilinin Arapça olması da iletişim sorunu nedeniyle çalışma dışı bırakılan denek olmasına yol açmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamıza katılan hastaların, PACIC ölçeğine ortalama $3,98 \pm 0,58$ puan vermesi alınan bakımın “iyi düzeyde” değerlendirdiklerini göstermiştir. Bununla beraber hastaların alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları en yüksek; hasta katılımı, en düşük ise amaç belirleme olarak bulunmuştur. Bu çalışmada hastaların kronik hastalık bakımından memnuniyet puan ortalamaları eğitilmiş olanlarda, hastalığına ilişkin bilgi alanlarda ve yıllık doktora başvuru sıklığı yılda dört veya daha az olan hastalarda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca hekime son muayenesinden itibaren geçen süre ile kronik bakım hizmetinden memnuniyet arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Kronik hastalığı bulunan bireylere daha iyi bir sağlık hizmeti verilebilmesi için ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği sağlık profesyonelleri tarafından rahatlıkla kullanılabilir ve. birinci basamakta sık görülen kronik hastalığı bulunan bireylere daha iyi bir sağlık hizmeti verilebilmesi için alınacak tedbirler konusunda yönlendirici olabilir. Böylece kronik hastalığı olan bireylere sunulan hizmetler hasta gözüyle ve tüm sağlık profesyonelleri boyutuyla değerlendirilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Gorman LM, Sultan DF, Raines ML. Davis' s manual of psychosocial nursing in general patient care. Philadelphia: F A Davis Company;1996: 436-47.
2. World Health Organization (April 2011). Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010, Burden: Mortality, Morbidity and Risk Factors. Erişim: 26.08.2016, http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/
3. Demirağ, S.A. (2009) Kronik Hastalıklar ve Yaşam Kalitesi. Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi, 2, 58-65.
4. Bilir, N. (2006) Değişen Sağlık Örutülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü: Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları. Toplum Hekimliği Bülteni, 25(3), 1-6.
5. Akdemir N. (2005) Kronik Hastalıklar ve Sorunları. İçinde N. Akdemir, L. Birol, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı, Ankara: Sistem Ofset; 193-200.
6. İrgil, E. (2006) Kronik Hastalıklar Epidemiyolojisi. Erişim: 05.08.2016, http://halksağligi.uludag.edu.tr/emel_irgil_3011/kronik_Hast_Epidemiyolojisi.pdf
7. Metintaş, S., Tayfur, M., Ünlüoğlu, A. ve Akşit, A. (2002) Kronik Hastalıklar. İçinde F. Akyürek (Ed.) Aile Sağlığı. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayın No: 1375, 213-217.
8. Türkmen E. Kronik hastalıklar ve önemi. Durna Z ed. Kronik Hastalıklar ve Bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012:37-49.
9. Akdemir N, Akkuş Y. Rehabilitasyon ve hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 13(1):82-91
10. Bilir, N. ve Subaşı, N. P. (2006) Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kontrolü. İçinde Ç. Güler, L. Akın, (Ed.), Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 1032-1034.
11. Dünya Sağlık Örgütü Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi 2008-2013 Eylem Planı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2010.

12. International Council of Nurses [ICN] (2010) Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care. International Nurses Day 2010. 1-69
13. World Health Organization [WHO] (2009b) Cardiovascular Diseases. Erişim: 09.08.2016, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>
14. World Health Organization [WHO] (2009c) Respiratory Diseases. Erişim:09.08.2016, <http://www.who.int/respiratory/en/>
15. World Health Organization [WHO] (2009a) Diabetes. Erişim: 09.08.2016, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
16. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı, Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı. Ankara; Anıl Matbaacılık Ltd. Şti; 2008. Erişim: 12.08.2016, http://www.tkdonline.org/PDFs/Turkiye_kalp_ve_damar_hastaliklarini_onleme_ve_kontrol_program_i.pdf
17. Ünüvar, N., Mollahaliloğlu, S. ve Yardım, N. (Ed.) (2006) Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004. Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık San. Ve Tic Ltd. Şti.
18. Cranston, J. M. (2006). Models of chronic disease management in primary care for patient with mild to moderate asthma or copd, 1-114, http://files.aphcri.anu.edu.au/research/full_report_84547.pdf (15.09.2016).
19. Davis, R. M., Wagner, E. H., Groves, J. (1999). Managing chronic disease. BMJ, 318(7191): 1090-1091.
20. Beaglehole, R. ve ark. (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.
21. Haskett, T. (2006). Chronic illness management: Changing the system. Home Health Care Management Practice, 18: 492-496.
22. Demirağ, S. A. (2009). Kronik hastalıklar ve yaşam kalitesi. Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi, 1(1): 58-65

23. Clark, N. M., Gong, M. (2000). Management of chronic disease by practioners and patients: Are we teaching the wrong things? *BMJ*, 320: 572-575.
24. Geyman, J. P. (2007). Disease management: Panacea, another false hope, or something in between? *Ann Fam Med*, 5: 257-260.
25. Rothman, A. A., Wagner, E. H. (2003). Chronic illness management: What is the role of primary care? *Ann Intern Med*, 138: 256261.
26. Bernard G. What are the basic principles to define general practice, Presentation to Inaugural Meeting of European Society of General Practice / Family Medicine. Strasbourg. 1995.
27. Braddock, C. H., Edwards, K. A., Hasenberg, N. M., Laidley, T. L., Levinson, W. (1999). Informed decision making in outpatient practice. *JAMA*, 282: 2313-2320
28. Türk Tabipler Birliği (TTB) (2011a). 2011 Seçimlerine Giderken Türkiye’de Sağlık. 1. basım. Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara. 7-16.
29. Heisler, M., Bouknight, R. R., Hayward, R. A., Smith, D. M., Kerr, E. A. (2002). The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management. *J Gen Intern Med*, 17: 243252.
30. Akalın, E., Durusu Tanrıöver, M., Sayran, F. (2012). Sürdürülebilir Sağlık Sistemi İçin Kronik Hastalık Yönetiminde Elektronik Sağlık Kayıtlarının Rolü. *Sis Matbaacılık Prom. Tanıtım Hiz. Tic. Ltd. Şti.*, 25-73.
31. Bodenheimer, T., MacGregor, K., Stothart, N. (2005). Nurses as leaders in chronic care. Their role is pivotal in improving care for chronic diseases. *BMJ*, 330: 612-613.
32. Hung, D.Y., Rundall, T.G., Tallia, A.F. Cohen, D.J. ve ark (2007) Rethinking Prevention in Primary Care: Applying the Chronic Care Model to Address Health Risk Behaviors. *The Milbank Quarterly*, 85 (1), 69–91.
33. Improving Chronic Illness Care [ICIC] (2007) Does the Chronic Care Model Work? Erişim: 19.08.2016, http://www.improvingchroniccare.org/downloads/does_the_chronic_care_model_workp df.pdf

34. Senuzun F. Kronik hastalıkların yönetimi ve araştırma alanları. Durna Z ed. Kronik hastalıklar ve bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi;2012: 559-566.
35. Solberg, L.I., Trangle, M.A. ve Wineman, A.P. (2005) Follow-Up and FollowThrough of Depressed Patients in Primary Care: The Critical Missing Components of Quality Care. *J Am Board Fam Pract*, 18, 520–7.
36. Wagner, E.H., Austin, B.T., Davis, C., Hindmarsh, M. ve ark. (2001) Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action Interventions that Encourage People to Acquire Self-Management Skills are Essential in Chronic Illness Care. *Health Affairs*, 20 (6), 64-78.
37. Glasgow, R.E., Orleans, T.C. ve Wagner, E.H. ve ark. (2001) Does the Chronic Care Model Serve Also as a Template for Improving Prevention? *The Milbank Quarterly*, 79 (4), 579-612.
38. Wagner, E.H. (2004) Chronic Disease Care. *BMJ*, 328, 177–178.
39. Bodenheimer, T., Wagner, E.H. ve Grumbach, K. (2002a) Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. *JAMA*, 288(14), 1775–1779.
40. Barr, V.J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L. Dotts, A., Ravensdale, D., Salivaras, S. (2003) The Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 7(1), 73-82.
41. Landon, B.E., Hicks, L.S., O'Malley, A.J., Lieu, T.A. ve ark. (2007) Improving the Manager of Chronic Disease at Community Health Centers. *The New England Journal Medicine*, 356, 921-934.
42. Wagner, E.H. (2000) The Role of Patient Care Teams in Chronic Disease Management. *BMJ*, 320, 569-572.
43. Bonomi, A.E., Wagner, E.H., Glasgow, R.E. ve VonKorff, M. (2002) Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): A Practical Tool to Measure Quality Improvement. *Health Services Research*, 37(3), 791-820.
44. Epping-Jordan, J.E., Pruitt, S.D., Bengoa, R. ve Wagner, E.H. (2004) Improving the Quality of Health Care for Chronic Conditions. *Qual Saf Health Care*, 13, 299–305.
45. Stelfson, M., Dipnarine, K., Stopka, C. (2013). The chronic care model and diabetes management in US primary care settings: A systematic review. *Prev. Chronic Dis*, 10: 1-21.

46. Noncommunicable diseases country profiles 2011, WHO global report. Editors: World Health Organization. September 2011. ISBN: 9789241502283. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/index.html
47. Ak M. Akademik Bir Disiplin Olarak Aile Hekimliği. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010;17(4):403-5
48. Steurer-Stey C, Rosemann T. Chronic care model: An evidencebased approach to Caring for People with Chronic Disease. Praxis 2010;99(11): 655-9.
49. Dashiff C, Bartolucci A. Autonomy development in adolescents with insulin dependent diabetes mellitus. J Pediatr Nurs 2002;17: 96-106.
50. Akman M, Çiğçili S. Aile hekimliği ve kronik hastalık bakım modeli. Turk Aile Hek Derg 2010; 14(1): 32-37.
51. Allen J, Gay B, et al. Evans P.(Ed.) The European Definitions of General Practice / Family Medicine. WONCA-Europe 2011th Edition. Barcelona, Spain: 2011.
52. Marakoğlu K, Çivi S. Hava kirliliğine atfedilen ölüm nedenlerinin değerlendirilmesi. Aile Hekimliği Dergisi. 2009;3(2).
53. Physicians AAoF. Comprehensive Care, Definition of. 2008. <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/c/comprehensivecare2.Html>
54. <http://www.jcam.com.tr/files/KATD-1573.pdf> Ö.Salim ve ark., Aile Hekimliğinde Genel Prensipler Erişim Tarihi:24.08.2016
55. Alper G. Diyabet. Onat T, Emerk K, Sözmen EY (editörler). İnsan Biyokimyası. 2. baskı, Ankara: Palme Yayıncılık, 2006; 280-90.
56. Expert Committee on the Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 2003; 26 (1); 5-20.
57. Bennett PH, Knowler WC. Definition, diagnosis, and classification of diabetes mellitus and glucose homeostasis. Khan CR, Weir GC, King GL, Jacobson AM, Moses AC, Smith RJ (editors). Joslin's Diabetes Mellitus. 14thed. Boston: Lippincott William and Wilkins, 2005; 333-9.

58. Arslan M. Diabetes mellitusta tanı ve sınıflandırma. İliçin G, Biberoglu K, Süleymanlar G, Ünal S (editörler). İç Hastalıkları. Öncü Basımevi, Ankara 2005; 2. Baskı; 2279-95.
59. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care. 2012; 35 (supp 1); 64-71
60. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, TEMD Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2011, Ankara, Ekim 2011. (ISBN: 978-605-4011-10-0)
61. Gabir M.M, Hanson R.L, Dabalea D, Imperatore G, Roumain J, Bennet P H, Knowler C. The 1997 American Diabetes Association and 1999 World Health Organization Criteria for Hyperglycemia in the Diagnosis and Prediction of Diabetes
62. Zimmet PZ, Tuomi T, Mackay R et al. Latent autoimmune diabetes mellitus in adults (LADA): the role of antibodies to glutamic acid decarboxylase in diagnosis and prediction of insulin dependency. Diab Med 1994;11:299-303.
63. American Diabetes Association, Alexandria, Virginia. Originally approved 1997. Modified in 1999 based on the Proceedings of the Fourth International Workshop. Diabetes Care 21 1998;2:B1-167.
64. American Diabetes Association. Diabetes Care January 2003.(suppl 1):26
65. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens [Internet]. 2013 Jul;31(7):1281–357. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23817082>
66. Eryılmaz U, Akgüllü Ç. Aile hekimliği uygulamasında hipertansiyon tanı süreci ve yönetim. Turkish Family Physician 2008; 3(2): 14-18.
67. Karakoç VK, Ömer Z, Can H. Birinci Basamakta Hipertansiyona yaklaşım. Smyrna Tıp Dergisi 2012; 62-67.
68. Chobanian A V. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure<SUBTITLE>The JNC 7 Report</SUBTITLE>. JAMA [Internet]. 2003 May 21;289(19):2560. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.289.19.2560>

69. World Health Organization. Global Health Observatory. Data Repository. Raised Blood pressure. www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/index.html [erişim;14/08/2016].
70. Guo F, He D, Wei Zhang W, Walton RG. Trends in Prevalence, Awareness, Management, and Control of Hypertension Among United States Adults, 1999 to 2010. *Journal of the American College of Cardiology*. 2012; 60(7): 599- 606.
71. Norman M. Kaplan, Ronald G. Victor. Kaplan's Clinical Hypertension. Tenth Edition. Lippincott Williams & Wilkins, chapter 1-3, 2010.
72. Onat A, Şenocak M, Örnek E, ve ark. Türkiye’de erişkinlerde kalp hastalığı ve risk faktörleri sıklığı taraması: 5. Hipertansiyon ve sigara içimi. *Türk Kardiyol Dern Arş*. 1991; 19: 169- 177.
73. ONAT, A., SANŞOY, V., YILDIRIM, B., KELEŞ, İ., ÇETİNKAYA, A., AKSU, H., USLU, N., GÜRBÜZ, N. (1999) Erişkinlerimizde kan basıncı: 8-yıllık seyri, tedavi oranı, koroner kalp hastalığı ile ve bazı etkenlerle ilişkileri. *Türk Kardiyol Dern Arş* 27:136-143.
74. Altun B, Arici M, Nergizoğlu G, Derici U, Karatan O, Turgan C, Sindel S, Erbay B, Hasanoğlu E, Çağlar S. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the patent study) in 2003. *Journal of Hypertension*. 2005; 23: 1817- 1823.
75. World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository. Blood pressure: Raised blood pressure (SBP \geq 140 OR DBP \geq 90 OR on medication) by WHO region. <http://apps.who.int/gho/data/view.main.2550?lang=en> [erişim; 27/ 08/ 2016].
76. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/t.c._saglik_bakanligi_saglik_istatistikler_i_yilligi_2013.pdf. 28 Eylül 2016.
77. Yabul C. Konya ilinde hipertansiyon prevalansı ve farkındalık. Uzmanlık Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, 2011.
78. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults. *JAMA* [Internet]. 2014 Feb 5;311(5):507.

Available

from:

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2013.284427>

79. Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension(ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Journal of Hypertension 2013, 31: 1281–1357.
80. Kaplan NM. Systemic Hypertension: Mechanisms and diagnosis. In: Braunwald E, Zipes DP, Libby P, editörs. Heart Disease. 7th ed. WB. Saunders Company, Philadelphia. 2005.p.959- 987.
81. Özbayram A. Yeni hipertansiyon tanısı almış hastalarda tedavi uyumu ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2008.
82. Kozan Ö. Temel Kardiyoloji, Güneş Tıp Kitabevleri, Bölüm 11, 2011.
83. Türk Toraks Derneği Astım ve Alerji Çalışma grubu. Astım Tanı ve Tedavi Rehberi 2014; Vol.15 (1): 1-86
84. Global Strategy for asthma management and prevention 2014 (update). Available from <http://www.ginasthma.org>
85. Yılmaz TF. Astımlı Hastalarda Eğitimin Semptom Kontrolüne, Atak Sıklığına Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.
86. T.C.Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Merkezi Müdürlüğü Başkent Üniversitesi Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi Hastalık Yüğü Final Rapor, Aralık 2004.
87. Kurt E, Metintaş S, Basyiğit I, Bulut I, Coskun E, Dabak S, et al. For the PARFAIT study of Turkish Thoracic Society Asthma-Allergy Working Group. Prevalence and risk factors of allergies in Turkey: Result of a Multicentric Cross-sectional study in children. Pediatr Allergy Immunol 2007; 18: 566-74.
88. Global surveillance, prevention and control of Chronic Respiratory Diseases, A comprehensive approach, WHO 2007.
89. Holgate ST. Genetic and environmental interaction in allergy and asthma. J Allergy Clin Immunol 1999;104:1139-46.

90. Ober C. Perspectives on the past decade of asthma genetics. *J Allergy Clin Immunol* 2005;116:274-8.
91. Türk Toraks Derneği Astım ve Alerji Çalışma grubu. Astım Tanı ve Tedavi Rehberi 2014; Vol.15 (1): 13-18
92. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: updated 2014. http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report2014_Feb07.pdf
93. Joseph TD, Robert LT, Gary RM, Barbara GW, et al. *Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach*. 7th ed. 2008, p:495-519.
94. Celli BR, MacNee W. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *Eur Respir J* 2004;23:932-46.
95. Türk Toraks Derneği Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanı Ve Tedavi Uzlaş Raporu. *Türk Toraks Dergisi* 2010; 11(1)
96. Paczek L, Nowak M. The paradox of the 21 st century-is there really an epidemic of most common killers? *Int J Gen Med* 2011;4:799-802.
97. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, et al. A comparative risk assesment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2224-60.
98. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2095-128.
99. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *Plos Med* 2006;3:e442.
100. Lopez AD, Shibuya K, Rao C, et al, Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projections. *Eur Respir J* 2006;27:397-412
101. Salvi SS, Bames PJ. Chronic obstructive pulmonary disease in nonsmokers. *Lancet* 2009;374:733-43.

- 102.WHO. World Health Statistics 2008. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008. http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf: 15.08.2016
- 103.Murray C.J.L., Lopez A.D.: Global Mortality, disability and the contribution of risk factors: Global burden of disease study. Lancet, 1997;349:1436-1442.
- 104.Buist AS, McBurnia MA, Vollmer WM, et al. BOLD Collaborative Research Group. International variation in the prevalence of COPD (The BOLD Study): A population-based prevalence study. Lancet 2007; 370: 741-50.
- 105.T.C. Sağlık Bakanlığı, RSHMB Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004. Ankara: Aydoğdu Ofset; 2006. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 701.
- 106.Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (ASTİM-KOAH) Önleme ve Kontrol Programı (2009-2013) Eylem Planı. Ankara: Kuban Matbaacılık; 2009. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-73897/h/turkiye-khh-astim-KOAH-onleme-ve-kontrol-programi-2009-.pdf>: 20.02.1012
- 107.Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 909, Ankara, 2013.
- 108.Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2010, 2011, 2012. TÜİK Haber Bülteni 2013; Sayı: 15847.
- 109.TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması 2012.
- 110.Hooper R, Burney P, Vollmer WM, et al. Risk factors for COPD spirometrically defined from the lower limit of normal in the BOLD Project. Eur Respir J 2012;39:1343-53.
- 111.Çöplü L.: Modern Tıp Seminerleri : 23, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Güneş Kitabevi, İstanbul, 2002.
- 112.Foreman MG, Campos M, Celedón JC. Genes and chronic obstructive pulmonary disease. Med Clin North Am 2012;96:699-711.
- 113.American Thoracic Society. Standards for the diagnosis and care of patients with COPD. Am J Respir Crit Care Med 1995; 152: 577-120.

114. Menezes AM, Perez-Padilla P, Jardim JR, et al. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATØNO study): a prevalence study. *Lancet* 2005; 366: 1875-81.
115. [Http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059) Erişim tarihi: 03.06.2016
116. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, 2012. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması PatenT2, internet erişim adresi: http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php (erişim tarihi: 06 haziran 2016) .
117. Glasgow, R.E., Wagner, E.H., Schaefer, J., Mahoney, L.D., Reid, R.J. ve Greene, S.M. (2005b) Development and Validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). *Med Care*, 43(5), 436–444.
118. Aragonés, A., Schaefer, E. W., Stevens, D., Gourevitch, M. N., Glasgow, R. E., & Shah, N. R. (2008). Validation of the Spanish translation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) Survey. *Preventing Chronic Disease*, 5(4), 1–10.
119. Glasgow, R. E., Nelson, C. C., Whitesides, H., & King, D. K. (2005a). Use of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) with diabetic patents. *Diabetes Care*, 28, 2655–2661.
120. Nutting, P. A., Dickinson W. P., Dickinson, L. M., Nelson, C. C., King, D. K., Crabtree, B. J., et al. (2007). Use of chronic care model elements is associated with higher-quality care for diabetes. *Annals of Family Medicine*, 5, 14–20.
121. Piatt, G. A., Orchard, T. J., Emerson, S., Simmons, D., Songer, T. J., Brooks, M. M., et al. (2006). Translating the chronic care model into the community. *Diabetes Care*, 29, 811–817.
122. Rosemann, T., Laux, M. D., Droesemeyer, S., Gensichen, J., & Szecsenyi, J. (2007). Evaluation of a culturally adapted German version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) questionnaire in a sample of

- osteoarthritis patients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13, 806–813.
123. Wensing, M., Lieshout, J. V., Jung, H. P., Hermsen, J., & Rosemann, T. (2008). The patients assessment chronic illness care (PACIC) questionnaire in the Netherlands: A validation study in rural general practice. *British Medical Journal*, 8, 182– 188.
124. İncirkuş K, Nahcivan NÖ. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu'nun Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği. *DEUHYO ED* 2011;4(1):102-109.
125. Kaya Apaydın Ç, Akturan S, ğimÇek M, et al. Kronik hastalık bakımının hasta perspektifinden değerlendirilmesi. *Turkish Family Physician* 2013;4(3):1-9.
126. Jackson G, Weinberger M, Hamilton NS, et al. Racial/ethnic and educational-level differences in diabetes care experiences in primary care. *Primary Care Diabetes* 2008:39–44
127. Taggart J, Chan B, Jayasinghe UW, et al. Patients assessment of chronic illness care (PACIC) in two Australian studies: structure and utility. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2011:215-221.
128. Üstünova E., Nahcivan N., Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Kronik Hastalık Yönetimine İlişkin Değerlendirmeleri ve İlişkili Faktörler. *F.N. Hem. Dergisi*, Cilt 23 - Sayı 1: 11-22, 2015.
129. Karabulutlu E. ve ark., Kronik Hastalığı Olan Bireylere Verilen Bakımın Değerlendirilmesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* Cilt 3 Sayı 1: 16-30, 2015.
130. Cramm JM, Nieboer AP. Factorial validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) and PACIC short version (PACIC-S) among cardiovascular disease patients in the Netherlands. *Health and Quality of Life Outcomes* 2012;10:104-111.

131.Randell RL, Long MD, Martin CF, Sandler RS, Chen W, Anton K, Kappelman MD. Patient Perception of Chronic Illness Care in a Large Inflammatory Bowel Disease Cohort. *Inflamm Bowel Dis* 2013;19:1428-1433.



8.EKLER

EK 1: Anket Formu

1. YAŞ:

2. CİNSİYET Erkek Kadın

3. SİGARA:

- a. Aktif içici:g/hafta/ yıl c. İçmiyor
b. Basmıyor

4. EĞİTİM DÜZEYİNİZ:

- a. Okuma-yazma bilmiyor d. Lise
b. Okuma-yazma biliyor e. Üniversite
c. İlkokul-Ortaokul

5. SOSYOEKONOMİK OLARAK KENDİNİZİ NASIL TANIMLARSINIZ?

- a. Çok iyi d. Kötü
b. İyi e. Çok kötü
c. Orta

6. AİLENİZİN AYLIK ORTALAMA GELİRİNE UYGUN OLAN SEÇENEĞİ İŞARETLEYİNİZ

- a. ≤1300 TL b. 1300-2500 TL c. >2500 TL

7. AŞAĞIDAKİ KRONİK HASTALIKLARDAN HANGİSİ SİZDE MEVCUT?

(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- a. Hipertansiyon c. Koroner kalp hastalığı
b. Diyabete mellitus d. Astım/Koşuk

8. EK BİR KRONİK HASTALIĞINIZ VAR MI?

9. KAÇ YILDIR KRONİK HASTALIĞINIZ BULLNUYOR?

- a. 5 yıl ve altı b. 6-10 yıl c. 11 yıl ve üzeri

10. EN SON DOKTORA NE ZAMAN MUAYENE OLDUNUZ?

- a. 0-3 ay b. >3 ay

11. EN SON SAĞLIK MUAYENESİ OLMA NEDENİNİZ MEVCUT KRONİK HASTALIĞINIZ MI?

- a. Evet b. Hayır

12. NE SIKLIKLA DOKTORA BAŞVURUSUNUZ?

- a. Yılda 4 veya daha az sıklıkta b. Yılda 5 veya daha sık

13. AİLE HEKİMİNİZ SİZİ KRONİK HASTALIĞINIZ HAKKINDA BİLGİLENDİRİYOR MU?

- a. Evet, bilgilendiriyor c. Yeterli bilgilendirmiyor
b. Hayır, bilgilendirmiyor d. Bilgilendirdi ama unuttum

Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu (PACIC)

Kronik ya da uzun süren bir hastalığınız olduğunda, sağlıklı ve mutlu bir şekilde yaşamınızı sürdürmeniz zor olabilir.

Hastalığınız konusunda size yardım edebilecekler için, hekim, hemşire gibi sağlık görevlileri tarafından size sunulan bakım hizmetleri hakkında görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Bu hizmetler sizinle uzun süredir ve düzenli olarak ilgilenen tüm sağlık görevlilerini kapsamaktadır. Bu konuda verdiğiniz bilgiler, gelecekte sizin gibi kronik sağlık sorunu olan hastaların daha iyi bakım alınmasını sağlamak için yol gösterici olacaktır. Bizler verdiğiniz bilgiler gizli tutulacak ve doktorunuz, hastanızın, kliniğiniz veya diğer sağlık görevlileri ile paylaşılmayacaktır.

Lütfen aşağıda yer alan her bir ifadeyi dikkatlice okuyarak, son 6 ay içinde hastalığınız ile ilgili aldığınız bakımı değerlendiriniz. Bakımınızla ilgili olan ifadeleri **çok** derecesinde düzeyde, her bir ifadeye ilişkin görüşlerinizi en iyi yanıtın ya da size en uygun gelen seçeneği (X) şeklinde işaretleyiniz. Burada doğru ya da yanlış fikir yoktur. Lütfen her bir ifadenin cevaplanması olmasına dikkat ediniz.

Son 6 ay içinde kronik hastalığınız ile ilgili bakım aldığınızda;	Hiç bir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Tedavi planım yapılabilecek görüşlerim alındı.					
2. Tedavim konusunda bana yardım için başka seçenekler sunuldu.					
3. İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi.					
4. Sağlıkım için yapmam gerekenler yazılı olarak verildi.					
5. Bakımın iyi düzenlenmiş olmasından memnun kaldım.					
6. Kendi bakımımı sağlamak için yaptığım şeylerin sağlığıma nasıl etkileyeceği açıklandı.					
7. Kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu.					
8. Beceğim ya da öğrenmiş olduğum davranışlarımı geliştirmem için yardım edildi.					
9. Tedavi planıma bir kopyası/örneği bana verildi.					
10. Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edildim.					
11. Sağlık alışkanlıklarım ile ilgili sorular soruldu.					
12. Doktorum ya da hemşirem gerekli olan tedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim.					
13. Günlük yaşamımda uygulayabileceğim bir tedavi planı yapmam için yardım edildi.					
14. Zor zamanlarımda bile kendime bakabilmem için yapmam gerekenler konusunda yardım edildi.					
15. Hastalığımla hayatımı nasıl etkilediği soruldu.					
16. Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı.					
17. Hastalığım konusunda bana yardımcı olabilecek sağlık personellerime katılmaya teşvik edildim.					
18. Diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacım olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirildim.					
19. Diğer hastalarla hastalarla birlikte doktorlara gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı.					
20. Diğer hekimlerle yaptığım görüşmeler konusunda sorular soruldu.					

EK 2: Etik Kurul Onayı

MKÜ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	'Hatay İli birinci basamakta görülen kronik hastalıklarda bakımın hasta perspektifinden değerlendirilmesi'	
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	11/01/2016/09	
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	MKÜ TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ	MKÜ Alahan Kampüsü Antakya HATAY
	TELEFON	0326 245 51 14
	FAKS	0326 245 51 14
	E-POSTA	tipetik@gmail.com

BASVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Erhan YENGİL			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği Anabilim Dalı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	MKÜ Tıp Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
		Gözetimsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
DİĞER İSE BELİRTİNİZ					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLAR ARASI <input type="checkbox"/>	



Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı : Doç.Dr.Nazan SAVAŞ
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

MKÜ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANNI AÇIK ADI	'Hatay İli birinci basamakta görülen kronik hastalıklarda bakımın hasta perspektifinden değerlendirilmesi'
ARAŞTIRMANNI PROTOKOL KODU	11/01/2016/09

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarhi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	2016/03	1
	BELGELENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SECORTA	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		
	BİFFLÖZİK MATERNEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	ILAN	<input type="checkbox"/>		
	YELİK BELDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GUVENLİK BELDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
	Diğer:	<input type="checkbox"/>		

KARAR BELGELERİ	Karar No:01	Tarih: 13/01/2016
Yukarıda bilgileri verilen başvuruya doyum ile ilgili belgeler araştırmanın/uygulamanın gerekli, amaç, yaklaşımları ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/uygulamanın başvuru doyumunda belirtilen metodolojik gereklilikler açısından etik ve bilimsel saldımsız bulunmuş olması ve uygulanması konusunda etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Etik Kurulunun Kararına İlgili Klinik Araştırmalar Hakkında Yürürlükte bulunan yarı alan araştırma/uygulama için Tıbbi Etik Kurulunun Kararı/Adını İnan Alınması gerekmektedir.		

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yürürlükte İy Klinik Uygulamaların Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	DOC.DR.NAZAN SAVAŞ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilgili		Katkısı +	İmza
Doç.Dr.Nazan SAVAŞ	Halk Sağlığı	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Prof.Dr.Camali GÖRCE	İç Hastalıkları	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Prof.Dr.Ayliner KALACI	Ortopedi ve Travmatoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>
Doç.Dr.Zafer YÖNDEM	Tıbbi Biyokimya	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç.Dr.Başarı ÖZER	Tıbbi Mikrobiyoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Yrd.Doç.Dr.Merihhan PINAR	Tıbbi Farmakoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç.Dr.Nazan SAVAŞ
İmza:



Not: Etik kurul başvurusu her sayfada imzalanmış olması gerekmektedir.

MKÜ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		'Hatay İli birinci basamakta görülen kronik hastalıklarda bakımın hasta perspektifinden değerlendirilmesi'							
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		11/01/2016/09							
Yrd Doç.Dr.Fatih SEFİLİ	Fizyoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Av. Selçuk TENERKİÇİOĞLU	Hukuk	MKÜ Hukuk Müşavirliği	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Yusuf COŞKUN	Enanl	Sobesi Çalışan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Osman ÖZKAN	Eğitimi	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Mazit EKENER	Kınyaya	Sobesi Çalışan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*Toplantıda Belirtilen

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı :Doç.Dr.Nazan SAVAS
İmza:



Not: Etik kurul toplantılarının her 5075/2005 sayılı yasa ile düzenlenmiştir.

9. ÖZGEÇMİŞ

Dr. Mustafa Yıldız 26.08.1988 tarihinde Gaziantep' in İslahiye ilçesinde doğmuştur. Cumhuriyet İlköğretim Okulu' nu, ve Hasan Ali Yücel Anadolu Öğretmen Lisesini bitirmiştir 2012 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi' nden mezun olmuştur. Aynı yıl İslahiye Toplum Sağlığı Merkezi' nde pratisyen hekimliğe başlamıştır. 17.01.2014 tarihinde Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı' nda uzmanlık eğitimine başlayıp hala burada araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.