



**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**BİRİNCİ BASAMAKTA 65 YAŞ ÜSTÜ KRONİK HASTALIĞI
BULUNAN BİREYLERİN HASTALIK BAKIMLARI VE
HASTALIK UYUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. İbrahim DEMİRDÖVEN

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Engin Burak SELÇUK**

MALATYA-2022



**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**BİRİNCİ BASAMAKTA 65 YAŞ ÜSTÜ KRONİK HASTALIĞI
BULUNAN BİREYLERİN HASTALIK BAKIMLARI VE
HASTALIK UYUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Dr. İbrahim DEMİRDÖVEN
ORCID ID:**

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Engin Burak SELÇUK**

MALATYA-2022

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Yaşlılık Tanımı.....	4
2.2. Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlı Nüfusun Durumu	4
2.3. Kronik Hastalıklar	6
2.4. Dünya ve Türkiye’de Kronik Hastalıklar	7
2.5. Yaşlılıkta Sık Görülen Bazı Kronik Hastalıklar.....	8
2.5.1 Hipertansiyon.....	8
2.5.2. Diyabet.....	11
2.5.3. Astım.....	14
2.5.4. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı	16
2.5.5. Kanserler	17
2.6. Kronik Hastalıklarda Birinci Basamak Sağlık Hizmetinin Yeri	25
2.7. Kronik Hastalıklarda Görülen Psikososyal Sorunlar ve Aile Hekimlerinin Rolü	27
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	28
3.1. Çalışma Protokolü	28
3.2. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu (Patient Assessment Of Chronic Illness Care -PACIC).....	28
3.3 Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ)	29
3.4. Verilerin Toplanması.....	29
3.5. İstatistiksel Veriler	29
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA	43
5.1. Hastaların Özelliklerine Göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	43

5.2. Hastaların Özelliklerine Göre Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi	50
5.3. Hastaların Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Durumu İle Kronik Hastalık Uyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	54
KAYNAKLAR	56
EKLER.....	69
EK-1. Özgeçmiş	69
EK-2. Etik Kurul Onayı	70
EK-3. İl Sağlık Müdürlüğü Onayı	71
EK-4. Bilgilendirici Gönüllü Onam Formu	72
EK-5. Anket	75
EK-6. Ölçekler	76

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi aldığım süre içerisinde tecrübeleriyle bana yol gösteren ayrıca tez sürecimde bilimsel temeller ışığında tezimi şekillendiren danışman hocam Doç. Dr. Engin Burak SELÇUK hocama,

Uzmanlık eğitimim boyunca üzerimde emeği olan Doç. Dr. Burcu KAYHAN TETİK hocama,

Dr. Deniz KANAT, Dr. Abdulkaki OKKA başta olmak üzere samimiyet ve dostluğunu esirgemeyen tüm asistan arkadaşlarıma ve birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm personel arkadaşlarıma;

Her zaman yanımda olan, yol arkadaşım sevgili eşim Av. Gülşah DEMİRDÖVEN'e, eğitim hayatım boyunca bugünlere gelmemi sağlayan, hiçbir zaman desteklerini benden bir an olsun esirgemeyen saygıdeğer annem, babam ve kardeşimlere sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

Birinci Basamakta 65 Yaş Üstü Kronik Hastalığı Bulunan Bireylerin Hastalık Bakımları Ve Hastalık Uyumlarının Değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışmada 65 yaş üstü kronik hastalıkları olan bireylerin hastalıklarına olan uyum ve kendilerine sunulan bakım memnuniyet düzeylerini sorgulayıp, iki kavram arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, Malatya Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 11.01.2022 tarihinde 2022/2901 karar numarası ile etik kurul onayı alınmıştır. Gözlemsel-kesitsel tipte olan araştırma 30/03/2022-30/05/2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmada evrenimiz Malatya Battalgazi ve Yeşilyurt merkez ilçelerine bağlı olan Aile Sağlığı Merkezlerinde kayıtlı 65 yaş üstü kronik hastalıkları olan kişiler ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalar dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil olma kriterlerini taşıyan 500 hasta ile çalışılmıştır. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılmıştır. Çalışmada tanımlayıcı veriler kategorik verilerde n, % değerleri, sürekli verilerde ise ortalama±standart sapma (Ort±SS) değerleri ile gösterilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. İkili verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, ikiden fazla verilerin karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Anlamlılığın nereden kaynaklandığını bulabilmek için Post Hoc testi kullanılmıştır. Anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya yaş ortalaması $73,6\pm7,7$ (min=30-maks=95) olan toplam 500 hasta dahil edilmiştir. Hastaların 258'i (%51,6) kadın ve 242'si (%48,4) ise erkektir. Hastaların Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği (PACIC) ölçek puan ortalaması $3,4\pm0,8$ (min=1,2-maks=5) ve Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği puan ortalaması $79,9\pm11,9$ (min=45-maks=122) olarak belirlenmiştir. Uyum skoru ile yaş arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon görülmüştür. PACIC toplam puanı ile uyum toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon belirlenmiştir ($r=0,225$; $p<0,001$)

Sonuç: Hastaların aldıkları kronik hastalık bakımına dair memnuniyet düzeyleri “bazen” ile “çoğu zaman” arasında değerlendirilirken, kronik hastalıklarına olan uyumu “orta” düzeyde bulunmuştur. Hastaların kendilerine sunulan bakımı değerlendirme memnuniyeti ile hastalık uyumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Hastalık uyumu ile kronik hastalık bakımını değerlendirme durumu ilişkisinin araştırıldığı çalışmaya rastlanmamıştır. Bu sebepten çalışmaların sayısı artırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kronik hastalık uyumu, kronik hastalık bakımı, 65 yaş üstü

ABSTRACT

Evaluation of Illness Care and Illness Adaptation of Individuals Over 65 with Chronic Diseases in Family Health Center

Objective: In this study, it was aimed to examine the relationship between the two concepts by questioning the level of compliance with their diseases and satisfaction with the care provided to individuals over the age of 65 with chronic diseases.

Methods: This study was approved by the Malatya Clinical Research Ethics Committee with the decision number 2022/2901 on 11.01.2022. The research, which is observational-cross-sectional type, was carried out between 30/03/2022-30/05/2022. In the study, people over the age of 65 with chronic diseases registered in the Family Health Centers of Malatya Battalgazi and Yeşilyurt central districts and patients who volunteered to participate in the study were included and included in the study with 500 patients meeting the criteria. While evaluating the findings obtained in the study, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 program was used for statistical analysis. In the study, descriptive data are shown as n and % values in categorical data, and mean $\pm$ standard deviation (Mean $\pm$ SD) values in continuous data. Conformity of continuous variables to normal distribution was evaluated by Kolmogorov-Smirnov test. Mann Whitney U test was used to compare binary data, and Kruskal Wallis test was used to compare more than two data. Post Hoc test was used to find out where the significance originates from. Significance was evaluated at the $p<0.05$ level.

Results: A total of 500 patients with a mean age of 73.6 ± 7.7 (min=30-max=95) were included in the study. Of the patients, 258 (51.6%) were female and 242 (48.4%) were male. Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) scale mean score was 3.4 ± 0.8 (min=1.2-max=5) and Adaptation to Chronic Illness Scale mean score was 79.9 ± 11.9 (min=45-max=122) was determined. There was a negative significant correlation between the adaptation score and age. A positive and significant correlation was determined between PACIC total score and adaptation total score ($r=0.225$; $p<0.001$)

Conclusion: While the satisfaction levels of patients with the chronic disease care they receive are evaluated between "sometimes" and "often", adaptation with chronic diseases was found at "moderate" level. There is a positive relationship between patient's satisfaction with their care assessment and disease adaptation. No study was found that investigated the relationship between disease compliance and assessment of chronic disease care. For this reason, the number of studies should be increased.

Keywords: Adaptation to chronic illness, Caring for chronic illness, over 65 years old

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACC/AHA	: Amerikan Kardiyoloji Derneği / Amerika Kalp Birliği
ACE	: Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim
AIHW	: Wonca ve Australian Institute of Health and Welfare
APG	: Açlık Plazma Glukozu
ARB	: Anjiyotensin Reseptör Blokerleri
BAG	: Bozulmuş Açlık Glukozu
BGT	: Bozulmuş Glukoz Toleransı
BKI	: Beden Kitle İndeksi
BOH	: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
DKB	: Diyastolik Kan Basıncı
DM	: Diyabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GGK	: Gaitada Gizli Kan Testi
Hba1c	: Glikolize Hemoglobin
HPV	: Human Papilloma Virüs
HT	: Hipertansiyon
ICS	: İn hale Kortikosteroidler
IDF	: Uluslararası Diyabet Federasyonu
KETEM	: Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri
KKB	: Kalsiyum Kanal Blokerleri
KOAH	: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
KVH	: Kardiyovasküler Hastalıklar
LADA	: Latent Otoimmün Diyabeti
OAD	: Oral Antidiyabetik
OGTT	: Oral Glukoz Tolerans Testi
Ort±SS	: Ortalama±Standart Sapma

PACIC	: The Patient Assesment Of Chronic Illnesscare
PATENT	: Türk Hipertansiyon Prevalans
PEN	: Package of Essential Non-Communicable Diseases
SKB	: Sistolik Kan Basıncı
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezleri
TURDEP 2	: Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi 2
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
YRG	: Yüksek Risk Grubu
YTD	: Yaşam Tarzı Değişikliği

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.1. TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2015, 2020.....	6
Şekil 2.2. Hipertansiyon tedavisinde ilaç seçimi akış şeması.....	10
Şekil 2.3. Erişkinlerde Tip 2 Diyabet Taraması ve Tanımlama Şeması.....	13
Şekil 4.1. Katılımcıların hastalıklarının dağılımı	31
Şekil 4.2. Hastaların kullandıkları ilaçlar	32
Şekil 4.3. PACIC skoru ile uyum skoru arasındaki korelasyon	38
Şekil 4.4. Uyum skoru ile yaş arasındaki korelasyon.....	38



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. 2017 ACC/AHA Hipertansiyon kılavuzu sınıflaması	9
Tablo 2.2. Astımda yaşa göre özellikler.....	15
Tablo 2.3. Dünyada 2020 yılında yeni teşhis edilen kanserlerin dağılımı	18
Tablo 2.4. Dünyada 2020 yılında kansere bağlı ölümlerin dağılımı.....	19
Tablo 2.5. Türkiye’de 2020 yılında yeni teşhis edilen kanserlerin dağılımı.....	20
Tablo 2.6. Türkiye’de 2020 yılında kansere bağlı ölümlerin dağılımı	20
Tablo 4.1. Katılımcıların genel özellikleri	30
Tablo 4.2. Katılımcıların hastalıklarının dağılımı *	30
Tablo 4.3. Hastaların kullandıkları ilaçlar *	31
Tablo 4.4. Hastaların son 6 ayla ilgili özellikleri	32
Tablo 4.5. Hastaların ölçek puanları	33
Tablo 4.6. Katılımcıların genel özelliklerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	33
Tablo 4.7. Katılımcıların hastalıklarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	34
Tablo 4.8. Katılımcıların kullandıkları ilaçlarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	35
Tablo 4.9. Hastaların son 6 ayla ilgili özelliklerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	36
Tablo 4.10. Ölçek puanlarının yaş ve VKİ ile korelasyonu	37
Tablo 4.11. Katılımcıların genel özelliklerine göre PACIC alt boyutlarının karşılaştırılması	39
Tablo 4.12. Katılımcıların genel özelliklerine göre Uyum alt boyutlarının karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.13. Katılımcıların hastalıklarına göre PACIC alt boyutlarının karşılaştırılması	40
Tablo 4.14. Katılımcıların hastalıklarına göre Uyum alt boyutlarının karşılaştırılması	41
Tablo 15. Katılımcıların hastalık sayısı, hastanede yatış ve acile başvuru durumuna göre PACIC alt boyutlarının karşılaştırılması.....	41

Tablo 4.16. Katılımcıların hastalık sayısı, hastanede yatış ve acile başvuru durumuna göre Uyum alt boyutlarının karşılaştırılması	42
Tablo 4.17. Hastalıkların başlama süreleri ile ölçek puanlarının korelasyonu	42



1. GİRİŞ

Kronik hastalıklar, insanların fizyolojik, psikolojik ve sosyal yapısında yavaş ve süreklilik arz eden, geri dönüşümsüz değişikliklere neden olup, hayatın büyük bir bölümünü kapsayan, kişilerin öz bakımındaki işlev ve sorumluluğunu en üst düzeye çıkarabilmek için düzenli izlem, destek ve nitelikli bakım gerektiren hastalıklardır (1, 2). İnsan sağlığını etkileyen en önemli sorunlardan olan kronik hastalıklar herhangi bir enfeksiyon ajanından kaynaklanmayan; genetik yatkınlık, yaşam tarzı veya çevresel maruziyetlerden meydana gelen hastalıklardır (3).

Kronik hastalık yönetimi ise, hastalığın tedavisinden daha ötesini, başka bir deyişle hastanın öz bakım yönetimini kazanması ve multi-disipliner bir şekilde yaklaşılabilmesi için birçok eğitim öğretim yöntemleriyle hazırlanması ve güçlendirilmesini kapsar (2).

Araştırmalara göre nüfus artış hızının giderek azaldığı diğer bir ifadeyle yaşlı nüfus oranının arttığı ülkelere baktığımızda bunların gelişmiş ve gelişmekte olan dünya ülkeleri olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde de 65 Yaş üstü nüfusun oranı ve sayısı giderek artmakta olup, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Yaşlı nüfus oranı son beş yılda %22,5 artmıştır (4).

Dünya genelinde ve ülkemizde insan nüfusunun beklenen yaşam sürelerinin uzaması ile, hastalık yükü gittikçe artış göstermekte ve bu hastalıkların önemli bir kısmını kronik hastalıklar oluşturmaktadır. DSÖ'ne göre 2017 yılında yayınlanan raporda, ülkemizde kronik hastalıklardan dolayı 392.000 kişinin yaşamını yitirdiği ve gerçekleşen tüm ölümlerin %88' inden sorumlu olduğu belirtilmiştir (5). Günümüzde dünya üzerindeki tüm toplumları en çok etkileyen kronik hastalıklara bakıldığında bunların kalp ve damar hastalıkları, diyabet, kanserler ve kronik solunum yolu hastalıkları olduğu görülmektedir (6). Ülkemizde yaşlı bireylerin üzerinde yapılan çalışmalarda da %70-90 oranında en az bir kronik hastalığa sahip oldukları bulunmuştur (7).

Ulusal raporlarda da Türkiye'de ölüme sebep olan ilk 10 hastalıktan 7'sinin kronik hastalıklar olduğu belirtilmektedir. TÜİK'in 2019 yılına ait ölüm nedenlerinin incelendiği raporunda, ilk sırada %36,8 ile Kalp ve Damar hastalıkları yer alırken, bu

ölüm sebebini %18,4 ile iyi ve kötü huylu tümörler, %12,9 ile solunum yolu hastalıkları, %4,6 ile Sinir Sistemi hastalıkları, %4,4 ile Diyabet gibi Endokrin hastalıklar izlemiştir (8). Bu sebeplerden dolayı özellikle kronik hastalığı olan 65 yaş üstü bireylerin hastalığa uyumu, farkındalığı ve hastalığın tedavi-takip-bakım gibi süreçlerinin planlanması, düzenlenmesi ve sürekliliği çok büyük önem arz etmektedir (3).

En az bir kronik hastalığa sahip olan bireylerin fizyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel boyutları olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu bireyler, insan ilişkilerinde bozulma, hareketsizlik, bireysel baş etme kapasitesinde düşme, bellekte bozulma, özgüvende azalma, stresle baş etme ve ölüm korkusu gibi problemler yaşamaktadırlar. Yaşanan bu sorunlar kişinin hastalığa uyum sürecini etkilemektedir (1).

Bireye bütüncül yaklaşım gösterebilmek için; fizyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel olmak üzere üç ana boyutun dışında spiritüel ve entelektüel boyutlarında göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Çünkü yaşamın her alanını etkileyen kronik hastalıkların kişilerin hem spiritüel hem de entellektüel ihtiyaçlarını da artırdığı görülmüştür (9, 10).

Hastalığa uyum süreci süreklilik gerektiren bir durumdur. Fizyolojik uyum; semptomların kontrol altına alınması, tedavi, yaşam stili değişikliği ve kaybedilen fonksiyonu karşılayacak teknikleri kullanma becerilerini kazanma gibi durumları içermektedir. Psikolojik uyum; kronik bir duruma sahip olmayı kabullenmeyi, aile içindeki ve çevresindeki insanlarla ilişkilerindeki değişikliklere uyumu, fiziksel yeti ve görünümündeki değişikliklere uyumu, ileriye yönelik plan, program yapma vb. sorunlarla baş etmeyi içermektedir. Sosyal uyum; kişinin sevilme, yeni sosyal becerilerinin gelişimini etkileyen uğraşları edinme, içe çekilmeyi önleme ve diğer insanlarla olan iletişimini içerirken; spiritüel uyum ise sağlık alanında giderek önem kazanmakla birlikte, yaşamın anlamını anlama ve kabullenme, ölümün kaçınılmazlığı ve kabulünü içermektedir. Kronik hastalığı olanların hastalığa uyum göstermeleri; içinde bulunduğu durumun daha kolay anlaşılmasına ve bu durumla ilgili neler yapması gerektiğiyle ilgili karar verme sürecine yardımcı olmaktadır (10).

Yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık birimine bağlı nüfusa bireysel, kapsamlı, bütüncül ve sürekli sağlık hizmeti sunan hekimlik dalı Aile Hekimliğidir (LEEUEWENHORST TANIMI, 1974). Tıp

fakóltesinden mezun olduktan sonra bu disiplin úzerine uzmanlık eğitimi alan hekime Aile Hekimi uzmanı denir (11).

Bu tanım gereği Aile Hekimleri, sađlđđın teŗviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile ilk kademedeki tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri için açık ve sınırsız bir giriŗ sağırlar. Günümüzde de toplumun en kolay ve en rahat şekilde d ŗ k maliyetle ulaŗabildikleri sağlık kuruluŗları Aile Sađlđđı Merkezleri ve bireysel Aile hekimleridir. Aile hekimleri, kendilerine kayıtlı bireyleri bir bütün olarak ele alıp, kronik hastalıkların takibi ve tedavisi, kanser taramaları, gebe ve  ocuk izlemleri gibi bir çok görevi yapmaktadır (12).

Glasgow ve ark. 2005 yılında Kronik Bakım Modelini kullanarak “The Patient Assesment Of Chronic Illnesscare (PACIC)”  l eğini geliŗtirmiŗtir (13). Ölçeğin, Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme-Hasta Formu olarak çevirisi yapılarak, Türkçe’de geçerlik ve güvenilirliği araŗtırılmıŗ, ölçeğin kronik hastalığı olan kiŗilerin aldığı bakım hizmetinin değerlendirilmesinde sağlık sunucuları tarafından kolay bir şekilde kullanılabileceği kanısına varılmıŗtır (14).

Bu  alıŗmada, 65 yaŗ üstü olup kronik hastalığı olanlarda, kronik hastalık bakımını değerlendirme  l eği ile hastalara sunulan bakımın hasta gözüyle değerlendirilme durumu ve fiziksel, psikolojik, sosyal alt boyutları olan kronik hastalıklara uyum  l eği ile hastaların kronik hastalıklarına olan uyum düzeyinin belirlenmesi ama lanmıŗtır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık Tanımı

“Yaşlılık” sözlük anlamı olarak yaşlı olma, ilerleyen yaşın etkilerinin ortaya çıkma halidir. Yaşam şartlarının oldukça zor olduğu neolitik dönemde, ilk insan olarak kabul edilen Homo sapienslere göre günümüzde modernleşmenin ve çevresel koşulların iyileşmesi sayesinde ortalama ömür süresinin oldukça uzadığı görülmektedir (15, 16).

Yaşlılığın tanımı DSÖ’ye göre; vücudun çevresel uyaranlara karşı cevap verebilme kapasitesinin giderek azalmasıdır (17).

Kronolojik yaşlılık; kişinin doğumundan itibaren başlayan, resmi kural ve işlemlerin uygulanabilmesi için gerekli olan, bireyleri ayrıştırmada kullanılan kısmen objektif sayılan, kullanımı kolay, temel araç ve ölçüttür. DSÖ, kronolojik sınıflandırmada yaşlılığın başlangıcını 45-59 yaş, 60-74 yaş aralığını orta yaş, 75-89 yaş arasını ileri yaş, 90 ve üzerini ihtiyarlık olarak kabul etmektedir. Psikogeratrik yaşlılık döneminin sınırları ise Dünya Sağlık Örgütü’ne göre; 65 yaş ve üzeri yaşlı, 85 yaş ve üzeri çok yaşlı olarak tanımlanmaktadır (16, 18).

Yaşlılık dönemi; fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla ele alınması gereken, birçok sağlık problemlerinin yaşandığı, yaşamın önemli evrelerinden biridir. Fizyolojik boyutuyla yaşlılık; kronolojik yaşın ilerlemesiyle görülen değişikliklere ek olarak fiziksel kapasitenin belirgin olarak azaldığı ve bağımlılığın arttığı bir dönemdir. Psikolojik boyutuyla yaşlılık; algı, öğrenme, sorunlarla başa çıkabilme, kişilik özellikleri açısından yaşla birlikte insanın uyum sağlama kapasitesindeki bozulmayı ifade eder. Sosyolojik boyutuyla yaşlılık ise; kültürel özelliklerine göre bir toplumun belirli yaş gruplarından beklediği davranışlar ve o toplumun o gruba verdiği değerlerdir (18).

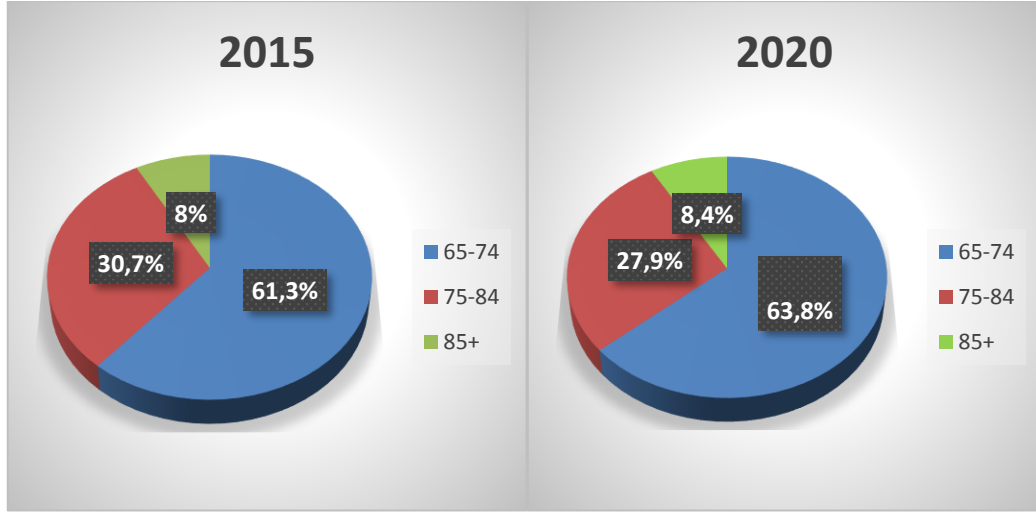
2.2. Dünya’da ve Ülkemizde Yaşlı Nüfusun Durumu

Dünyada bulaşıcı olmayan hastalıklarda ciddi oranda bir artış gözlenmektedir. Bu artışın en önemli 2 sebebi, çevresel faktörler ve yaşlı nüfusun hızlı artış göstermesidir. Gelecekte bulaşıcı olmayan hastalıkların, yaşlı nüfusun giderek artması ile daha ön planda yer alacağı tahmin edilmektedir (19). Toplumda 65 yaş üstünü 4 gruba ayırabiliriz; çok yaşlı olanlar (%10 ve üzeri), yaşlılar (%7-10 arası), olgun yaşlılar

(%4-7 arası), genç yaşlılar (%4 ve altı). Yaşlı popülasyonun 2019 yılında aşağı yukarı 1 milyar kişiden oluştuğu bilinmekte olup, bu rakamın 2030 yılına kadar 1,4 milyara, 2050 yılına kadar ise 2,1 milyara çıkabileceği düşünülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde bu artış hızının daha fazla olacağı beklenmektedir. Antik çağ döneminde her 100 bireyden sadece tek bir birey 60 yaşına kadar yaşayabilmekteydi, Roma döneminde ise herhangi bir askerin ortalama 22 yıl ömrü vardı, 20. yüzyıla gelene kadar ülkelerin çoğunda uzun bir ömür için gerekli ortamın olmadığı bilinmektedir (20).

Dünya geneline baktığımızda doğurganlık hızı, son 50 yılda, neredeyse yarı yarıya azalmış; 5 çocuktan 2,7' e kadar gerilemiştir. Dünyada toplam doğurganlık hızının ise ilerleyen zamanlarda 2,1 çocuğa kadar düşeceği tahmin edilmektedir. Bu duruma paralel olarak genç nüfusun azalması kaçınılmazdır. Türkiye' de dünyadaki demografik gelişmelere benzerlik göstermektedir. 1927' de Cumhuriyetin ilanı ile birlikte yapılan ilk nüfus sayımında 13,6 milyon olan Türkiye nüfusu, doğum yanlısı siyasi tutum nedeniyle, 1960 yılında 2 katına çıkarak 27,8 milyona ulaşmıştır. Pronatalist nüfus politikalarından 1965 yılından itibaren vazgeçilmiş ve doğurganlık hızında %61'lik bir düşüş gözlenmiştir. 1950'lerde kırsal alanlardan kente göçün artması, kadının çalışma hayatında yer alması, eğitim düzeyinde artış ve ana-çocuk sağlığındaki gelişmeler ile 1980'lerden sonra toplam doğurganlık giderek azalmıştır (21).

Yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 yaş ve üstü nüfus, 2015 yılında 6 milyon 495 bin 239 kişi iken son 5 yılda %22,5 oranında artış göstererek 2020 yılında 7 milyon 953 bin 555 kişi olarak belirlenmiştir. Yaşlı nüfusun toplam nüfustaki oranı ise 2015 yılında %8,2 iken, 2020 yılında %9,5' e çıkmıştır. 2020 yılında yaşlı nüfusu erkek, kadın olarak ele aldığımızda; kadın nüfus oranı %55,8 olarak belirlenirken, erkek nüfus oranı %44,2' de kalmıştır. 2015-2020 yıllarında yaşlı nüfus yaş gruplarına göre incelendiğinde; her iki yılda da yaşlı nüfusunun 65-74 yaş grubunda daha fazla olduğu görülmüştür. 2015 yılında bu oran %61,3 iken, 2020 yılında %63,8' dir (4).



Şekil 2.1. TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2015, 2020

2.3. Kronik Hastalıklar

Kronik hastalıklar, üç ay ve daha uzun süreli, yavaş seyirli, birden çok risk faktörünün sebep olduğu, geri dönüşümü olmayan, komplike bir şekilde ilerleyen ve insanları hayat kalitesini etkileyen hastalıklardır (22). Wonca ve Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) ise kronik durumu tanımlarken en az 6 aylık bir sürenin geçmesi gerektiğini ifade etmektedir. Avustralya, kronik hastalıkların bakım programlarını planlarken de bu süreyi baz almaktadır. İnsan yaşamında herhangi bir dönemde görünebilmekle birlikte daha çok ilerleyen yaşla doğru orantılıdır (23). Kronik hastalıkları, akut hastalıklardan ayıran en önemli 2 durum; kronik hastalıkların iyileşmemesi ve kendi kendini sınırlama özelliklerinin olmamasıdır (24).

Kronik hastalıklar; ortaya çıkmasında daha çok genetik yatkınlığın olması, yaşam şekli ile ilişkisi, çevresel maruziyetlerin etkili olması, herhangi bir enfeksiyöz ajana bağlı gelişmemeleri sebebiyle bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) olarak isimlendirilmektedir (3). Allen ve Feigl, kronik hastalıklar için “bulaşıcı olmayan” yerine “sosyal olarak bulaşan” teriminin tercih edilmesi gerektiğini savunmuşlardır. BOH’ları yeniden adlandırma çabalarına rağmen, halihazırda kabul gören isimlendirme değişmemiştir (25).

İlerleyen yaşla birlikte kronik hastalıkların insidansında artış görülmektedir. Ülkemizde de nüfusun yaşlanmasıyla beraber bu sağlık sorunlarının görülme insidansı artmakta ve gelecekte bunun sağlık sistemi için bir sorun olması kaçınılmaz görülmektedir (5).

2.4. Dünya ve Türkiye’de Kronik Hastalıklar

Bulaşıcı olmayan hastalıklar, DSÖ tarafından kardiyovasküler hastalıklar, kronik solunum yolu hastalıkları, diyabet ve kanserler olarak tanımlanmıştır.

Bulaşıcı olmayan hastalıklar sağlıklı yaşlanabilmenin önünde önemli bir engel teşkil etmekte olup, dünya çapında 2015 yılında toplam ölümlerin %70’ inden sorumludur ve bu özelliğiyle önde gelen ölüm sebeplerinden birisi olmuştur. BOH’lara bağlı ölümler 2000 yılında 31.4 milyondan, 2015 yılında 39.5 milyona yükselmiştir. DSÖ’nün 2015 yılı tahminlerine göre, dört ana kronik hastalık 12.4 milyon erken ölüme neden olmuştur. Bunların 6.2 milyonu kardiyovasküler hastalıklardan, 4.4 milyonu kanserden, 1.1 milyonu kronik respiratuvar hastalıklardan ve 700 bin erken ölüm ise diyabet sebebiyle gerçekleşmiştir (26).

Türkiye’de 2003 yılında yapılan Türk Hipertansiyon Prevalans (PATENT) çalışmasında hipertansiyon prevalansı %31.8, farkındalık oranı %40 ve antihipertansif ilaç kullanma oranı ise %31 olarak bulunmuş olup, ilaç kullanmasına rağmen tansiyonu regüle edilebilen kişilerin oranı %20’de kalmıştır. 2012 yılında tekrarlanan çalışmada hipertansiyon prevalansının %30.3 olduğu, farkındalık oranının %54.7’ye yükseldiği, antihipertansif ilaç kullanım oranının %47.5 olduğu ve ilaç kullananlarda tansiyonun regüle edilme oranının %53’lere çıktığı gözlenmektedir (27).

Çin’de, 2012 yılında hipertansiyon ve diyabet prevalansı sırasıyla %25.2 ve %9.7, 2013 yılında ise kanser insidansı 100.000’de 235 olarak belirlenmiştir. Gerçekleşen erken ölüm sebepleri ise en sık erkeklerde akciğer kanseri, kadınlarda meme kanseri olarak gözlenmiştir. Çin’de, 2012’de kronik hastalıkların oranı 100.000’de 533 ve meydana gelen tüm ölümlerin yaklaşık %87’sini oluşturdukları bulunmuştur. Bulaşıcı olmayan hastalık yükü 1990’da %69, 2010’da %77’ye kadar yükselirken bu oranın önlemler alınmadığı takdirde önümüzdeki yıllarda katlanarak devam edeceği tahmin edilmektedir. Çin’de önde gelen 4 ana bulaşıcı olmayan hastalık miyokard infarktüsü, inme, diyabet ve kronik obstruktif akciğer hastalıklarıdır. 2010 ve 2030 yıllarında bu hastalıkların oluşturdukları hastalık yüklerinin yüzde 50 oranında artış göstereceği düşünülmektedir (28).

1998’de DSÖ verilerine göre dünya da KOAH hastalığı bulunan 600 milyon insanın olduğunu belirtilmektedir. Her yıl yaklaşık 2.3 milyon insanın KOAH nedeniyle öldüğü bilinmektedir. 1990 yılında KOAH tüm dünya genelinde en sık görülen ölüm

sebepleri arasında altıncı sırada yer alırken, 2020 yılı itibariyle üçüncü sırada yer almaktadır (29).

Dünyanın en gelişmiş ülkelerinden olan Japonya, 1990 yılında dünyada uzun ömürlülük sıralamasında birinci sırada yer almaktadır. 2015 yılında yapılan araştırmalarda, erkeklerde ortalama yaşam süresi olarak 79.9 yıl, kadınlarda ise 86.3 yıl ortalamasına ulaşıldığı görülmüştür. Japonya’da inme %10.1 oranıyla bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında ilk sırada gelmektedir. İskemik kalp hastalıkları ve kanserler onu takip etmektedir. Kardiyovasküler kalp hastalıkları, diyabet ve KOAH’dan erken ölüm olasılığı ise yalnızca %9’da kalmıştır (28).

2.5. Yaşlılıkta Sık Görülen Bazı Kronik Hastalıklar

Altmışbeş yaş üzerindeki kişilerin %90’ında tek, %35’inde en az iki, %23’ünde üç, %15’inde ise dört ve üzerinde kronik hastalık bir arada bulunmaktadır (30). ABD’de tek kronik hastalığı olan 65 yaş üstündeki bireylerin oranı %80, Türkiye’de yapılmış olan 2 farklı araştırmada bu oran %66,5 ve %78,8 olarak belirtilmiştir (31).

2.5.1 Hipertansiyon

Hipertansiyon çok sık görülen ve küresel bir halk sağlığı sorunu oluşturan kronik bir hastalıktır. Hipertansiyon önlenilebilen ve kontrol edilebilen bir hastalıktır (31, 32). Tedavi edilmediğinde kalp yetmezliği, inme, miyokard infarktüsü, renal yetmezlik, görme kaybı gibi bir çok komplikasyon görülebilmektedir (27).

Yüksek tansiyonu olan hastaların %95’i primer (esansiyel) hipertansiyondur. Sekonder hipertansiyon geriye kalan %5’lik kısmı oluşturur. Bunlar feokromasitoma, böbrek hastalıkları, renal arter stenozu, hiperaldosteronizm ve uyku apnesi gibi hastalıklardır. Hipertansiyona bağlı komplikasyonlar dünya üzerinde her yıl 9.4 milyon ölüme sebep olmaktadır. Hipertansiyona sekonder kardiyovasküler sistem hastalıkları ve inme gibi ölümcül hastalıklar gelişmektedir. Kardiyovasküler sistem hastalıklarına bağlı ölüm oranları %45, inmeye bağlı ölüm oranları ise %51’dir. Erişkinlerde hipertansiyonun prevalansı %35-46 arasında tahmin edilmektedir. Hipertansiyonun prevalansının yükselmesinin en ciddi nedenleri yaşlı nüfusunun artması, diyetle tuz alımının artması ve obezitenin giderek yaygınlaşmasıdır (32).

13 Kasım 2017’de, Amerikan Kardiyoloji Derneği / Amerika Kalp Birliği (ACC/AHA) yeni hipertansiyon (HT) kılavuzunu yayınlamıştır. Bu kılavuzda yapılan

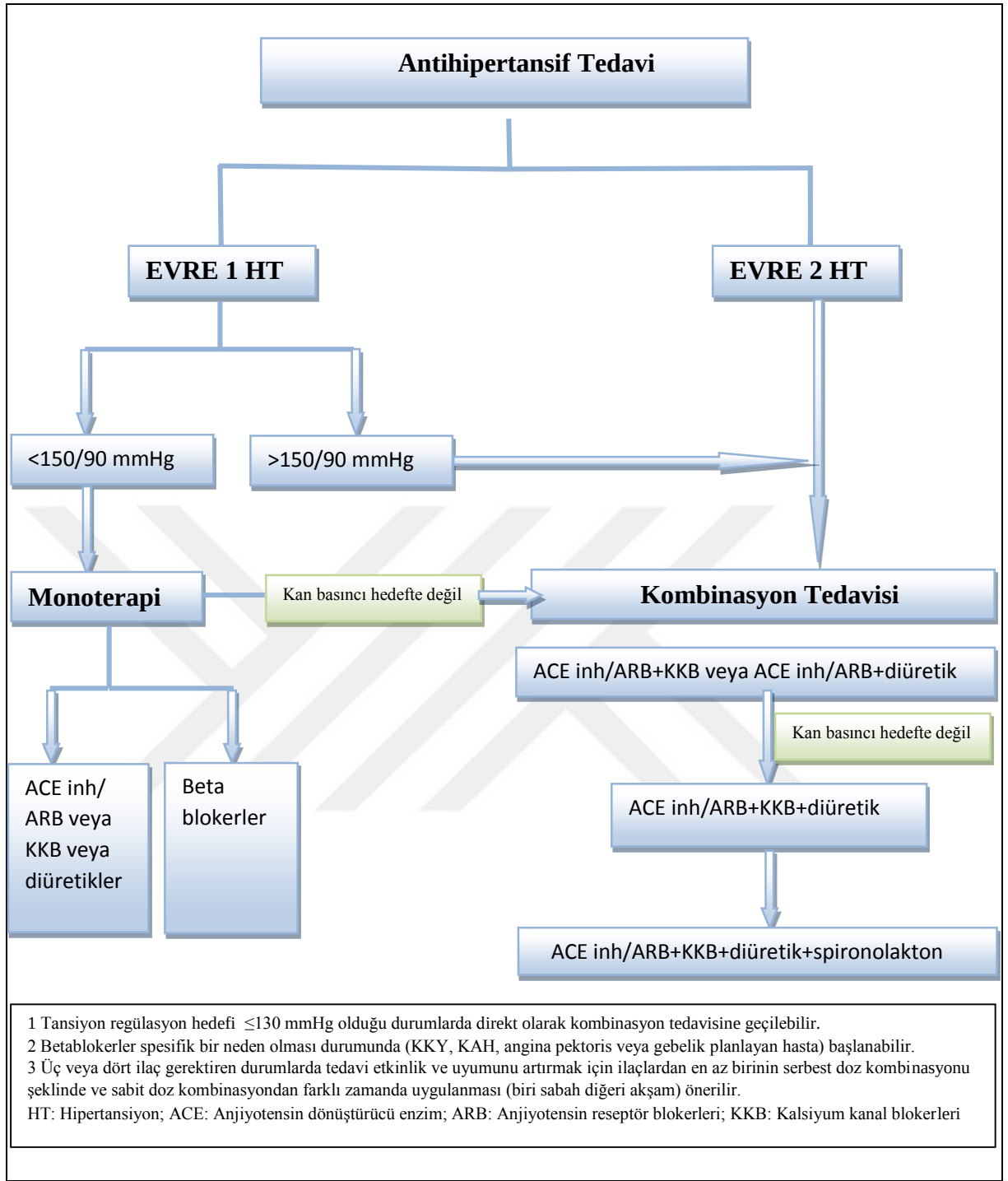
en ciddi değişiklik, yüksek kan basıncı tedavisinde uygulanan yaşam tarzı değişikliği (YTD) ve tıbbi tedavi başlama sınırında olmuştur. Daha önce 140/90 mm/Hg olan değer 130/80 mm/Hg sınırına çekilerek dikkat çekmektedir. Amerika'daki yetişkin popülasyonun %46'sının yeni belirlenen değerler ile HT tanısı alacağı, önceki değerler ile HT tanısı alan hastaların oranının %32 olduğu belirtilmektedir (33).

Tablo 2.1. 2017 ACC/AHA Hipertansiyon kılavuzu sınıflaması (33).

	SKB (mmHg)	DKB (mmHg)
Normal	<120 ve	<80
Yüksek	120 – 129 ve	<80
Evre 1 HT	130 – 139 veya	80 - 89
Evre 2 HT	≥140 veya	≥90

SKB: Sistolik Kan Basıncı, DKB: Diyastolik Kan Basıncı, HT: Hipertansiyon

Antihipertansif tedaviye tek ilaçla başlanması durumunda hedef tansiyon düzeyi elde edilemezse kombinasyon tedavisine geçilebilir. Kombinasyon tedavisinde ilk önce Anjitenin dönüştürücü enzim inhibitörleri/Anjitenin 2 reseptör bloker+Kalsiyum Kanal Blokeri veya Anjitenin dönüştürücü enzim inhibitörleri/Anjitenin 2 reseptör blokeri+diüretik tercih edilmelidir. Bu kombinasyon ile tansiyon regülasyonu sağlanamazsa Anjitenin dönüştürücü enzim inhibitörleri/Anjitenin 2 reseptör blokeri+Kalsiyum Kanal Blokeri+diüretik kombinasyonu seçilmelidir. Üçlü kombinasyonla da tansiyon regülasyonu sağlanamazsa tedaviye mineralokortikoid reseptör antagonisti eklemek gerekmektedir (34).



Şekil 2.2. Hipertansiyon tedavisinde ilaç seçimi akış şeması(34)

Kardiyovasküler hastalıkların en önemli risk faktörlerinden birisi hipertansiyondur. Amerika kıtasında hipertansiyon prevalansı yüksek olmasına rağmen hipertansiyonun farkındalık, tedavi ve kontrol düzeyi zayıftır. Amerika’da, birinci basamak sağlık sisteminde hipertansiyonun tespit, tedavi ve kontrolünün yanı sıra ikincil kardiyovasküler hastalıkların yönetimi için 2025 yılına kadar bir bakım modeli

olan HEARTS ortaya çıkarılmıştır. 2016 yılında HEARTS uygulanmaya başlamadan önce, birinci basamakta hipertansiyon tedavisi için 100'den fazla preparat kullanılıyordu. HEARTS, daha küçük ve daha basit formüller geliştirme stratejisi ile birinci basamakta kullanılmak üzere yüksek kaliteli 19-20 ilaçtan oluşan formüllerle ilerlemektedir (31).

2.5.2. Diyabet

Diyabetes mellitus, insülin üretiminde meydana gelen eksiklik sebebiyle oluşan (Tip 1 DM) ve tüm dünyada daha sık görülen insülinin vücuttaki etkilerine karşı direnç gelişmesi nedeniyle (Tip 2 DM) oluşan organizmanın protein, yağ ve karbonhidratlardan yeterince fayda sağlayamadığı, sonuç olarak devamlı tıbbi bakım gerektiren kronik bir metabolizma hastalığıdır. Diyabetin gelişiminde obezite, birinci dereceden akrabalarda diyabet öyküsünün olması, insülin direnci ile ilgili bir tablo gelişmesi, daha önce glukoz intoleransı tanısı almış olması gibi risk faktörleri ile birlikte düzensiz beslenme, virüsler, stres, toksinler, hareketsiz yaşam gibi çevresel faktörlerin etkili olduğu bilinmektedir (35).

Diyabetes mellitus ve komplikasyonları büyük bir sağlık tehdidi oluşturmaktadır. Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) verilerine göre, 2015 yılında dünya çapında 20-79 yaşları arasındaki 11 erişkinden birinin (415 milyon erişkin) diyabet hastası olduğu düşünülmektedir. Bu tahminlerin 2040 yılına kadar 642 milyona ulaşması beklenmektedir. En fazla artışın ise orta ve düşük gelirli ülkelerde yaşandığı bilinmektedir (36).

Türkiye’de TURDEP 2 (Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi 2)’nin 2010 yılında yaptığı çalışmaya göre yetişkinlerde diyabet görülme olasılığı %13.7’dir (37).

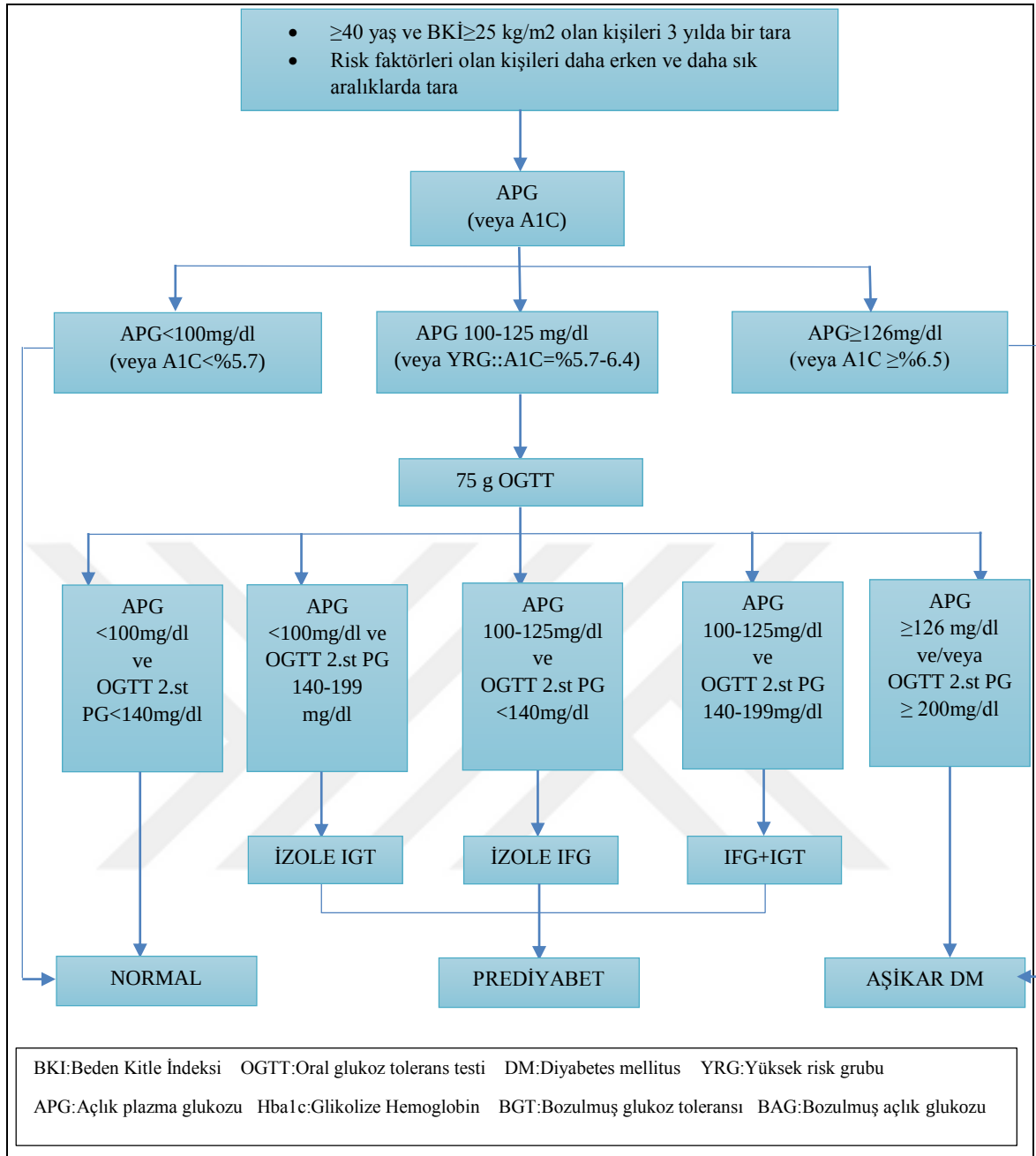
Diyabetli bireyin günlük diyabetle ilgili problemleriyle başa çıkabilmesi, metabolik kontrolün sağlanması ve tedaviye uyum için yeterli bilgi, becerisinin olması ve olumlu bir davranış geliştirebilmesi gerekmektedir. Diyabet eğitim hemşireleri, hastaların diyabet tedavisi, bakımı hakkında yeterli bilgi düzeyine ulaşması ve bakıma yönelik olumlu tutumlarının gelişmesinde önemli bir yere sahiptir. Literatürlerde diyabet konusunda olumlu tutumu olan hastaların kan şekeri düzeyi kontrollerinin ve öz bakım yeteneklerinin daha iyi olduğundan bahsedilmektedir (37).

Tip 2 diyabet değişik derecelerde insülin eksikliğinden ve direncinden dolayı meydana gelmektedir. Çoğu hasta uzun süre asemptomatik olarak hayatını sürdürmekte

olup, rastlantı sonucu tanı almaktadır. Erken tarama testlerinin kullanımının artması ile semptomatik diyabet hastalarının sıklığı giderek azalmaktadır. Tip 2 diyabette görülen semptomlar sık idrara çıkma(poliüri), çok su içme(polidipsi), gece idrara çıkma, bulanık görme ve azda olsa kilo kaybıdır. Poliüri için 180 mg/dl(glukoz) değeri renal eşik olarak kabul görmektedir. Polidipsi ise glukozürinin yol açtığı osmotik diürez ve hipovolemiye bağlı gelişir (38).

Tip 1 diyabetli yetişkinlerin %25'i başlangıç bulgusu olarak diyabetik ketoasidoz (DKA) ile gelir. Erişkinlerde insülin salınım kapasitesindeki düşüş çocuklara göre daha yavaş geliştiğinden hiperglisemi semptomlarının gelişmesi daha fazla zaman alabilir (38).

Tip 1 diyabetle ilişkili bir adacık otoantikorunun saptandığı, tip 2 diyabetin klinik özelliklerini gösteren, 35 yaşından sonra yeni diyabet tanısı alan hastalar erişkinlerin latent otoimmüne diyabeti (LADA) olarak tanımlanır (39).



Şekil 2.3. Erişkinlerde Tip II Diyabetes Mellitus Taraması ve Tanımlama Şeması(40)

Tip 2 diyabetli hastalarda herhangi bir kontraendikasyon yoksa, tolere edebiliyorsa tercih edilen ve maliyet etkin olan ilk ajan metformindir. Metforminin etki mekanizması hepatik glukoz üretiminde azalma ile ortaya çıkmaktadır ve metformin hipoglisemi riski olmayan bir oral antidiyabetiktir (41).

İnsülin duyarlılığını arttıran OAD ilaç grubu ise tiazolidindionlar (glitazonlar)'lardır. Bu ilaçlar iskelet kasında olmak üzere periferik dokular üzerine

etkilidir. Glitazonlar sıvı retansiyonuna, ödeme ve kadın hastalarda osteoporoza neden olabilmektedirler. Bu yüzden kalp yetmezliği hastalarında tercih edilmemelidir (42).

Pankreas beta hücrelerinden insülin salınımını arttıran sülfonilüreler diyabet tedavisinde kullanılan en eski OAD ilaç gruplarından. Bu grubun en önemli yan etkileri kilo alımı ve hipoglisemidir (41).

Glinidler, sülfonilüreler gibi pankreasın beta hücrelerine bağlanırlar ve insülin sekresyonunu uyarırlar. Hızlı ve kısa etkileri sayesinde postprandiyal hiperglisemi kontrol ederler (43).

İnsülinin etki düzeylerini incelediğimizde; kısa, orta, uzun ve hızlı etkili olmak üzere dört gruba ayrılmıştır. Tip I diyabet hastalarında insülin üretimi az miktarda yada hiç olmadığı için tamamen insülin bağımlıdırlar. Tip II diyabette ise, fizyolojik yollarla veya oral antidiyabetiklerle kan şekeri kontrol altına alınamazsa insülin verilebilir. Ciddi enfeksiyon geçirenler, pankreası cerrahi operasyonla alınmış olanlar, travma ve aşırı stres maruziyeti olanlarda da insülin tedavisi uygulanabilir (44).

2.5.3. Astım

Astım yıllardan beri dünya çapında, hem birey hem de toplum üzerindeki en sık görülen sağlık problemlerinden biri haline gelmiştir. Dünya çapında 300 milyon kişinin astım hastası olduğu ve bu sayının 2025 yılına kadar 400 milyona çıkacağı ön görülmektedir (45).

Astımı olan yaşlı hastalar, genç hastalara kıyasla daha fazla morbidite ve mortalite oranlarına sahiptir (46).

Astım prevalansı 65 yaş üstü hastalarda %4-13 arasında bildirilse de, bu yaş grubunda tanı alma sürelerinin gecikmesinden dolayı söz konusu olan sayıların gerçek rakamların altında kaldığı düşünülmektedir. Kadın popülasyon, düşük gelir düzeyine sahip kişiler ve siyahi olan yaşlı hastalar sık hastaneye yatışlar için en büyük risk grubunu oluşturmaktadırlar. Hastaneye yatış nedenleri çok faktörlüdür. Bunlar yetersiz astım tanısı, başka komorbid durumların varlığı, astım semptomlarının geri planda kalması, nefes darlığının yaşlılarda normal sayılması, çoklu ilaç kullanımları ve yaşlanma ile hastaların bilişsel işlevlerinde kayıplar olmasıdır. Kronik astım yönetiminin asıl tedavi ilacı olan inhale kortikosteroidler (ICS) yaşlı nüfusta yeterince kullanılamamaktadır. İn hale kortikosteroidler hastaneye yatışları azaltsa da, astımı olan

yaşlı hastalarda ağırlıklı olarak nötrofilik inflamasyon görüldüğü için yeterli fayda alınamamaktadır (47).

Yaşlı vakalarda 3 tip astım görülebilmektedir. Birincisi, çocukluk veya gençlik döneminden beri tanı almış olup, yaşlılık dönemine kadar alevlenme ve sönmelerle giden astım tipi; ikincisi daha önce astım belirtileri olan fakat verilen tedavilerle uzun yıllar boyunca latent kalmış, sonunda yaşlılıkla beraber bulguları tekrar görülen astım tipi; üçüncüsü ise semptomların yaşlılıkta gün yüzüne çıkmasıyla astım tanısı alan tiptir. 65 yaş üzeri astım hastalarının %40'ında ilk semptomların kırk yaşından sonra ortaya çıktığı bildirilmektedir (48). Sigara içme, horlama, yeni ortaya çıkan rinit, obezite ve kronik sinüzit gibi faktörler ileri yaşta başlangıç gösteren astım tiplerine eşlik etmektedir. Hastaların % 50'sinden fazlasında ise yeni başlayan bir enfeksiyon varlığı görülmüş olup, özellikle Klamidya, viral ve diğer atipik enfeksiyonların sebep olduğu düşünülmektedir (49).

Tablo 2.2. Astımda yaşa göre özellikler (48)

Özellikler	65 yaş altı Genç Astım	65 yaş üstü Geç Başlangıçlı Astım	65 yaş üstü Erken Başlangıçlı Astım
Başlangıç yaşı	Değişken/ 12 yaş altı	Değişken/erişkin yaş	12 yaş altı
İnflamasyon	Mastositler, CD4 lenfositler, eozinofiller	Mastositler, CD4-CD8 lenfositler, eozinofiller, nötrofiller	Mastositler, CD4-CD8 lenfositler, eozinofiller
Solunum Fonksiyonları (FEV1)	Normal olabilir	FEV1'de daha belirgin yıllık düşüş	Belirgin düşüklük
Reverzibilite testine cevap	Sıklıkla tam geri dönüşüm	Sıklıkla geri dönüşümsüz/hafif geri dönüşüm	Geri dönüşümlü
Metakoline karşı bronş hiperreaktivitesi	İnflamasyona bağlı gelişir	Solunum fonksiyonlarıyla ilişkili olarak yaşla birlikte artar	İnflamasyonun yoğunluğuyla ve remodelling ile ilişkili olarak yaşla birlikte artar
Th2-aracılı	+	Değişken	+
Atopi	+	-	+
Aile öyküsü	+	-	+
Obezite	-	-	+
Sigara	-	+	-

2.5.4. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı

KOAH, zehirli gaz ve partiküllere karşı hava yollarında ve akciğer parankiminde gelişen kronik inflamatuvar bir yanıtla karakterize, hava yolunda kısıtlılığa sebep olan, ilerleyici, önlenabilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır (50).

KOAH'ın prevalansı ve hastalık yükünün; mesleki maruziyet, iç ortam hava kirliliği ve tütün dumanı gibi risk faktörleriyle sürekli karşılaşma ve dünya nüfusunun sürekli yaşlanmasından dolayı önümüzdeki yıllarda artış göstereceği bilinmektedir (51).

KOAH; öksürük, balgam ve nefes darlığıyla karakterizedir. KOAH'ın genel seyri ise, sıklıkla hastaneye yatış gerektiren ve hastaların yaşam kalitesini oldukça kötü etkileyen, akciğer fonksiyonlarında gittikçe düşüşe neden olan ve tekrarlayan akut alevlenme ataklarıyla ilişkili olarak mortalite ile noktalanan bir hastalıktır (52).

KOAH'ın gelişimi için en önemli risk faktörü hala sigara tükemi olmasına rağmen tüm sigara içenlerde KOAH gelişmez, açık ve kapalı alanlarda hava kirliliğine maruz kalmak, mesleki tehlikeler, enfeksiyonlar ve erken çocukluk döneminde sigara dumanına maruz kalmak gibi çevresel faktörler KOAH gelişimine sebep olabilir. Alfa-1 antitripsin eksikliği ve genetik faktörler de KOAH patogenezinde etkilidir (53).

KOAH ile ilgili en önemli halk sağlığı mesajı sigarayı bırakmak olsa da, KOAH'ın çok faktörlü doğası nedeniyle diğer değiştirilebilir risk faktörlerine de dikkat edilmesi gerekmektedir. KOAH'ın yakından ilişkili olduğu hastalıklar ise, kardiyovasküler hastalıklar (KVH), koroner arter hastalığı (KAH), osteoporoz, metabolik sendrom, depresyon ve akciğer kanseri gibi kronik hastalıklardır (54). KOAH'ın mortalitesinde etkili olan faktörler; hava yolu obstrüksiyonun şiddeti, hastanın diyetine uyumu, egzersiz kapasitesi (6 dakika yürüme testi) ve nefes darlığının durumudur. Bu parametreler ile oluşan BODE (Body mass indeksi, Obstrüksiyon derecesi, Dispnenin şiddeti ve Egzersiz kapasitesi) indeksinin FEV1'e göre KOAH mortalitesini daha iyi öngördüğü bildirilmektedir (55).

Periferik hava yollarındaki obstrüksiyon ve akciğer parankiminin destrüksiyonu KOAH'lı hastaların akciğerlerindeki gaz alış-verişini azaltır ve bu durum hipoksemiye neden olmaktadır. Hipoksemiye bağlı olarak, beyin metabolizmasının ihtiyacı olan oksijen karşılanamadığı için nöron hasarı ve aksonal dejenerasyon oluşur, sonuç olarak beyin dokusunda hasar meydana gelmektedir. Araştırmalar, hipoksemili KOAH hastalarının yaklaşık %77'sinin bilişsel fonksiyonlarında bozukluk olduğunu

göstermektedir. KOAH'lı yaşlı hastalarda hipoksi, hiperkapni ve sistemik inflamasyonlar gibi hastalığa özgü faktörler; uygun kiloyu koruyamama, fiziksel aktivite eksikliği gibi yaşamsal faktörler; uzun süreli sigara içme, eğitim düzeyi, hastalığın seyri ve şiddeti gibi diğer faktörler hastaların beyin yapısında ve kognitif fonksiyonlarında bozukluğa sebep olmaktadır (56).

Yapılan çalışmalar uygun koruyucu önlemler ile KOAH gelişimini en az %80 oranında önlemenin mümkün olduğunu göstermiştir. GOLD 2017 raporuna göre KOAH gelişiminin ve ilerlemesinin engellemesi için ilk sırada sigarayı bırakma yer almaktadır. Tek başına sigarayı bırakmak %25'e varan oranlarda yaşam süresinde uzama sağlamaktadır. KOAH'tan korunma yollarından birisi de aşılamaştır. İnfluenza aşısı KOAH hastalarında önemli derecede hastalığın ciddiyetini ve ölüm oranlarını azaltmaktadır (Kanıt B). Pnömonokok aşısı, PCV13 (Konjuge pnömonokok aşısı) ve PPSV23 (Polisakkarit pnömonokok aşısı), 65 yaşın üzerindeki tüm hastalar için önerilmektedir. PCV13 ve PPSV23 aşısı özellikle kronik kalp veya akciğer hastalıkları olan ve komorbid durumları olan genç KOAH hastalarına önerilmektedir. KOAH hastalarında PCV13 ve PPSV23 aşılarının etkilerinin spesifik verileri sınırlı düzeydedir (57).

KOAH tedavisinin temelini farmakoterapi ve sigarayı bırakma oluşturmaktadır, seçilmiş hastalarda ise pulmoner rehabilitasyon, uzun süreli oksijen tedavisi ve cerrahi yöntemler tercih edilebilir. Mevcut kılavuzlara göre, monoterapiye inhale bronkodilatörler ile başlayıp, gerektiğinde kombinasyon tedavisine geçmeyi veya semptom şiddeti artar ve hava akımındaki obstrüksiyon ilerlerse inhale kortikosteroidlerin eklenmesi önerilmektedir (55).

2.5.5. Kanserler

Kanser ilk kez Hipokrat tarafından (M.Ö. 460-377) organizmanın şifa bulamayan yeni yapılanmaları olarak tanımlanmıştır. Hipokrat genellikle ülser yapıda olan, kırmızı, ağrılı, vücut yüzeyinde büyüyen, sıcak, diğerlerinden farklı karakterde olup daha yavaş büyüyen şişliklere "karkinos" ya da "karkinoma" adını vermiş, başka önemli bir yorum ise M.S. 2. yy'da Galen tarafından yapılmış olup, yengece benzettiği görünümü nedeniyle "kanser" adını vermiştir (58).

Kanser organ veya dokudaki hücrenin normal sınırlarının ötesinde büyüyüp, bölünmesiyle bulunduğu organı ele geçirmesi ve/veya başka organlara metastaz

yapmasıyla karakterize bir hastalıktır. Birçok anatomik ve moleküler alt tipi olan bu hastalık vücudun hemen her yerinde görülebilmektedir (59).

Kanser, tüm dünya ülkelerinde önde gelen ölüm nedenlerinden biri ve artan uzun yaşam beklentisinin önündeki en önemli nedenlerdendir (60).

Kanser Epidemiyolojisi

Kanser epidemiyolojisi; kanser hastalarının toplumdaki sıklığını araştıran, kanserlerin meydana geliş şekillerini halk sağlığı disiplininin ahlaki temelleri ve ilkelerini dayanarak bulmaya çalışan bir uygulama alanıdır (61).

Son 60 yılda epidemiyolojik değişiklikler gözlemlenmiştir. Sanitasyon alanlarındaki ilerlemeler, aşılamadaki gelişmeler ve antibiyotik keşfi sayesinde enfeksiyona bağlı ölümler azalırken, kanserlere bağlı olan ölümler küresel olarak artış göstermiştir (62).

Dünya genelinde 2020 yılında yaklaşık 19.3 milyon kişiye yeni kanser teşhisi konulurken, 10 milyondan fazla insan kanserden dolayı yaşamını kaybetmiştir (63).

2020 yılında görülme sıklığına göre sırasıyla; kadın meme kanseri, akciğer kanseri, kolorektal kanser, prostat ve mide kanserleri en sık görülen 5 kanser tipi olmakla birlikte, kanser mortalitesinde ise ilk sırada akciğer kanseri yer alırken onu kolorektal kanser, karaciğer, mide ve kadın meme kanseri takip etmektedir (63).

Tablo 2.3. Dünyada 2020 yılında yeni teşhis edilen kanserlerin dağılımı

Kanser	Sayı	Yüzde
Meme	2.261.419	11.7
Akciğer	2.206.771	11.4
Kolorektal	1.880.725	10
Prostat	1.414.259	7.3
Mide	1.089.103	5.6

Tablo 2.4'te görüldüğü gibi, dünyada 2020 yılında yeni teşhis edilen kanserlerin dağılımı değerlendirildiğinde %11.7 sıklıkla kadın meme kanseri birinci, akciğer kanseri ikinci sırada yer almakta olup, bunu %10 sıklıkla kolorektal kanser, %7.3 sıklıkla prostat kanseri, %5.6 sıklıkla mide kanseri izlemektedir (63).

Tablo 2.4. Dünyada 2020 yılında kansere bağlı ölümlerin dağılımı

Kanser	Sayı	Yüzde
Akciğer	1.796.144	18
Kolorektal	915.880	9.4
Karaciğer	830.180	8.3
Mide	768.793	7.7
Meme	684.996	6.9

Tablo 2.5’te görüldüğü gibi, dünyada 2020 yılında kansere bağlı ölümlerin dağılımı incelendiğinde %18 sıklıkla akciğer kanseri birinci sırada yer almakta olup, bunu %9.4 sıklıkla kolorektal kanser, %8.3 sıklıkla karaciğer, %7.7 sıklıkla mide kanseri ve %6.9 sıklıkla kadın meme kanseri izlemektedir (63).

Kanser yükü ve kansere sebep olan ölümler ele alındığında, 2018’de açıklanan verilere göre, dünya nüfusunun %60’ından fazlasına sahip olan Asya ülkelerinin, yeni kanser olgularının yaklaşık yarısına ve dünya genelinde meydana gelen kanser ölümlerinin yarısından fazlasına sahip olduğu tahmin edilmektedir. Avrupa ülkelerinin ise küresel nüfusun %9’una sahip olmasına rağmen, kanser vakalarının %23.4’üne, kansere bağlı ölümlerin ise %20.3’üne sahip olduğu tahmin edilmektedir. Küresel nüfusun %13.3’üne sahip olan Amerika kıtası ise, dünya genelinde kanser olgularının %21’ine ve kansere bağlı ölümlerin %14.4’üne sahiptir. Asya ve Afrika’daki kansere bağlı ölüm sıklığı (sırasıyla %57.3 ve %7.3), diğer dünya bölgelerinin aksine kanser sıklığından (sırasıyla %48.4 ve %5.8) daha fazladır. Bu bölgelerde yer alan birçok ülkede tanı ve tedaviye zamanında ulaşamama, kötü prognoz ve daha yüksek ölüm oranlarına yol açmaktadır (64).

Kanser, bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir halk sağlığı problemidir. Dünya genelinde ölüm sebepleri arasında kanser ikinci sırada yer almakta olup, artış hızının bu şekilde devam edeceği tahmin edilmekte ve 2030 yılına kadar ilk sıraya yerleşeceği öngörülmektedir (65).

Global Cancer Statistics’in 2020’de yayınladığı rapora göre ülkemizdeki yeni kanser vaka sayısı 233.834 iken kansere bağlı ölüm sayısı 126.335 olarak açıklanmıştır (66).

Tablo 2.5. Türkiye’de 2020 yılında yeni teşhis edilen kanserlerin dağılımı

Kanser	Sayı	Yüzde
Akciğer	41.264	17.6
Meme	24.175	10.3
Kolorektal	21.191	9.1
Prostat	19.444	8.3
Tiroid	13.682	5.9

Tablo 2.6’da görüldüğü gibi, dünyada 2020 yılında yeni teşhis edilen kanserlerin içinde %17.6 sıklıkla akciğer kanseri birinci, meme kanseri %10.3 sıklıkla ikinci sırada yer almakta olup, bunu %9.1 sıklıkla kolorektal kanser, %8.3 sıklıkla prostat kanseri ve %5.9 sıklıkla tiroid kanseri izlemektedir (66).

Tablo 2.6. Türkiye’de 2020 yılında kansere bağlı ölümlerin dağılımı

Kanser	Sayı	Yüzde
Akciğer	37.070	29.3
Mide	10.789	8.5
Kolorektal	10.723	8.5
Pankreas	8.214	6.5
Meme	7.161	5.7

Tablo 2.7.’de gösterildiği gibi Türkiye’de 2020 yılında kanser sebebiyle öldüğü tahmin edilen 126.335 kişinin %29.3’ü akciğer kanseri, %8.5’i mide kanseri, %8.5’i kolorektal, %6.5’i pankreas ve %5.7’si meme kanseri sebebiyle yaşamını yitirmiştir (66).

Kanserlerde Risk Faktörleri

Birçok risk faktörünün hastalığa direkt olarak sebep olup olmadığı bilinmemektedir. Risk faktörleri, hekimlerin kansere genetik yatkınlığı olan kişilere tanı koymasında yardımcı olmaktadır (67).

Risk faktörlerini dört grup altında toplayabiliriz.

1. Davranışsal Risk Faktörleri: Tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, alkol tüketimi, fiziksel hareketsizlik gibi değiştirilebilir risk faktörleridir (67).

2. Çevresel risk faktörleri: Yaşanılan alanlar ve çalıştığımız çevre kanser gelişimi için risk faktörü oluşturabilir. Ultraviyole ve iyonlaştırıcı radyasyon gibi fiziksel faktörler, asbest, aflatoksin gibi kimyasallar, bakteri, parazit ve bazı virüsler gibi biyolojik ajanların kanser için risk faktörü oluşturduğu bilinmektedir. Enfeksiyonlar küresel olarak kanserlerin %13'ünden sorumludur, özellikle de sosyoekonomik düzeyi düşük olan nüfusu etkilemektedir. Karaciğer (Hepatit B ve C), rahim ağzı (HPV), mide (Helicobacter pylori) kanseri sıklığı enfeksiyonlarla ilişkili olup son 30 yılda gelir düzeyi yüksek olan ülkelerde düşüş görülsede, gelir düzeyi düşük orta olan ülkelerde yaygınlığını sürdürmektedir (62).
3. Biyolojik risk faktörleri: Cinsiyet, ırk, yaş, cilt rengi gibi fiziksel faktörler kanserler için risk faktörleri olabilmektedir. Örneğin meme kanseri her iki cinsiyette de görülebilmesine rağmen kadınlarda görülebilme sıklığı çok daha fazladır. Prostat bezi sadece erkeklerde olduğu için prostat kanseri yalnızca erkeklerde görülür. Ayrıca, Amerikalı zencilerde prostat kanseri görülme olasılığı oldukça sıktır. Cilt rengi özelliğinde ise sarışın kişilerin deri kanseri olma ihtimali daha yüksektir (67).
4. Genetik risk faktörleri: Genlerin kalıtsal aktarımı sonucu aile üyelerinden birinde kanser bulunması diğer aile üyeleri içinde risk faktörü oluşturmaktadır (67).

Kanser Tedavisi

Kanser tedavisinde amaç, yaşam kalitesinin artırmak ve yaşam süresini uzatabilmektir. Kanser teşhis edildiğinde ilk yapılması gereken kanserin yerleşim yerinin anlaşılması, çevre dokulara ve vücuttaki diğer organlara metastaz durumunun belirlenmesi önem arz etmektedir. “Evreleme” adı verilen bu süreç kanserin türüne göre değişiklik göstermektedir. Evreleme, hasta için en uygun tedavi metodunun seçilmesinde oldukça yarar sağlamaktadır (68).

Kanserde cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi en yaygın kullanılan yöntemlerdir. Hormon tedavileri ve biyolojik tedaviler daha az kullanılan tedavi yöntemleridir. Kanser türüne ve evresine göre bu tedavi yöntemleri tek başına veya kombine bir şekilde de kullanılabilir (69).

Kemoterapi kanser hücrelerini ortadan kaldırmak, eğer ortadan kaldıramıyorsa kanserli hücrelerin büyümesini azaltmak için kullanılan antikanser ilaçlardır (70).

Cerrahi tedavi kanserli dokunun vücuttan çıkarılmasıdır. Kanserlerin çoğunda ilk tercih olup, bazı kanserlerde tam kür sağlanabilir. Cerrahi tedavi ile aynı zamanda biyopsi alınarak tanının doğrulanması, çevre dokulara yayılımı değerlendirerek evreleme yapılmasını sağlamaktadır (71).

Radyasyon tedavisinde (radyoterapi) iyonizan radyasyon ile kanserli hücreler yok edilerek tümör küçültülür veya tamamen ortadan kaldırılır (72).

Kanser Taraması

Kanserlerin önlenabilir hastalıklar olması, kanser taramalarını önemli kılmaktadır. Tarama testleriyle etkili tedavi ve erken evrelerde çok daha kolay tanı konulabilmesi amaçlanmaktadır. Kanser taramalarının asıl hedefi toplumun risk altında olan kısımlarıdır. Henüz herhangi bir semptom ortaya çıkmadan laboratuvar testleri veya klinik muayenelerle yürütülen her türlü sağlık hizmeti, kanser taraması olarak değerlendirilebilmektedir (73).

Serviks kanseri, meme kanseri ve kolorektal kanser hastalarının erken safhalarda teşhis edilmesine yönelik toplum kökenli tarama programları, DSÖ tarafından önerilmektedir (74).

Bir kanserde tarama testi uygulanabilmesi için o kanserin yaygın görülen bir tür olması ve tüm seyrinin tam olarak bilinmesi gerekmektedir. Tarama testinin duyarlılığının (taranan nüfustaki kanser hastalarını bulma gücü) ve özgüllüğünün (sağlıklı bireyleri kanser hastalarından ayırabilme gücü) yüksek olması gerekmektedir. Tarama testleri, erken tanı ile sağ kalımda artış gözlenen kanser türlerinde uygulanmalıdır. Tarama testinin uygulanması toplum tarafından kabul edilebilir olmalıdır. Taranan kanserin etkili bir tedavisi olmalı ve sağlık sisteminin bu tedaviyi sunabilecek düzeyde olması gerekmektedir (75).

Kanserler tarama testleri ile erken aşamada saptandığında; radikal tedavi gereksinimi azalmakta, organ ve uzuv kayıplarının önüne geçilebilmekte, kanserin ruh ve beden sağlığı olumsuz etkileri azalmakta, kanser sonrası sağkalım süresi artmakta, sağlık harcamalarının maliyeti düşmektedir (75).

Taramaların birtakım dezavantajları da mevcuttur; tarama testlerinin uygulanmasının sağlık sistemine maddi yük getirmesi, tarama sonucu yanlış pozitif gelen hastaların psikolojik problemler yaşamaları, kanser olmadığı halde tarama sonucu pozitif gelen hastalar için yapılan ileri tetkiklerin mali yükü, taramada borderline patoloji çıkması halinde aşırı tedavi uygulanmasıdır (75).

Türkiye’de Kanser Taraması

Türkiye’de 2008 yılından beri ‘Ulusal Kanser Kontrol Programı’ uygulanmaktadır. Bu program kapsamında taranan kanserler; Serviks kanseri, meme kanseri ve kolorektal kanserdir. Meme ve serviks kanser taramaları yalnızca kadınlara uygulanırken, kolorektal kanser taraması her iki cinse birden yapılmaktadır. Bu üç kanserle ilgili taramalar, tüm birinci basamak sağlık kurum ve kuruluşlarında (Aile Sağlığı Merkezleri, Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri) yürütülmektedir (76).

-Meme kanseri;

Meme kanserinin hasta sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak ve sağkalım süresini artırmak için erken tanı çok önemlidir. Tarama mamografi, kendi kendine meme muayenesi ve klinik meme muayenesi ile yapılmaktadır.

Mamografi; meme dokusundaki anormallikleri saptamak için düşük enerjili X-ışınlarının kullanıldığı bir yöntemdir. Mamografi sayesinde erken teşhisin meme kanseri mortalitesinde %20 oranında azalma sağlandığı bildirilmiştir. DSÖ, 50-69 yaşları arasındaki kadınların mamografi ile taranmaları gerektiğini, 40-49 ve 70-75 yaşları arasındaki kadınların yeterli maddi kaynakların olması ve tıbbi yarar sağlanabilecek kişilere mamografi ile tarama yapılmasını önermektedir. Türkiye’de Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartlarına göre 40-69 yaş arasındaki kadınlara her iki yılda bir mamografi ile tarama yapılmaktadır (77, 78).

Klinik meme muayenesi; Eğitimli bir sağlık çalışanı tarafından sağ ve sol memenin elle muayene edilerek olası bir kanser bulgusu açısından değerlendirilmesidir (77).

-Serviks kanseri;

Serviks kanseri, kadınlarda en sık görülen dördüncü kanserdir. Serviks kanserine bağlı ölümlerin %90’ı düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde görülmektedir. DSÖ

30-49 yaşındaki her kadın için en az bir kez HPV testi, sitoloji ve asetik asit ile değerlendirilerek tarama yapılmasını uygun görmektedir (79).

Türkiye’de Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartlarına göre, serviks kanseri için tarama 30 yaşından 65 yaşına kadar olan tüm kadınlara her 5 yılda bir Human Papilloma Virüs veya Pap-smear testi ile yapılmaktadır. Son iki Human Papiloma Virüs ve Pap-smear testi negatif gelen altmışbeş yaşındaki kadınların taramaları sonlandırılmaktadır (80).

Human Papilloma Virüs Testi; serviks kanseri ile kesin ilişkisi olduğu bilinen HPV DNA’nın, serviks kanseri olan hastaların %99.9’un da varlığı gösterilmiştir. HPV testi negatif olan kişilerde 5 yıl içinde serviks kanseri olma ihtimali oldukça düşüktür (80).

Pap-smear Testi; Servikal hücrelerin sitolojik olarak toplanması esasına dayanır (80).

-Kolorektal kanser;

Kolorektal kanser genellikle kolon ve rektumda bulunan polipoid yapıların zaman içinde kanser hücrelerine dönüşmesiyle oluşur (81).

Kolorektal kanser riski yaşın ilerlemesiyle beraber artmaktadır. Hastaların %90’ı 50 yaş ve üzerindedir. Ailede kolorektal kanser veya polip varlığı, inflamatuvar bağırsak hastalığı, alkol tüketimi, yetersiz fiziksel aktivite ve sağlıksız beslenme gibi faktörler riski artırmaktadır (82).

Kolorektal kanser karın ağrısı, kramplar, dışkıda kan, kabızlık, ishal, kilo kaybı veya hiçbir belirti vermeden ortaya çıkabilmektedir (83).

Kolorektal kanser tarama testleri polipleri kansere dönüşmeden tespit edip bağırsaktan çıkarmayı, kanser gelişmiş ise bağırsak dokusuna ve diğer organlara yayılmadan tanı koymayı amaçlamaktadır. Bu sayede tedavi başarısı ve sağkalım süresi oldukça artmaktadır (81, 84).

Türkiye’de Kolorektal Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartlarına göre taramada Gaitada Gizli Kan Testi (GGK) ve kolonoskopi kullanılmaktadır. GGK testi her iki erkek ve kadın cinsiyette 50 yaşından itibaren 70 yaşına kadar uygulanmaktadır. Son iki GGK testi negatif olan 70 yaşındaki kişilerde tarama sonlandırılmaktadır. GGK

testi negatif olsa bile hem erkek hem kadınlarda 50 yaşından 70 yaşına kadar her on yılda bir kolonoskopi yapılmaktadır (84).

2.6. Kronik Hastalıklarda Birinci Basamak Sağlık Hizmetinin Yeri

Tüm dünya genelinde aile hekimleri, yaş, eğitim düzeyi, cinsiyet, etnik yapı, din, dil ve bireysel özelliklerini gözetmeksizin sağlık hizmeti sunmaktadır. Aile hekimleri, kendilerine başvuran hastalarının hem akut hem de kronik problemlerinin çözümünde önemli bir yere sahiptirler (85).

Araştırmalar gösteriyor ki, aile hekimliği polikliniklerine yapılan tüm başvuruların %72'sinin kronik bir hastalık sebebiyle olduğu görülmüştür. Türkiye'de beş ay boyunca birinci basamak sağlık kuruluşlarına ilk defa başvuran hastaların %67.4'ünün kronik bir sağlık problemi olduğu tespit edilmiştir. Kronik hastalıkların yönetiminde erken teşhis, hastalık yönetimi ve tedavi çok önemlidir (85).

Aile hekimleri, tüm kronik hastalıkların yönetiminde gerek bilgi ve tecrübeleri ile hastalığı yöneterek gerekse de hastaları ile iyi bir iletişim kurarak en üst seviyede hizmet vermektedir. Kronik hastalığı olanlarla sağlıklı bir hasta hekim ilişkisi sağlanamaz ise; hasta ile iletişim kesintiye uğrar ve hastanın tedavisi eksik kalır. Güçlü hasta-hekim ilişkisi; problem çözme, duyguları açıklama, bilgi verme, karar verme, ilişkileri biçimlendirme ve sürdürme, ikna etme gibi birçok amaca hizmet edebilmektedir (85).

DSÖ'ne göre 21. Yüzyılın hastalıklarıyla mücadele edebilmenin en doğru şeklinin birinci basamakta sunulan sağlık hizmetlerinin olduğu vurgulanmakta ve sağlık hizmetlerindeki koruyucu tedbirlerin artırılarak, tüm dünyadaki hastalık yükünün %70'lere varan oranlarda azalacağı düşünülmektedir (86).

Ülkemizde 81 ilde aile hekimliği hizmetleri aktif bir şekilde çalışmaktadır. 2023 yılı itibarıyla her 2000 kişiye bir aile hekimi düşmesi hedeflenmektedir (87).

Sağlığın korunmasında ilk yapılması gerekenler arasında bireylerin kendi sağlığını koruması yönünde yapacağı çalışmalar yer almaktadır, bu da ancak insanlara etkili bir sağlık eğitimi vermekle olur. Aile hekimlerinin üstlendiği en önemli görevlerinden biri de kişilere bu sağlık eğitimini sağlamaktır. Kişilerin sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen riskleri öğrenmeleri ve bu risklerden korunabilmeleri için bilgi sahibi olmalarında aile hekimlerinin önemi yadsınamaz. En etkili koruyucu hekimlik

aile hekimliği polikliniklerinde yapılabilir. Aile hekimleri tedavi uygulamalarını kişiye yönelik olan sağlık hizmetleriyle birlikte yurtebilmektedir (11).

Birinci basamakta sunulan etkili bir hastalık yonetiimiyle hastaneye olan yatışların ve acil servislere olan başvuruların azaltılması, hastalığın psikolojik ve fizyolojik etkilerinin sınırlandırılması ile hayat kalitesinin artırılması mümkün olabilir (88). Başarılı kronik hastalık bakımı sunabilmek için genellikle özverili ve çok disiplinli bir bakım ekibi gerektirmektedir ve bu ekibin en önemli unsuru ise aile hekimleridir. Gerekli eğitimleri almış ve ekip çalışmasına uygun kişilerden oluşan sağlık bakım profesyonelleri, süreklilik arz eden ve bütüncül bir yaklaşım gerektiren kronik hastalık yonetimini sağlayacaklardır (89, 90).

Kronik solunum yolu hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar, kanserler ve diyabet gibi hastalıklara bağlı olarak mortalite ve morbidite oranlarının artması sebebiyle, birinci basamakta bu 4 temel hastalığın ele alınması ve değerlendirilmesi kaçınılmaz bir önem kazanmaktadır. Birinci basamakta sunulan hizmetler, birçok kişi için sağlık hizmetlerine ana giriş noktasıdır. Düşük ve orta gelir düzeyli ülkeler, gelişmiş ülkelere göre kronik hastalıkların önlenmesi ve birincil koruma müdahaleleri açısından yetersiz kalmaktadır. KOAH, çalışmalarda dünya genelinde üçüncü önde gelen kronik hastalık olarak belirlenmiştir (91). KOAH'ın prevalansının oldukça yüksek olmasına rağmen, birinci basamakta tanı alması büyük ölçüde yetersiz kalmaktadır (92).

Gelişmekte olan ülkelelerde, bulaşıcı olmayan hastalıklar sorununa birinci basamak sağlık hizmetlerinin yanıtını iyileştirebilmek açısından politika önerileri şunlardır;

1. Bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların verilerinin toplanmasında iyileştirmeler olması
2. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulmasına yönelik bir yaklaşımın benimsenmesi
3. Klinik bakımın kalitesini artırılması
4. Sağlık geçişine müdahalelerin sağlık sisteminin güçlendirilmesiyle uyumlu hale getirmek ve elverişli bir küresel politika izlenmesi (93, 94)

Sağlık çalışanları, davranışsal yaklaşımlarının yanı sıra bilgilendirici yaklaşımları ile de kronik hastalıkların önlenmesinde önemli bir rol üstlenmektedirler (94).

Nepal sağlık sistemi, Sağlık Bakanlığı kronik hastalıkların riskini ele almak için 2016 yılında, KVH'ların, diyabetin, KOAH'ın ve kanserin erken tanı, tedavisi ve hayatı tehdit eden tehlikeleri önlemek için Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından geliştirilen Package of Essential Non-Communicable Diseases (PEN) sistemini kullanmaya başlamıştır. Böylece kalp krizi, inme ve böbrek yetmezliği gibi komplikasyonların önlenmesi hedeflenmiştir. PEN programının temel amacı birinci basamakta kronik hastalıklarla ilgili hizmetlere ulaşımı kolaylaştırmaktır (95).

Birinci basamakta önerilen kanser taramaları; serviks kanseri, meme kanseri ve kolorektal kanser iken; yapılması önerilmeyen kanser taramaları ise pankreas kanseri, testis kanseri ve over kanseridir. Prostat, mesane ve deri kanserlerinin taramalarıyla ilgili de yeterli veri bulunmamaktadır (96).

2.7. Kronik Hastalıklarda Görülen Psikososyal Sorunlar ve Aile Hekimlerinin Rolü

Kronik hastalıklar, hastaların zor bir adaptasyon sürecine maruz kaldığı başlıca stresör bir faktör olmasının yanında bazı faktörlerde (beden imajında değişiklik, aile ilişkilerinde bozulma, ilaçlar, tedaviler vs.) ekstra stresör kaynağı olabilmektedir (1). Kronik hastalığı olan kişiler çoğunlukla depresyon, anksiyete gibi birçok karmaşık duygulara sahiptirler (97). Hastalar kronik hastalıklarının tanısını aldıktan sonra, alışlagelen baş edebilme stratejilerinin dışında yeni durumlarla karşı karşıya kalırlar. Çoğu hasta iyi bir psikolojik uyum durumu göstermesine rağmen hastaların %30 kadarında düzeltme evresi uzayabilmekte ve bazen başarısızlıkla da sonuçlanabilmektedir (98). Psikososyal bakımda aile hekimleri; hasta ve aile için yardımcı olmayacak uyumları önleme, hayat tarzı değişikliklerine adaptasyonlarına yardımcı olma, hasta ve ailenin karşılaştıkları durumla başa çıkabilme yetilerini geliştirerek hastalığa olan uyumlarını artırmalıdır (99).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Çalışma Protokolü

Bu çalışma, Malatya Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 11.01.2022 tarihinde 2022/2901 karar numarası ile etik kurul onayı alınmıştır. Gözlemsel-kesitsel tipte olan araştırma 01/02/2022-31/03/2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Örneklem grubuna %95 güven % 5 hata aralığıyla hesap yapıldığında en az 250 hasta dahil edilmesi gerektiği bulunmuş, 500 kişiyle çalışma tamamlanmıştır. Çalışma evreni Malatya Battalgazi ve Yeşilyurt merkez ilçelerine bağlı olan Aile Sağlığı Merkezlerinde kayıtlı 65 yaş üstü kronik hastalıkları olan kişilerden oluşmuştur. Çalışmaya dahil olma kriterlerini taşıyan 500 hasta ile çalışma sonlandırılmıştır. Hastaların 258'ini kadın, 242'sini erkekler oluşturmaktadır. Çalışmamızda kullanılan veri formu sosyodemografik soruları da içeren 14 soruluk ilk kısım, ardından 20 sorudan oluşan Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme ölçeği ve 25 sorudan oluşan Kronik Hastalıklara Uyum ölçeği olmak üzere toplamda 59 soruluk anket şeklinde hazırlanmıştır.

3.2. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu (Patient Assessment Of Chronic Illness Care -PACIC

Kronik bakım modeli doğrultusunda, 2005 yılında Glasgow ve ark. tarafından 20 soruluk ölçek olarak geliştirilmiştir (100). PACIC, hastaların bir öz değerlendirme yapmasına olanak tanıyan kısa ve kullanımı kolay bir araçtır. Ayrıca, kronik hastalıkları olan kişiler için bakımın kalitesi hakkında da bilgi sağladığı düşünülmektedir (101, 102). PACIC, 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; hasta katılımı (1–3.maddeler), karar verme desteği (4– 6.maddeler), amaç belirleme (7–11. maddeler), problem çözme (12–15.maddeler), izlem\koordinasyondur (16–20.maddeler) (100, 101)

Ölçeğin skorlanmasında; her bir alt boyut, o alt boyutun içinde tanımlanan maddelerin basit ortalaması ile puanlanır ve ölçeğin tamamı 20 maddenin tümünün ortalama puanı ile hesaplanır. Ölçek toplam puanı ve her bir alt boyut puanı 1'den 5'e (1=Hiçbir Zaman, 2= Nadiren, 3=Bazen, 4=Çoğu Zaman, 5=Her Zaman) kadar sıralanan 5'li bir ölçekle puanlanarak hesaplanır (100). Ölçek puanlarında yüksek puan

alınması; kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin yüksek olduğunun göstergesidir (103).

3.3 Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ)

Üç alt boyutlu ve 25 maddeli bir ölçektir. Alt gruplar fiziksel uyum, sosyal uyum ve psikolojik uyum olarak isimlendirilir. Fiziksel uyum 1, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 22, 23, 24 nolu sorularla (maximum 55, minimum 11 puan). Sosyal uyum 2, 3, 5, 7, 17, 19, 25 nolu sorularla (maximum 35, minimum 7 puan), psikolojik uyum ise 4, 6, 8, 11, 12, 20, 21 nolu sorularla (maximum 35, minimum 7 puan) sorgulanmaktadır. 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 18, 21, 22, 23 nolu maddelerde puanlama 1, 2, 3, 4, 5 puan şeklinde iken 5, 6, 12, 17, 19, 20, 24, 25 nolu maddeler ise 5, 4, 3, 2, 1 şeklinde puanlandı. Ölçeğin alt gruplarından ve ölçeğin tamamından alınan puanlardaki artış hastaların uyumlarındaki artış olarak değerlendirildi (104).

3.4. Verilerin Toplanması

Anketler Aile Sağlığı Merkezine başvuran hastaların kişi rızası gözetilerek hasta ile yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulmuştur.

3.5. İstatistiksel Veriler

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılmıştır. Çalışmada tanımlayıcı veriler kategorik verilerde n, % değerleri, sürekli verilerde ise ortalama±standart sapma (Ort±SS) değerleri ile gösterilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. İkili verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, ikiden fazla verilerin karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Anlamlılığın nereden kaynaklandığını bulabilmek için Post Hoc testi kullanılmıştır. Anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmaya yaş ortalaması $73,6 \pm 7,7$ (min=30-maks=95) olan toplam 500 hasta dahil edilmiştir. Hastaların 258'i (%51,6) kadın ve 242'si (%48,4) ise erkektir. Katılımcıların 351'i (%70,2) evli, 149'u (%29,8) bekarıdır. Hastaların 332'sinin (%66,4) eğitim durumu ilkokul ve altı, 52'sinin (%10,4) ortaokul ve 116'sının (%23,2) ise lise ve üzeridir. Hastaların 324'ü (%64,8) hiç sigara kullanmamış, 61'i (%12,2) sigara kullanıyor ve 115'i (%23) ise bırakmıştır. Hastaların kilo ortalaması $77,8 \pm 14,2$ olarak, boy ortalaması $165,7 \pm 9,3$ olarak ve VKİ ortalaması ise $28,4 \pm 5,2$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.1)

Tablo 4.1. Katılımcıların genel özellikleri

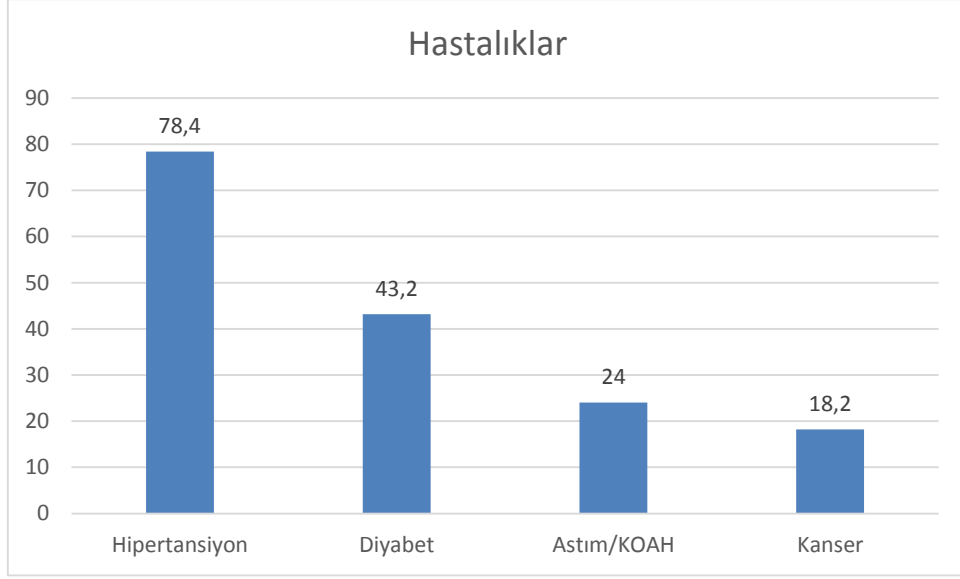
		Sayı	%
Yaş, Ort±SS		$73,6 \pm 7,7$	
Cinsiyet	Kadın	258	51,6
	Erkek	242	48,4
Medeni durum	Evli	351	70,2
	Bekar	149	29,8
Eğitim durumu	İlkokul ve altı	332	66,4
	Ortaokul	52	10,4
	Lise ve üzeri	116	23,2
Sigara	Hiç kullanmamış	324	64,8
	Kullanıyor	61	12,2
	Bırakmış	115	23,0
Kilo, Ort±SS		$77,8 \pm 14,2$	
Boy, Ort±SS		$165,7 \pm 9,3$	
VKİ, Ort±SS		$28,4 \pm 5,2$	

Katılımcıların hastalık dağılımları incelendiğinde 392'sinin (%78,4) hipertansiyon, 216'sının (%43,2) diyabet, 120'sinin (%24) astım/KOAH ve 91'inin (%18,2) kanser olduğu görülmüştür (Tablo 4.2, Şekil 4.1).

Tablo 4.2. Katılımcıların hastalıklarının dağılımı*

	Sayı	%
Hipertansiyon	392	78,4
Diyabet	216	43,2
Astım/KOAH	120	24,0
Kanser	91	18,2

*Birden fazla hastalığı olan katılımcı bulunmaktadır.



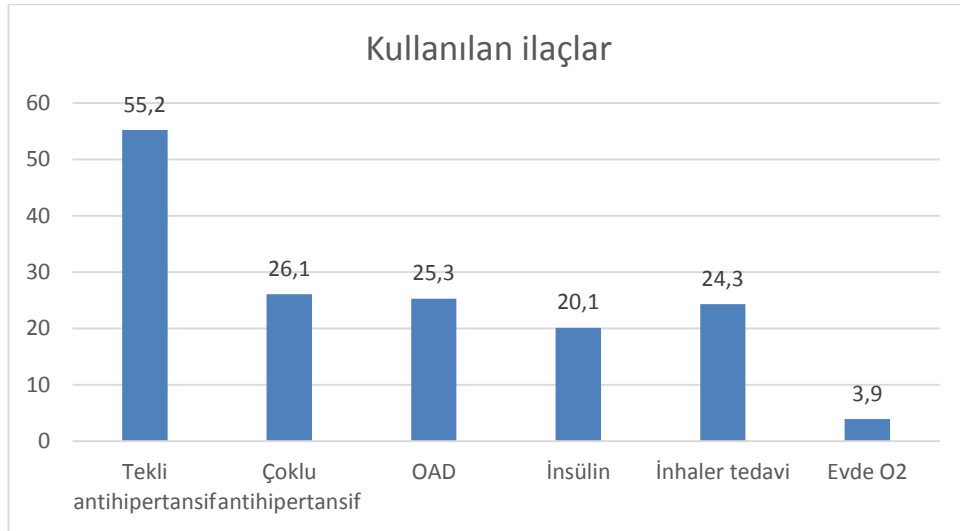
Şekil 4.1. Katılımcıların hastalıklarının dağılımı

Katılımcıların kullandıkları ilaçlar incelendiğinde 266'sının (%55,2) tekli anti-hipertansif, 126'sının (%26,1) çoklu antihipertansif, 122'sinin (%25,3) OAD, 97'sinin (%20,1) insülin, 117'sinin (%24,3) inhale tedavi ve 19'unun (%3,9) evde O₂ aldığı görülmüştür (Tablo 4.3, Şekil 4.2).

Tablo 4.3. Hastaların kullandıkları ilaçlar*

	Sayı	%
Tekli antihipertansif	266	55,2
Çoklu antihipertansif	126	26,1
OAD	122	25,3
İnsülin	97	20,1
İnhale tedavi	117	24,3
Evde O₂	19	3,9

*Birden fazla ilaç kullanan hasta bulunmaktadır.



Şekil 4.2. Hastaların kullandıkları ilaçlar

Hastaların tamamı son 6 ay içerisinde hekime başvurmuş ve bunların 215'i (%43) aile hekimine ve 285'i (%57) ilgili uzman hekime başvurmuştur. Hastaların 122'si (%24,4) son 6 ay içerisinde hastanede yatmış ve bunların 67'si (%54,5) 1 defa, 34'ü (%27,6) 2 defa, 22'si (%17,9) ise 3 ve daha fazla başvurmuştur. Hastaların 141'i (%28,2) son 6 ay içerisinde acil servise başvurmuştur ve bunların 65'i (%46,4) 1 defa, 49'u (%35) 2 defa, 26'sı (%18,6) ise 3 ve daha fazla başvurmuştur. Hastaların 457'si (%91,4) kronik hastalığı ile alakalı eğitim/bilgilendirme almıştır. Bunların 146'sı (%31,9) aile hekiminden, 298'i (%65,2) ilgili uzman hekimden ve 13'ü (%2,8) hemşireden almıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Hastaların son 6 ayla ilgili özellikleri

		Sayı	%
Başvurulan doktor	Aile hekimi	215	43,0
	İlgili uzman hekim	285	57,0
Hastanede yatış	Evet	122	24,4
	Hayır	378	75,6
Hastanede yatış sayısı	1	67	54,5
	2	34	27,6
	3 ve daha fazla	22	17,9
Acil servise başvuru	Evet	141	28,2
	Hayır	359	71,8
Acile servise başvuru sayısı	1	65	46,4
	2	49	35,0
	3 ve daha fazla	26	18,6
Kronik hastalığınız ile ilgili olarak hiç eğitim/bilgilendirme aldınız mı?	Evet	457	91,4
	Hayır	43	8,6
Eğitim/bilgilendirme kimden aldınız	Aile hekimi	146	31,9
	İlgili uzman hekim	298	65,2
	Hemşire	13	2,8

Hastaların Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği (PACIC) ölçek puan ortalaması $3,4 \pm 0,8$ (min=1,2-maks=5) ve Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği puan ortalaması $79,9 \pm 11,9$ (min=45-maks=122) olarak belirlenmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Hastaların ölçek puanları

	Ort $\pm$ SS	Min-maks
PACIC	$3,4 \pm 0,8$	1,2-5,0
Uyum	$79,9 \pm 11,9$	45-122

Bekarların PACIC skoru evlilerin skorundan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,012$). Bekarların uyum skoru evlilerin uyum skorundan anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p=0,019$). Eğitim durumu arasında PACIC skoru açısından anlamlı farklılık görülmüştür ($p<0,001$). Bu farklılık ilkökul ve altı mezunu ile ortaokul ve lise ve üzeri grup arasındaki farktan kaynaklanmış olup ilkökul ve altı olanların skoru daha yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu arasında uyum skoru açısından anlamlı farklılık görülmüştür ($p=0,021$). Bu farklılık ortaokul ile lise ve üzeri grup arasındaki farktan kaynaklanmış olup lise ve üzeri olanların skoru daha yüksek bulunmuştur. Cinsiyet ve sigara içme durumu arasında ölçek puanları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Katılımcıların genel özelliklerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

		PACIC		Uyum	
		Ort $\pm$ SS	p	Ort $\pm$ SS	p
Cinsiyet	Kadın	$3,4 \pm 0,8$	0,403	$80,9 \pm 10,8$	0,051
	Erkek	$3,4 \pm 0,8$		$78,9 \pm 13,0$	
Medeni durum	Evli	$3,3 \pm 0,8$	0,012	$80,8 \pm 11,9$	0,019
	Bekar	$3,5 \pm 0,8$		$77,9 \pm 11,8$	
Eğitim durumu	İlkokul ve altı	$3,5 \pm 0,8^a$	<0,001	$79,5 \pm 10,8^{a,b}$	0,021
	Ortaokul	$3,1 \pm 0,7^b$		$77,2 \pm 12,0^a$	
	Lise ve üzeri	$3,2 \pm 0,9^b$		$82,3 \pm 14,3^b$	
Sigara	Hiç kullanmamış	$3,4 \pm 0,8$	0,199	$80,5 \pm 11,3$	0,083
	Kullanıyor	$3,2 \pm 0,8$		$77,4 \pm 12,8$	
	Bırakmış	$3,5 \pm 0,8$		$79,7 \pm 12,9$	

İkili gruplarda Mann Whitney U testi, ikiden fazla gruplarda Kruskal Wallis testi yapılmıştır. ^{a,b}farklılığın kaynaklandığı grup

Bir hastalığı olanların uyum puanı birden fazla hastalığı olanların uyum puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Hipertansiyonu olanların PACIC skoru olmayanların skorundan ($p=0,027$), diyabeti olanların PACIC skoru

olmayanların skorundan ($p=0,048$) anlamlı şekilde yüksek; astım/KOAH'ı olanların PACIC skoru ise olmayanların skorundan anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p=0,003$). Astım/KOAH'ı olanların uyum skoru olmayanların skorundan ($p<0,001$) ve kanseri olanların uyum skoru olmayanların skorundan ($p<0,001$) anlamlı şekilde düşük görülmüştür (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Katılımcıların hastalıklarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

		PACIC		Uyum	
		Ort $\pm$ SS	p	Ort $\pm$ SS	p
Hastalık	Bir	3,3 $\pm$,8	0,113	83,1 $\pm$ 12,6	<0,001
	Birden fazla	3,4 $\pm$,8		77,5 $\pm$ 10,8	
Hipertansiyon	Var	3,4 $\pm$,8	0,027	80,2 $\pm$ 11,8	0,399
	Yok	3,2 $\pm$,8		79,0 $\pm$ 12,5	
Diyabet	Var	3,4 $\pm$,8	0,048	79,6 $\pm$ 11,3	0,489
	Yok	3,3 $\pm$,8		80,2 $\pm$ 12,4	
Astım/KOAH	Var	3,2 $\pm$,8	0,003	76,0 $\pm$ 12,1	<0,001
	Yok	3,4 $\pm$,8		81,2 $\pm$ 11,6	
Kanser	Var	3,5 $\pm$,7	0,174	75,2 $\pm$ 9,1	<0,001
	Yok	3,3 $\pm$,8		81,0 $\pm$ 12,2	

İkili gruplarda Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Tekli antihipertansif kullananların PACIC skoru kullanmayanların skorundan anlamlı şekilde yüksek görülmüştür ($p<0,001$). Çoklu antihipertansif kullananların PACIC skoru kullanmayanların skorundan anlamlı şekilde düşük görülmüştür ($p=0,014$). İnsülin kullananların PACIC skoru kullanmayanların skorundan anlamlı şekilde yüksek görülmüştür ($p<0,001$). İnhaler tedavi alanların PACIC skoru kullanmayanların skorundan anlamlı şekilde düşük görülmüştür ($p=0,006$). İnhaler tedavi alanların uyum skoru kullanmayanların skorundan anlamlı şekilde düşük görülmüştür ($p<0,001$). Evde oksijen tedavisi alanların uyum skoru kullanmayanların skorundan anlamlı şekilde düşük görülmüştür ($p=0,004$)(Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Katılımcıların kullandıkları ilaçlarına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

		PACIC		Uyum	
		Ort±SS	p	Ort±SS	p
Tekli antihipertansif	Var	3,5±,8	<0,001	80,7±11,2	0,458
	Yok	3,2±,8		79,4±12,9	
Çoklu antihipertansif	Var	3,2±,8	0,014	79,0±13,1	0,479
	Yok	3,4±,8		80,5±11,6	
OAD	Var	3,3±,8	0,102	78,8±11,8	0,195
	Yok	3,4±,8		80,6±12,0	
İnsülin	Var	3,7±,8	<0,001	80,4±9,8	0,883
	Yok	3,3±,8		80,1±12,5	
İnhaler tedavi	Var	3,2±,8	0,006	76,6±12,3	<0,001
	Yok	3,4±,8		81,3±11,7	
Evde O2	Var	3,1±,7	0,137	70,7±14,5	0,004
	Yok	3,4±,8		80,5±11,7	

İkili gruplarda Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Son 6 ay içerisinde hastalığından dolayı hastanede yatanların PACIC skoru yatmayanların skorundan anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p=0,046$). Kronik hastalığı ile alakalı eğitim alanların PACIC skoru almayanların skorundan anlamlı şekilde yüksek görülmüştür ($p=0,001$). Son 6 ay içerisinde aile hekimine başvuranların uyum skoru ilgili uzman doktora başvuranların skorundan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,001$). Son 6 ay içerisinde hastalığından dolayı hastanede yatanların uyum skoru yatmayanların skorundan anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p=0,016$). Son 6 ay içerisinde hastalığından dolayı acil servise başvuranların uyum skoru başvurmayanların skorundan anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p<0,001$). Kronik hastalığı ile alakalı eğitim alanların uyum skoru almayanların skorundan anlamlı şekilde yüksek görülmüştür ($p=0,025$). Eğitimin alındığı kişiler arasında uyum skoru açısından anlamlı farklılık görülmüştür ($p<0,001$). Bu farklılık ilgili uzman hekimden alanlar ile aile hekimleri ve hemşirelerden alanlar arasındaki farktan kaynaklanmaktadır ve uzman hekimden alanların uyum puanı daha düşük görülmüştür (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Hastaların son 6 ayla ilgili özelliklerine göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

		PACIC		Uyum	
		Ort±SS	p	Ort±SS	p
Başvurulan doktor	Aile hekimi	3,4±,8	0,320	81,7±11,9	0,001
	İlgili uzman	3,3±,8		78,6±11,8	
	hekim				
Hastanede yatış	Evet	3,2±,9	0,046	77,6±14,5	0,014
	Hayır	3,4±,8		80,7±10,9	
Hastanede yatış sayısı	1	3,3±,9	0,396	77,6±13,6	0,281
	2	3,1±,7		75,2±13,3	
	3 ve daha fazla	3,3±1,0		82,3±18,5	
Acil servise başvuru	Evet	3,3±,9	0,515	77,2±13,8	<0,001
	Hayır	3,4±,8		81,0±10,9	
Acile servise başvuru sayısı	1	3,3±,8	0,408	77,5±14,4	0,839
	2	3,4±,9		76,0±11,6	
	3 ve daha fazla	3,2±1,1		78,1±16,4	
Kronik hastalığınız ile ilgili olarak hiç eğitim/bilgilendirme aldınız mı?	Evet	3,4±,8	0,001	79,6±11,6	0,025
	Hayır	3,0±,9		83,5±14,1	
Eğitim/bilgilendirme kimden aldınız	Aile hekimi	3,5±,8	0,149	83,5±11,2 ^a	<0,001
	İlgili uzman	3,4±,7		77,4±11,3 ^b	
	hekim				
	Hemşire	3,7±,9		85,8±10,2 ^a	

İkili gruplarda Mann Whitney U testi, ikiden fazla gruplarda Kruskal Wallis testi yapılmıştır. ^{a,b}farklılığı grup kaynaklandığı grup

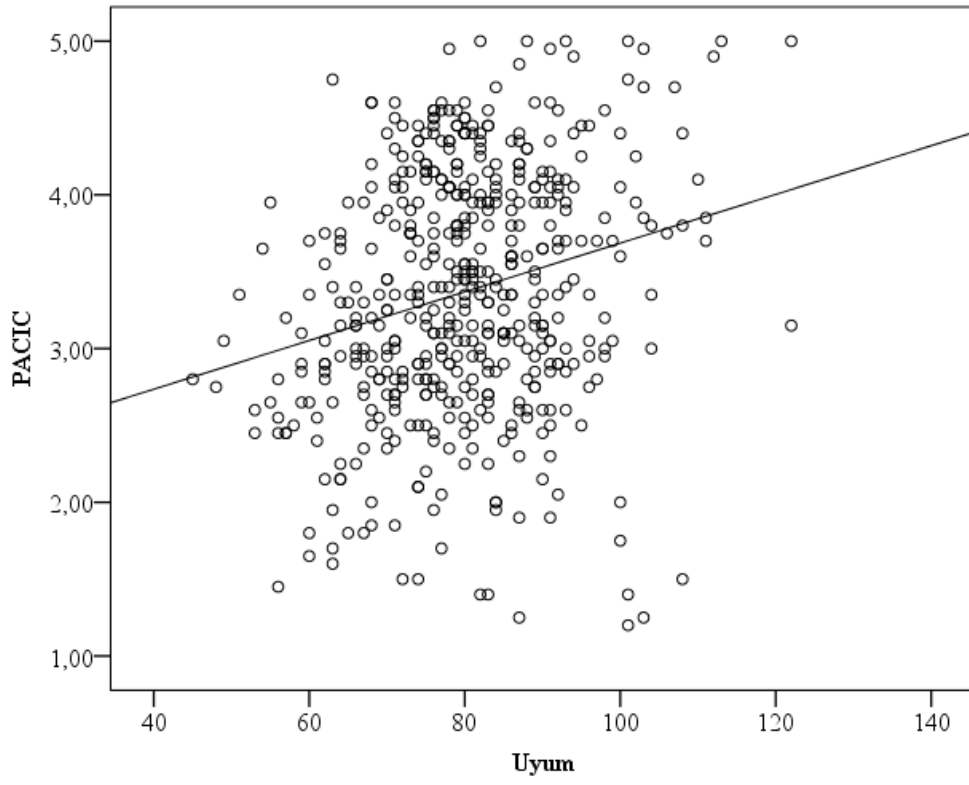
PACIC skoru ile uyum skoru arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon belirlenmiştir. Uyum skoru ile yaş arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon görülmüştür (Tablo 4.10, Şekil 4.3,4.4).

PACIC toplam puanı ile uyum toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon belirlenmiştir ($r=0,225$; $p<0,001$)(Şekil 4.3).

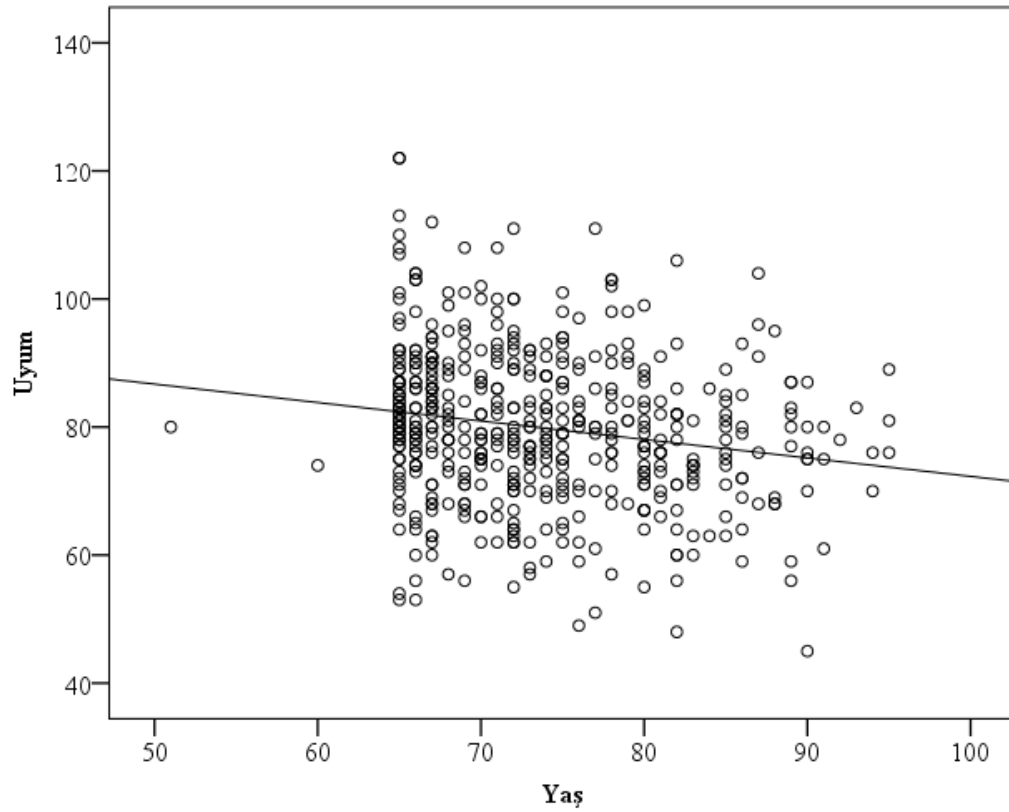
Yaş ile problem çözme arasında pozitif yönde; yaş ile fiziksel uyum, sosyal uyum, psikolojik uyum ve uyum toplam puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki görülmüştür. VKİ ile izlem/koordinasyon arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon vardır (Tablo 4.10, Şekil 4.4).

Tablo 4.10. Ölçek puanlarının yaş ve VKİ ile korelasyonu

		Yaş	VKİ
Hasta katılımı	r	,037	-,041
	p	,413	,365
Karar verme	r	,035	-,077
	p	,436	,085
Amaç belirleme	r	,016	-,075
	p	,728	,092
Problem çözme	r	,116	-,009
	p	,010	,847
İzlem/koordinasyon	r	,029	-,123
	p	,525	,006
PACIC	r	,054	-,086
	p	,227	,055
Fiziksel uyum	r	-,208	,034
	p	,000	,447
Sosyal uyum	r	-,162	,002
	p	,000	,962
Psikolojik uyum	r	-,182	,009
	p	,000	,849
Uyum	r	-,201	,025
	p	,000	,581



Şekil 4.3. PACIC skoru ile uyum skoru arasındaki korelasyon



Şekil 4.4. Uyum skoru ile yaş arasındaki korelasyon

Bekarların karar verme ($p=0,004$), amaç belirleme ($p=0,007$) ve problem çözme ($p=0,006$) puanı evlilerin puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu arasında karar verme alt boyutu açısından anlamlı farklılık görülmüştür ($p<0,001$). Bu farklılık ilkokul ve altı grubu ile lise ve üzeri grup arasındaki farktan kaynaklanmıştır. Eğitim durumu arasında amaç belirleme alt boyutu açısından anlamlı farklılık görülmüştür ($p=0,001$). Bu farklılık ilkokul ve altı grubu ile diğer iki grup arasındaki farktan kaynaklanmıştır. Eğitim durumu arasında problem çözme alt boyutu açısından anlamlı farklılık görülmüştür ($p=0,011$). Bu farklılık ilkokul ve altı grubu ile lise ve üzeri grup arasındaki farktan kaynaklanmıştır. Eğitim durumu arasında izlem/koordinasyon alt boyutu açısından anlamlı farklılık görülmüştür ($p<0,001$). Bu farklılık ilkokul ve altı grubu ile diğer iki grup arasındaki farktan kaynaklanmıştır (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Katılımcıların genel özelliklerine göre PACIC alt boyutlarının karşılaştırılması

		Hasta katılımı		Karar verme		Amaç belirleme		Problem çözme		İzlem/koordinasyon	
		Ort±SS	p*	Ort±SS	p*	Ort±SS	p*	Ort±SS	p*	Ort±SS	p*
Cinsiyet	Kadın	3,5±1,0	0,536	3,6±,9	0,278	3,2±1,0	0,673	3,6±,9	0,578	3,2±1,1	0,598
	Erkek	3,5±,9		3,5±,9		3,2±,9		3,6±,9		3,2±1,0	
Medeni durum	Evli	3,5±,9	0,130	3,5±,9	0,004	3,1±,9	0,007	3,5±,9	0,006	3,2±1,0	0,263
	Bekar	3,6±,9		3,7±,8		3,3±1,0		3,8±,8		3,3±1,1	
Eğitim durumu	İlkokul ve altı	3,6±,9	0,124	3,7±,8 ^a	<0,001	3,3±,9 ^a	0,001	3,7±,8 ^a	0,011	3,3±1,0 ^a	<0,001
	Ortaokul	3,3±,9		3,4±,9 ^{a,b}		2,9±,8 ^b		3,6±,8 ^{ab}		2,8±,9 ^b	
	Lise ve üzeri	3,4±1,0		3,3±1,0 ^b		3,0±1,0 ^b		3,3±1,1 ^b		3,0±1,0 ^b	

İkili gruplarda Mann Whitney U testi, ikiden fazla gruplarda Kruskal Wallis testi yapılmıştır. ^{a,b}farklılığın kaynaklandığı grup

Evliilerin fiziksel uyum ($p=0,031$) ve sosyal uyum ($p=0,036$) puanı bekarların puanından anlamlı şekilde yüksek görülmüştür. Eğitim durumu arasında sosyal uyum alt boyutu açısından anlamlı farklılık görülmüştür ($p=0,03$). Bu farklılık ortaokul grubu ile lise ve üzeri grup arasındaki farktan kaynaklanmıştır (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Katılımcıların genel özelliklerine göre Uyum alt boyutlarının karşılaştırılması

		Fiziksel uyum		Sosyal uyum		Psikolojik uyum	
		Ort±SS	p*	Ort±SS	p*	Ort±SS	p*
Cinsiyet	Kadın	37,2±5,9	0,283	21,3±3,9	0,076	56,2±9,4	0,271
	Erkek	36,5±6,9		20,5±4,4		55,3±10,7	
Medeni durum	Evli	37,1±6,5	0,031	21,2±4,1	0,036	56,0±10,4	0,231
	Bekar	36,2±6,0		20,2±4,2		55,1±9,1	
Eğitim durumu	İlkokul ve altı	36,8±5,6	0,150	20,8±4,0 ^{a,b}	0,03	56,0±8,8	0,095
	Ortaokul	36,1±6,1		19,8±4,8 ^a		53,5±9,7	
	Lise ve üzeri	37,4±8,3		21,7±4,4 ^b		56,2±13,1	

İkili gruplarda Mann Whitney U testi, ikiden fazla gruplarda Kruskal Wallis testi yapılmıştır. ^{a,b}farklılığın kaynaklandığı grup

Hipertansiyonu olan hastaların izlem/koordinasyon alt boyut puanı olmayan hastaların puanından anlamlı şekilde yüksek görülmüştür (p=0,038). Diyabeti olanların amaç belirleme alt boyut puanı diyabeti olmayanların puanından anlamlı şekilde yüksek görülmüştür (p=0,016). Astım/KOAH'ı olan hastaların amaç belirleme (p=0,001) ve izlem/koordinasyon (p=0,001) puanı olmayan hastaların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Kanseri olan hastaların izlem/koordinasyon puanı olmayanların puanından anlamlı şekilde yüksek görülmüştür (p=0,007)(Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Katılımcıların hastalıklarına göre PACIC alt boyutlarının karşılaştırılması

		Hasta katılımı		Karar verme		Amaç belirleme		Problem çözme		İzlem/koordinasyon	
		Ort±SS	p*	Ort±SS	p*	Ort±SS	p*	Ort±SS	p*	Ort±SS	p*
Hipertansiyon	Var	3,5±,9	0,147	3,6±,9	0,104	3,2±1,0	0,053	3,6±,9	0,308	3,2±1,0	0,038
	Yok	3,4±,9		3,4±,8		3,0±,9		3,5±,9		3,0±1,0	
Diyabet	Var	3,5±,9	0,531	3,6±,9	0,438	3,3±1,0	0,016	3,7±,9	0,146	3,3±1,0	0,081
	Yok	3,5±,9		3,5±,9		3,1±,9		3,6±,9		3,1±1,0	
Astım/KOAH	Var	3,5±,9	0,255	3,4±,9	0,074	2,9±,9	0,001	3,5±,8	0,178	2,9±1,0	0,001
	Yok	3,5±1,0		3,6±,9		3,3±,9		3,6±,9		3,3±1,0	
Kanser	Var	3,5±,9	0,971	3,5±,9	0,723	3,3±,9	0,412	3,7±,7	0,249	3,5±,9	0,007
	Yok	3,5±,9		3,5±,9		3,2±1,0		3,6±,9		3,1±1,0	

İkili gruplarda Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Astım/KOAH'ı olan hastaların fiziksel uyum (p=0,007), sosyal uyum (p<0,001) ve psikolojik uyum (p=0,008) puanı astım/KOAH'ı olmayan hastaların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Kanseri olan hastaların fiziksel uyum (p<0,001),

sosyal uyum ($p<0,001$) ve psikolojik uyum ($p<0,001$) puanı kanseri olmayan hastaların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Katılımcıların hastalıklarına göre Uyum alt boyutlarının karşılaştırılması

		Fiziksel uyum		Sosyal uyum		Psikolojik uyum	
		Ort±SS	p*	Ort±SS	p*	Ort±SS	p*
Hipertansiyon	Var	36,8±6,2	0,995	21,1±4,1	0,091	55,6±9,8	0,991
	Yok	37,0±7,0		20,2±4,5		56,3±10,9	
Diyabet	Var	37,2±6,2	0,452	20,6±4,0	0,094	56,2±10,0	0,683
	Yok	36,6±6,5		21,2±4,3		55,4±10,1	
Astım/KOAH	Var	35,6±6,4	0,007	19,3±4,4	<0,001	54,0±10,1	0,008
	Yok	37,2±6,3		21,4±4,0		56,3±9,9	
Kanser	Var	35,0±4,9	<0,001	19,2±3,9	<0,001	53,2±7,7	<0,001
	Yok	37,3±6,6		21,3±4,2		56,3±10,4	

İkili gruplarda Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Birden fazla hastalığı olanların izlem/koordinasyon alt boyut puanı bir hastalığı olanların puanından anlamlı şekilde yüksek görülmüştür ($p=0,035$). Hastanede yatışı olan hastaların izlem/koordinasyon alt boyut puanı hastanede yatışı olmayan hastaların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ($p=0,022$) (Tablo 15).

Tablo 1. Katılımcıların hastalık sayısı, hastanede yatış ve acile başvuru durumuna göre PACIC alt boyutlarının karşılaştırılması

		Hasta katılımı		Karar verme		Amaç belirleme		Problem çözme		İzlem/koordinasyon	
		Ort±SS	p*	Ort±SS	p*	Ort±SS	p*	Ort±SS	p*	Ort±SS	p*
Hastalık	Bir	3,5±,9	0,666	3,5±,9	0,583	3,1±,9	0,229	3,6±,9	0,276	3,1±1,0	0,035
	Birden fazla	3,5±,9		3,5±,9		3,2±1,0		3,6±,8		3,3±1,0	
Hastanede yatış	Evet	3,5±1,0	0,734	3,4±1,0	0,118	3,1±1,0	0,116	3,4±1,0	0,081	3,0±1,0	0,022
	Hayır	3,5±,9		3,6±,8		3,2±,9		3,7±,8		3,2±1,0	
Acile başvuru	Evet	3,5±1,0	0,426	3,4±1,0	0,141	3,1±1,0	0,604	3,6±1,0	0,677	3,2±1,1	0,753
	Hayır	3,5±,9		3,6±,8		3,2±,9		3,6±,8		3,2±1,0	

İkili gruplarda Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Bir hastalığı olan hastaların fiziksel uyum ($p<0,001$), sosyal uyum ($p<0,001$) ve psikolojik uyum ($p<0,001$) puanı birden fazla hastalığı olan hastaların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Hastanede yatışı olan hastaların sosyal uyum puanı hastanede yatışı olmayan hastaların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur

($p=0,028$). Acile başvurusu olan hastaların fiziksel uyum ($p=0,033$), sosyal uyum ($p<0,001$) ve psikolojik uyum ($p=0,008$) puanı birden fazla hastalığı olan hastaların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Katılımcıların hastalık sayısı, hastanede yatış ve acile başvuru durumuna göre Uyum alt boyutlarının karşılaştırılması

		Fiziksel uyum		Sosyal uyum		Psikolojik uyum	
		Ort±SS	p*	Ort±SS	p*	Ort±SS	p*
Hastalık	Bir	38,0±7,0	<0,001	21,9±4,3	<0,001	57,5±10,9	<0,001
	Birden fazla	35,9±5,7		20,2±3,9		54,4±9,1	
Hastanede yatış	Evet	36,1±8,2	0,247	20,0±4,7	0,028	54,3±13,7	0,152
	Hayır	37,1±5,7		21,2±4,0		56,2±8,5	
Acile başvuru	Evet	35,8±7,8	0,033	20,0±4,7	<0,001	54,0±12,5	0,008
	Hayır	37,3±5,7		21,3±3,9		56,4±8,8	

İkili gruplarda Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Hipertansiyon başlama süresi ile fiziksel uyum ve psikolojik uyum arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon belirlenmiştir. Astım/KOAH başlama süresi ile izlem/koordinasyon puanı arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon belirlenmiştir. Kanseri başlama süresi ile hasta katılımı arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon görülmüştür (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Hastalıkların başlama süreleri ile ölçek puanlarının korelasyonu

		Hipertansiyon süre	Dişabet süre	Astım/KOAH süre	Kanser süre
Hasta katılımı	r	-,021	,037	-,048	-,278
	p	,681	,589	,586	,008
Karar verme	r	,046	,013	,009	-,043
	p	,367	,852	,919	,685
Amaç belirleme	r	,017	,068	-,127	-,042
	p	,733	,318	,149	,692
Problem çözme	r	,001	,055	-,069	,018
	p	,990	,425	,436	,862
İzlem/koordinasyon	r	,011	-,015	-,203	-,097
	p	,832	,824	,020	,362
PACIC	r	,015	,040	-,122	-,094
	p	,765	,562	,164	,374
Fiziksel uyum	r	-,122	-,045	,062	-,079
	p	,016	,511	,479	,457
Sosyal uyum	r	-,033	-,006	-,017	,119
	p	,516	,927	,849	,263
Psikolojik uyum	r	-,123	-,032	-,009	-,062
	p	,014	,644	,918	,560
Uyum	r	-,095	-,053	,018	,021
	p	,060	,439	,841	,846

5. TARTIŞMA

5.1. Hastaların Özelliklerine Göre Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Günümüzde tüm dünyada kronik hastalıkların yoğun olduğu bilinmekte ve bu hastalıklara sahip kişilere verilen bakımın değerlendirilmesi giderek daha çok önemiyet taşımaktadır. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (*Patient Assessment of Chronic Illness Care-PACIC*) hastaların aldıkları bakımı kendilerinin değerlendirmesine olanak veren, kısa ve uygulanması kolay bir ölçektir (100). Kronik hastalıklar üzerine yapılan çalışmalarda, kronik hastalık bakımının ve kalitesinin değerlendirilmesinin mümkün olduğu ancak bu konuda kullanılacak yeterli sayıda araç olmadığı için yeni araçların geliştirilmesi veya daha önceden geliştirilenlerin farklı alanlarda kullanımının sağlanması önerilmektedir (102, 105, 106). Türkiye’de de kronik hastalıklara ilgili hayat kalitesini ölçen ve hastalık bakımında genellikle doktorların hizmetlerine yönelik çalışmaların yanı sıra diğer sağlık profesyonellerinin verdiği bakım hizmetlerinin değerlendirilmesinde kullanılacak kolay bir ölçme aracına ihtiyaç vardır (107, 108). İncirkuş yaptığı çalışmada, kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğini araştırarak Türk literatürüne kazandırmıştır (14).

Kronik hastalıkların başarılı bir şekilde kontrol altına alınabilmesi hayati öneme sahiptir. Sağlık profesyonelleri olarak verilen tedavinin etkinliğini ve başarısını artırmak için doktorun doğru tedaviyi uygulaması kadar hastanın hastalık ve tedaviye uyumu da oldukça önem arz etmektedir (109).

Çalışmamıza katılan hastaların genel yaş ortalaması $73,6 \pm 7,7$ (min=30-maks=95) yıldır. Kadın ve erkek sayılarının neredeyse eşit olduğu görülmüştür.

Örneklem grubundaki kronik hastalığı olanların kendilerine sunulan kronik hastalık bakım hizmetlerini $3,4 \pm 0,8$ (min=1,2-maks=5) düzeyinde, yani “bazen” ile “çoğu zaman” arasında değerlendirilmiştir. Bu sonuç Aragones ve ark. (2008) çalışmasına yakın ($3,17 \pm 0,8$), Rosemann ve ark. (2007) çalışması ($2,44 \pm 1,1$) ile Glasgow ve ark. (2005b) çalışmasından ($2,60 \pm 1,0$) yüksek bulunmuştur (100, 102, 103). İncirkuş’un çalışmasında kronik hastalığı olanlara verilen bakım hizmetlerinin ortalama puanı yine bizim çalışmamızdan düşük $2,54 \pm 0,9$ düzeyinde çıkmıştır (14). Ülkemizde

yapılan diğer araştırmalarda ise Apaydın Kaya, Akturan ve ark. tarafından 2013 yılında yapılan çalışmada $2,44 \pm 0,7414$; 2015 yılında Karabulutlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada $2,54 \pm 0,515$ olarak bulunmuş olup bu da PACIC puanının bizim çalışmamıza gre dşk, yani hastaların kendilerine sunulan bakımla ilgili memnuniyetlerinin orta seviyede olduğu sonucu çıkarılabilir (110, 111). Konuyla ilgili yurtdışında yapılan benzer çalışmalarda ise araştırmaya katılan kişilerin PACIC skorları 2,49- 3,17 arasında olduğu görülmüştür (110). Yurtdışında ve ülkemizde yapılan diğr çalışmalara kıyasla, bizim araştırmamızda hastaların PACIC skorlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Hasta poplasyonumuzu 65 yaş şt bireylerin oluşturmasına rağmen, hastaların kendilerine sunulan kronik hastalık bakım memnuniyetlerinin yüksek olduğunu görmek oldukça sevindiricidir.

Bu çalışmaya katılan hastaların çoğunluğu evli, kadın, hiç sigara içmemiş, ilkokul mezunu kişilerdir. Hastalıkları açısından incelendiğinde ise en sık görülen ilk 2 hastalık diyabet ve hipertansiyondur. Araştırma kapsamında incelenen hastaların %50'sinden fazlasında ek olarak başka bir kronik hastalığa rastlanmamıştır. İlaç kullanma durumları incelendiğinde; hastaların yüzde 50'sinden fazlasının en az tek bir antihipertansif kullandığı görülmektedir.

Hastaları medeni hallerine göre değrlendirdiğimizde %70,2'sinin evli olduğu görülmektedir. Evli olanların kronik hastalık bakımını değrlendirme düzeyleri bekarlara göre anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur. Yapılan alışmalar incelendiğinde medeni durumun kronik hastalık bakımını değrlendirme durumunu etkilemediği görülmektedir (111-113). Bizim alışmamızda, kronik hastalık bakımından evli olan hastaların memnun olma durumlarını; ailelerinin hastaya iyi bir sosyal destek sağlamalarıyla açıklayabiliriz.

Hastalar cinsiyet açısından incelendiğinde, kronik hastalık bakımlarını değrlendirme arasında bir ilişki saptanamamıştır. Cinsiyet ve PACIC alt boyutları arasında da bir ilişki bulunamadı. Literatürdeki diğr çalışmalara bakıldığında bizim çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuş olup, cinsiyet ile bir ilişki bulunamamıştır (100).

Eğitim düzeyi ile hastaların kronik hastalık bakımını değrlendirme düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Eğitim düzeyi ilkokul ve altı olanların kendilerine sunulan bakım hizmetlerini daha iyi değrlendirmişlerdir. PACIC ve alt

boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı(*hasta katılımı hariç*) olacak şekilde eğitim seviyesi düştükçe kronik hastalık bakım memnuniyetlerinde artma olduğu görülmüştür. Ülkemizde 2013 de yapılan bir çalışmada eğitim seviyesi lise ve üzeri olan hasta grubunda tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları yüksek çıkmıştır (111). Apaydın Kaya ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada ise eğitim düzeyi orta okul ve üzeri olan kişilerin istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç olmasa bile PACIC skorlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (110). Yurtiçinde yapılan çalışmaların dışında yurtdışında da yapılan çalışmalarda 2007 yılında Rosemann ve ark. osteoartritli hastalarda yaptığı araştırmada eğitim düzeyi arttıkça hastaların tüm boyutlarda memnuniyetlerinin yüksek; Jackson ve ark. 2008 yılında diyabetik hastalar üzerinde yaptığı araştırmada ise eğitim düzeyi lise ve üzeri olan kişilerin problem çözme alt boyutu hariç diğer tüm alt boyut ve toplam puanları lise düzeyinin altında eğitim seviyesine sahip olanlardan daha yüksek olduğu belirtilmiş ve bu durum eğitilmiş kişilerin hastalıklarıyla ilgili gerekli bakımı alma, uyum sağlama ve öz yönetimde daha iyi oldukları yönünde yorumlanmıştır (103, 114). Taggart ve ark. araştırmasında eğitim düzeyi yüksek olan hastaların toplam ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur (115). Yine Akan'ın ve Ak'ın çalışmalarında da eğitim düzeyi yükseldikçe kronik hastalık bakım hizmetlerini değerlendirme memnuniyeti de yükselmiştir (116, 117).

Ölmez'in ve Özlük'ün çalışmalarında ise eğitim düzeyi ile kronik hastalık bakımını değerlendirme düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (118, 119).

Her ne kadar bizim çalışmamızda eğitim düzeyi ile kronik hastalık bakım değerlendirme memnuniyeti ters ilişkili bulunsada, eğitim düzeyi yükseldikçe kronik hastalık bakım ve tedavisinin memnuniyet düzeyinin arttığı bir çok çalışmada gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda diğer çalışmalara kıyasla görülen bu durumun sebebi hastalarımızın 65 yaş üstü olmaları gibi bireysel özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir.

Hastaların var olan hastalık süreleri değerlendirildiğinde; Astım/KOAH başlama süreleri ile izlem/koordinasyon puanı arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon belirlenmiştir. Kanseri başlama süresi ile hasta katılımı arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. Bu sonuçlardan anlaşıldığı üzere hastaların hastalık süreleri arttıkça aldıkları bakımdan memnuniyetleri azalmaktadır. Bu konuyla ilişkili olarak araştırmaya katılan hastaların yaşları ile problem çözme alt boyutundan aldığı puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ortalama PACIC puanı ve

diğer alt boyutlar arasında bir ilişki bulunamamıştır. Yapılan bir araştırmada 75 yaş ve üzerindeki hastaların kronik hastalığı değerlendirme ölçeği toplam puanlarının ciddi derecede düşük olduğu görülmüştür (120). 2012 yılında Cramm ve Nieboer' in yaptığı araştırmada ise yaş ile kronik hastalığı değerlendirme ölçeği toplam puanları arasında ters bir ilişki olduğu ve gençlerin kronik hastalığı değerlendirme ölçeği toplam puanlarının yüksek olduğu görülmektedir (121). Çalışmalardan çıkan sonuca göre, gençlerin hayattan beklentilerinin daha fazla olması sebebiyle hastalıklarının yönetimine daha iyi uyum sağlaması ve kendi bakımlarıyla ilgili kararlarda daha istekli olmasıyla açıklanabilir (111). Sonuç olarak hastaların hem yaşları ilerlediği için hem de hastalık süreleri uzadığı için bakım memnuniyetleri düşmektedir. Hastalıkların oluşturduğu semptomların ve sınırlılıkların daha fazla artması da hastaların hastalıklarına ilişkin aldıkları bakımdan memnuniyet durumunu etkilemiş olabilir. Bizim çalışmamızda Astım/KOAH ve kanser hastaları için problem çözme alt boyutunun yüksek bulunması ise sevindirici olup, yaşlı hastaların sağlık profesyonellerine güvenini ve onların ilgisinden memnun olduklarını göstermiştir.

Hastaların tanı ve tedavi aldıkları kronik hastalıkların PACIC ölçek skorları üzerine etkisi incelendiğinde; Hipertansiyon, diyabet, Astım/KOAH gibi hastalığı olan kişilerde olmayanlara göre ortalama ölçek skoru daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, hipertansiyonu olan bireylerde izlem/koordinasyon alt boyutu, diyabeti olan bireylerde amaç belirleme alt boyutu, astım/KOAH'ı olan bireylerde amaç belirleme ve izlem/koordinasyon alt boyutu, kanser hastalarında ise yine izlem/koordinasyon alt boyutu istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Hastalık gruplarına göre incelendiğinde izlem/koordinasyon alt boyutunun hipertansiyon, kanser ve astım/KOAH hastalıklarına sahip olan kişilerde anlamlı düzeyde memnuniyetlerinin fazla olduğu görülmektedir. En çok karşılaştığımız hastalıklar arasında olan hipertansiyon ve diğer hastalıklar için bu durum yüz güldürücü olsa da hipertansiyon ile birlikte en sık gördüğümüz diyabet hastalarının, memnun olduğunu ifade eden grup içerisinde yer almaması beklemediğimiz bir sonuç olmuştur. Bu sonuç, memnuniyetin az olduğu diyabet hastalarının takip protokollerinde tekrar bir revizyon gerektiğini düşündürmektedir. Türkiye'de yapılan diğer araştırmalar incelendiğinde; Ak'ın çalışmasında hipertansiyon hastaları için benzer sonuçlar elde edilmiştir (117). Apaydın Kaya ve ark. araştırmasında ise sadece diyabeti olan hastaların ortalama ölçek skoruna daha yüksek puan verdikleri, diğer kronik hastalıklar ile böyle bir ilişki saptanmadığı

görülmüştür. Bu durumun aksine hipertansiyonu olan grubun olmayanlara göre izlem/koordinasyon alt boyutuna daha düşük puan verdikleri görülmüştür (110). Karabulutlu ve ark. araştırmasında da herhangi bir kronik hastalığı olanlarla ölçek puanları arasındaki bir ilişkiden bahsedilmemektedir (111).

Bu çalışmada kronik hastalık bakımını değerlendirme durumlarını etkileyen bir diğer faktörde hastalığın tedavi şeklidir. Tekli antihipertansif ve insülin tedavisi alanların kronik hastalık bakımlarından aldıkları memnuniyet seviyeleri anlamlı bir şekilde yüksek bulunurken, çoklu antihipertansif ve inhaler tedavi alanların memnuniyet düzeyleri anlamlı olacak şekilde düşük bulunmuştur. Akan'ın çalışmasında, insülin tedavisi alan hastaların kronik bakımdan aldıkları memnuniyet seviyeleri düşük bulunmuştur (116). Bizim çalışmamızda insülin tedavisi alan hastaların memnuniyet seviyelerinin yüksek olmasının sebebi aile hekimlerinin ve diyabet hemşirelerinin hastalarıyla olan güçlü ilişkilerine bağlanabilir. Ayrıca, tedavi tipinin hastaların iyilik hallerini ve hastalık yönetimine ilişkin öz yeterlilik durumunu etkilediği bildirilmiştir (122).

Birden fazla kronik hastalığın olmasının kronik bakıma ilişkin memnuniyet seviyesini etkileyen bir diğer faktör olduğu saptanmıştır. Araştırmamızın analizinin sonucunda birden fazla kronik hastalığı olan bireylerle ortalama PACIC puanı arasında bir ilişki bulunamamış olup, izlem/koordinasyon alt boyut puanı tek hastalığı olanların puanıyla kıyaslandığında anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Konu ile ilgili Dede ve ark. yaptığı çalışmada birden fazla kronik hastalığı olanların hastaların kronik bakımı değerlendirme durumlarını etkilemediği görülmüştür (123). Akan'ın çalışmasında, birden fazla kronik hastalığı olanların birden fazla kronik hastalığı olmayanlara göre aldıkları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (116). Bizim çalışma bulgumuz, Dede ve ark. araştırma sonucuna göre uyumluluk göstermiştir. İzlem/koordinasyon alt boyutunun birden fazla kronik hastalığı olanlar için yüksek olması, madde 19'da yer alan "...diğer branşlardaki hekimlere gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı", madde 18'de diğer sağlık uzmanlarına yönlendirilmenin önemini vurgulayan sorulara, birden fazla hastalığı olan bireylerin yüksek puan verdiği kısım olarak göze çarpmaktadır.

Çalışmamızda, hastaların büyük çoğunluğu (%91.4) sağlık eğitimi almıştır. Kronik hastalığıyla ilgili eğitim/bilgilendirme alanların kronik hastalık bakımlarını değerlendirme memnuniyetleri eğitim/bilgilendirme almayanlara göre anlamlı şekilde

yüksek bulunmuştur. Bu bilgilendirmeler genellikle ilgili uzman ve aile hekimleri tarafından yapılırken, yalnızca 13 hasta hemşirelerden veya bir yakınından bilgilendirildiklerini belirtmiştir. Televizyon, radyo, kitap ve sosyal medya gibi pasif bilgilendirme alan hastamız olmamıştır. Bu durum hasta popülasyonumuzun 65 yaş üzeri nüfustan oluşmasıyla açıklanabilir. Ölmez'in araştırmasında, hastaların %47,3'ü en az bir sağlık personelinin diyabet eğitimi almış, %52,7'si ise hastalığıyla ilgili eğitim almamıştır (118). Uçakan'ın araştırmasında ise tüm hastaların diyabetle ilgili bilgi sahibi olduğu ve hastaların %94,0'ünün bu bilgiyi sağlık profesyonellerinden aldıkları belirtilmiştir (124). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Diyabeti olan hastalara ait Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt ölçek ortalama puanlarına bakıldığında, toplam puan $3,4 \pm 0,8$, hasta katılımı alt ölçeği ortalama puanı $3,5 \pm 0,9$, karar verme alt ölçeği ortalama puanı $3,6 \pm 0,9$, amaç belirleme alt ölçeği ortalama puanı $3,3 \pm 1,0$, problem çözme alt ölçeği ortalama puanı $3,7 \pm 0,9$, izlem/koordinasyon alt ölçeği ortalama puanı $3,3 \pm 1,0$ olarak bulunmuş ve en yüksek puanın karar verme alt ölçeğinden alındığı, hastaların en az puanı ise amaç belirleme ve izlem/koordinasyon alt ölçeğinden aldığı görülmüştür. Ölmez'in çalışmasında toplam puan $2,9 \pm 1,0$ iken, hasta katılımı, karar verme desteği, amaç belirleme, problem çözme ve izlem/koordinasyon alt ölçekleri ortalama puanları sırasıyla $(2,9 \pm 1,2)$, $(3,1 \pm 1,2)$, $(2,9 \pm 1,2)$, $(3,0 \pm 1,2)$, $(2,7 \pm 1,0)$ olarak bulunmuştur (118). Glasgow ve arkadaşlarının diyabet hastalarında yaptığı bir çalışmanın sonucunda toplam puan $3,2 \pm 0,9$ iken, hasta katılımı, karar verme desteği, amaç belirleme, problem çözme ve izlem/koordinasyon alt ölçekleri ortalama puanları sırasıyla $(3,6 \pm 1,1)$, $(3,5 \pm 0,9)$, $(3,0 \pm 1,0)$, $(3,4 \pm 1,1)$, $(2,9 \pm 1,0)$ olarak bulunmuştur (101). Özlük'ün çalışmasında ise toplam ve alt ölçek ortalama puanlarına bakıldığında, toplam puan $3,0 \pm 0,9$ iken, hasta katılımı, karar verme, amaç belirleme, problem çözme ve izlem/koordinasyon alt ölçekleri ortalama puanları sırasıyla $(3,0 \pm 1,2)$, $(3,5 \pm 1,1)$, $(2,9 \pm 1,0)$, $(3,0 \pm 1,2)$, $(2,8 \pm 1,0)$ olarak bulunmuş ve en fazla puanın karar verme alt ölçeğinden alındığı, en az puanın ise izlem- koordinasyon alt ölçeğinden alındığı belirlenmiştir (119).

Diyabette PACIC ölçeğinin kullanıldığı çok az araştırmaya rastlanmıştır. Az sayıda olan çalışmalar incelendiğinde ise bizim çalışmamızla benzer sonuçlar elde edildiği görülmüştür. Yapılan diğer araştırmalarda da en az puanın izlem/koordinasyon, en fazla puanın ise karar verme alt ölçeğinden alındığı görülmüştür. İzlem/koordinasyon

alt boyutunun içeriğini, kontrol zamanları dışında da hastanın izlemi için sağlık ekibi tarafından hastaya ulaşıp ulaşılmadığı; hastaya hastalığı ile ilgili sağlık programlarına katılmaya teşvik edilip edilmediği; diyetisyen, diyabet hemşiresi ve gerek görülen diğer sağlık uzmanlarına yönlendirilip yönlendirilmediği; diğer branşlardaki uzman hekimlere gitmenin hastanın tedavisine yardımcı olacağının açıklanıp açıklanmadığı; ve diğer doktorlarla gerçekleştirilen görüşmelerin detayları hakkında sorular sorulup sorulmadığı oluşturmaktadır. İzlem/koordinasyon alt boyutlarıyla ilgili alınan puanların az olmasının nedeni olarak başvuru merkezlerinin polikliniklerinde çalışan hekimlerin eğitim için sürekli rotasyon halinde olmaları ve buna bağlı olarak hastaların her başvurusunda farklı bir doktor ile görüşmek durumunda kalmaları sebep gösterilebilir. Bunların yanı sıra, başvuru yapılan merkezlerdeki yoğunluk nedeniyle hastaların istedikleri ve uygun oldukları zaman içerisinde kontrol randevuları alamamaları da izlem/koordinasyon boyutunda memnuniyet oranının azalmasının bir sebebi olarak sayılabilir.

Hastaların son altı ayda hastaneye yatma durumları ile kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği toplam puan ve izlem/koordinasyon alt ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki vardır. Kronik hastalığından dolayı hastanede yatışı olmayanların kendilerine sunulan kronik hastalık bakımını değerlendirme memnuniyeti yatışı olanlara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Ayrıca, araştırmamızda son 6 ayda hastanede yatışı olmayanların izlem/koordinasyon alt boyut puanı hastanede yatışı olanlara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu alt boyuta ait sorulardan olan “Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı” ve madde 17-20 arasındaki diğer sağlık profesyonelleri ile görüşmeye ve hastalıklarıyla ilgili sağlık programlarına katılmaya teşvik edilen hastalarda hastaneye yatış oranlarının düştüğü görülmektedir.

Özlük’ün çalışmasında, hastaların son altı ayda hastanede yatma durumları ile kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği toplam puan ve amaç belirleme alt ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki vardır (119).

Hastaların yaşı ile total PACIC ve alt boyutlar arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Yalnızca problem çözme alt boyutu ile yaş arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ak’ın yaptığı çalışmada bizden farklı olarak yaş ile total PACIC ve tüm alt boyutlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (117).

Hastaların VKİ ile total PACIC ve alt boyutlar arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır fakat izlem/koordinasyon alt boyutu ile VKİ arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

5.2. Hastaların Özelliklerine Göre Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Kronik hastalıkları olan bireylerin hastalıklarına uyumlarını ölçmek için 2016 yılında Derya Atik ve Hilal Karatepe tarafından, beslenme alışkanlıkları ve yaşam tarzı değişikliklerini de içine alan aynı zamanda fiziksel, psikolojik, sosyal uyumlarını da bütüncül olarak değerlendiren Kronik hastalıklara uyum ölçeği geliştirilmiştir (104).

Kronik hastalıkların çoğunluğu, hastaların kapasitelerini sınırlandırarak, fonksiyonel durumunu, üretkenliğini, genel sağlık durumunu olumsuz etkilemektedir. Genel olarak kronik hastalıkların tedavi süresi uzun zaman almaktadır (125). Bu da kişilerin hastalıklarına olan uyumunu güçleştirmektedir.

Çalışmamızda sosyodemografik özelliklerin kronik hastalıklara uyum üzerindeki etkisine baktığımızda yaş, eğitim durumu ve medeni durum hakkında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülürken; cinsiyet, VKİ ve sigara ile kronik hastalıklara uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Karatepe ve ark. yapmış olduğu çalışmada, kronik hastalıklara uyum ölçeğinden alınan toplam puan ortalaması $83,03 \pm 10,58$ olarak bulunmuştur (126). Çalışma cinsiyet ve eğitim durumu ile kronik hastalıklara uyum ölçeği arasında anlamlı bulgular tespit edilmesini sağlamıştır. Kadın hastaların kronik hastalıklara olan sosyal uyumlarının erkek hastalardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Eğitim düzeyinin artışıyla birlikte hastaların kronik hastalıklara olan fiziksel uyumlarının artışı gözlenmiştir.

Aslan ve ark. yapmış olduğu bir çalışmada kronik hastalıklara uyum ölçeğinden alınan toplam puanın ortalaması $84,99 \pm 12,45$ puan olarak bulunmuştur (127). Hastaların medeni durumu ve eğitim durumu ile kronik hastalığa olan uyum açısından anlamlı bulgular saptanmıştır. Evli olan hastaların sosyal uyum ve kronik hastalıklara toplam uyumları bekar hastalardan yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu açısından hastaların eğitim seviyesi arttıkça kronik hastalıklara olan sosyal uyum ve toplam uyum düzeyleri artmaktadır.

Bozbay ve ark. yapmış olduğu araştırmada, kronik hastalıklara uyum ölçeğinden alınan toplam puan ortalaması $76,80 \pm 10,94$ olarak bulunmuştur (128). Yaş yükseldikçe kronik hastalıklara uyum ölçeğinden alınan toplam puanın düştüğü görölmektedir.

Irğa'nın çalışmasında kronik hastalıklara uyum ölçeğinden alınan toplam puan ortalaması $83,61 \pm 10,58$ olarak saptanmıştır (129). Bekar olan hastaların kronik hastalıklara uyum ölçeğinden aldıkları toplam puan, fiziksel ve sosyal uyum puanları evli olan hastalardan daha yüksek bulunmuş fakat psikolojik uyum açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Eğitim durumuna bakacak olursak, eğitim düzeyi yükseldikçe kronik hastalıklara uyum ölçeğinden alınan toplam puan, fiziksel uyum ve sosyal uyum düzeyinde artış olduğu görölmüştür.

Çalışmamızda ise kronik hastalıklara uyum ölçeğinden alınan toplam puanın ortalaması $79,9 \pm 11,9$ (min=45-maks=122) olarak belirlenmiştir. Hastaların yaş, eğitim durumları ve medeni durumları ile kronik hastalıklara olan uyumları açısından anlamlı veriler elde edilmiştir. Medeni durumu evli olan hastaların fiziksel uyum, sosyal uyum ve kronik hastalıklara toplam uyum puanları bekarlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu açısından ise lise ve üzeri mezun olanlar ortaokul ve altı mezunu olanlara göre hastalıklara olan sosyal uyumu ve total uyumları yüksek bulunmuştur. Yani eğitim düzeyi yükseldikçe hastalığa olan uyum artmaktadır. Yaş artışıyla birlikte ise kronik hastalık uyum ölçeğinden alınan fiziksel, sosyal, psikolojik ve total uyumun düştüğü görölmüştür. Bu sonuç, yaşlı bireylerin yaşamdan beklentilerinin azaldığını, hastalıklarının yönetimine daha fazla katılmak istememe ve kendi bakımlarıyla ilgili kararlarda isteksiz olmalarıyla açıklanabilir.

Çalışmamıza katılan hastaların medeni hal özellikleri ile diğerk çalışmaları kıyasladığımızda, Aslan ve ark. yapmış olduğu çalışmada da, bizim çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir (127). Irğa'nın çalışmasında ise bizim çalışmamızın aksine bekar olan hastaların kronik hastalıklara uyum ölçeğinden aldıkları toplam puan, fiziksel ve sosyal uyum puanları evli olan hastalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (129). Bu durum bizim çalışmamızda da göröldüğü gibi evli çiftlerin birbirlerine sağladıkları sosyal destek ile açıklanabilir.

Çalışmamıza katılan hastaların eğitim durumu özellikleri ile diğerk çalışmaları kıyasladığımızda, yapılan çalışmalara baktığımızda eğitim düzeyi konusunda kronik hastalıklara uyum bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir (126, 127, 129).

Bozday ve ark. yapmış olduğu çalışmada ise diğery yapılan çalışmaların aksine eğitim düzeyi ortaokul ve öncesi olan hastaların kronik hastalıklara psikolojik uyumlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (128).

Çalışmamızda VKİ ile kronik hastalık uyum ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Yöney'in çalışmasında ise bizim çalışmamızın aksine, ölçekten alınan toplam puan ile VKİ değeryleri arasında ters yönlü, %27.8 düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır (130).

Hipertansiyon hastalarını incelediğimizde, hastalığın başlama süresi ile fiziksel uyum ve psikolojik uyum arasında negatif yönde anlamlı bir korelasyon belirlenmiştir. Astım/KOAH, diyabet ve kanser hastaları ile hastalığın başlama süresi ile anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Fiziksel uyum alt boyutunda yer alan; hastalığım için verilen ilaçları düzenli kullanıyorum, hastalığım uzun süreli olarak kontrol altında olmamı gerektiriyor, hasta olsam da evdeki işlerimi yapıyorum, hastalığımla ilgili evde takip etmem gereken ölçümleri (tansiyon, kan şekeri vb.) yapıyorum, hastalığım sebebiyle verilen diyeti düzenli uyguluyorum gibi sorular bulunmaktadır. Psikolojik uyum alt boyutunda ise; vücudumda ortaya çıkan değışiklikleri (şışlik, kilo artışı vb.) önemsiyorum, hastalığım geleceğe yönelik planlar yapmamı engelliyor, tamamen iyileşeceğimi düşünüyorum, hastalığım nedeniyle aldığım tedavinin etkili olacağını, sağlık çalışanlarına güveniyorum şeklinde sorular bulunmaktadır. En çok gördüğümüz kronik hastalıklardan olan hipertansiyon hastalarının hastalıklarıyla ilgili takiplerine dikkat etmemesi, ilaçlarını düzenli kullanmaması, aldıkları tedaviden bir beklentilerinin olmaması ve en önemlisi sağlık çalışanlarına güvenlerinin düşük olduğunun görülmesi bizim için oldukça çarpıcı bir sonuç olmuştur.

Tek hastalığı olanların fiziksel uyum, sosyal uyum, psikolojik uyum ve total uyum puanı birden fazla hastalığı olan hastaların puanından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Acile başvurusu olan hastaların fiziksel uyum, sosyal uyum, psikolojik uyum ve total uyum puanları başvurusu olmayan hastaların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Hastanede yatışı olan hastaların sosyal uyum ve total uyum puanı hastanede yatışı olmayan hastaların puanından anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Son 6 ay içerisinde aile hekimine başvuranların uyum skoru ilgili uzman doktora başvuranların skorundan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Hastalığıyla ilgili eğitim/bilgilendirme alanlarda ise aile hekimi ve hemşirelerden bilgi alanların hastalıklarına uyumu ilgili uzman hekimden bilgi alanlara göre anlamlı şekilde yüksek

bulunmuştur. Yine bu durum, başvuru merkezlerdeki polikliniklerin yoğunluğundan, hastalara yeterli sürenin ayrılamaması ile açıklanabilir. Tedaviler açısından incelendiğinde; tekli ve çoklu antihipertansif, OAD, insülin kullananlar ile hastalık uyumu arasında anlamlı bir ilişki olmazken, inhaler ve evde O2 tedavisi almayan hastaların alanlara göre hastalık uyumlarının anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde, ülkemizde ve yurtdışında bahsedilen konularla ilgili daha önce yapılan benzer çalışmalara rastlanamamış olup, bulduğumuz verilerin gelecekte yapılacak olan çalışmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

5.3. Hastaların Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Durumu İle Kronik Hastalık Uyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Araştırmamıza katılan hastaların kronik hastalık bakımını değerlendirme durumu ile kronik hastalık uyumu arasındaki ilişki incelendiğinde, bulunan analizler ışığında kronik hastalık bakımını değerlendirme durumu ile kronik hastalık uyumu arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, kişilerin hastalıklarına olan uyum artıkça, hastaların kendilerine sunulan bakımı değerlendirme memnuniyetinin iyileşeceğini göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Malatya il merkezine bağılı olan Battalgazi ve Yeşilyurt ilçelerindeki Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı 65 yaş üstü hastaların kronik hastalık bakım ve uyumunun değerdendirildiğı bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar bulunmuştur:

1. Çalışmaya 258'i (%51,6) kadın ve 242'i (%48,4) erkek olmak üzere toplam 500 hasta katılmıştır.
2. Hastaların aldıkları kronik hastalık bakımına dair memnuniyet düzeyleri “bazen” ile “çoğu zaman” arasında değerdendirilmiştir.
3. Hastaların kronik hastalıklarına olan uyumu “orta” düzeydedir.
4. Hastaların kendilerine sunulan bakımı değerdendirme memnuniyeti ile hastalık uyumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
5. İlkokul ve altı mezunların ve bekarların kendilerine sunulan bakımı değerdendirme memnuniyetleri anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.
6. Lise ve üzeri mezunların ve evli olanların hastalıklarına uyumu anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur.
7. Astım/KOAH'ı olmayan hastaların hem hastalık uyumu hem de kendilerine sunulan bakımı değerdendirme memnuniyeti olanlara göre anlamlı bir şekilde yüksek çıkmıştır.
8. Kanseri hastaları ve birden fazla hastalığı olanlar hastalık uyumlarının daha düşük olduğunu belirtmiştir.
9. Tekli antihipertansif ve insülin kullananlar kendilerine sunulan bakımdan memnun olduklarını belirtirken, inhaler ve çoklu antihipertansif kullananlar ise tam tersi memnuniyetsizliklerini belirtmiştir. Ayrıca, inhaler tedavi ve evde O₂ tedavisi almayanların hastalıklarına uyumunun daha iyi olduğu görülmüştür.
10. Başvurulan hekimler incelendiğinde; aile hekimlerine başvuran hastaların ilgili uzman hekimlere başvuranlara göre hastalık uyumlarının yüksek olduğu görülmüştür.

11. Yine hastaların büyük çoğunluğu (%91.4) sağlık eğitimi almış olup, bu bilgilendirmeler genellikle ilgili uzmanlar ve aile hekimleri tarafından yapılırken, çok azı hemşirelerden bilgilendirme almıştır. Bilgilendirmeyi aile hekimi ve hemşirelerden alan hastaların hastalık uyumlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür.
12. Hastaların yaşlarının artmasıyla birlikte uyum toplam puanı ve alt boyut puanları anlamlı bir şekilde düşmektedir.

Kronik hastalık eğitimlerinde yaşanan sorunlar nedeniyle kronik hastalık eğitimi verilen merkezlerin sayısı artırılmalı, bireye uygun eğitim modeli seçilmeli ve eğitimler periyodik olarak tekrarlanmalıdır. Ayrıca hastaların çoğunun doktordan bilgi alıyor olmaları eğitim için yeterli değildir. Eğitim konusunda iş birliği yapılmalı ve hekim dışı sağlık personelinin de bu eğitimde görev alması sağlanmalı ve ekip yaklaşımı içerisinde bu eğitimler verilmelidir.

Kronik hastalık uyumu ile hastalık bakımını değerlendirme durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmış ve hastalık uyumu artıkça memnuniyet düzeyinin orantılı olarak yükseldiği belirlenmiştir. Bu nedenle kronik hastalığa sahip olan bireylerin kronik bakıma ilişkin aldıkları memnuniyet durumlarının iyileştirilmesinde öncelikle bireylerin hastalıklarına olan uyum durumları ve bu uyumu etkileyen faktörlerin araştırılması önerilmektedir.

Aile Hekimliği Polikliniklerine yapılan başvuruların önemli bir bölümünü oluşturan kronik hastalığı olan bireylerin kronik bakıma ilişkin aldıkları memnuniyetin iyileştirilmesine yönelik daha sonra yapılacak olan araştırmalarda PACIC ve hastalık uyum parametrelerinin birlikte kullanılması gerektiğini düşünmekteyiz. Sağlık bakımının planlanması, değerlendirilmesi ve beklentiler doğrultusunda daha nitelikli hizmet sunumu sağladığı için ölçeklerin özellikle birinci basamakta uygulanarak hizmet kalitesinin değerlendirilmesi önemlidir.

Ülkemizde hastalık uyumu ile kronik hastalık bakımını değerlendirme durumu ilişkisinin araştırıldığı çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle daha fazla araştırma yapılarak literatüre katkı sağlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Özdemir Ü, Sultan T. "Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım." *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 1.1 (2013): 57-72.
2. Haçerlioğlu S, Fisun ŞA. "Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliği." *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 7.1 (2018): 175-183.
3. Akpınar NB, Merve AC. "Kronik Hastalıklar Ve Rehabilitasyon Hemşireliği." *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 3.2 (2019): 140-152.
4. TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar. Türkiye İstatistik Kurumu. 2020:37227.
5. Aydemir T, Şerife Ç. "Kronik hastalıklar ve psikososyal bakım." *Journal of Anatolian Medical Research* 4.3 (2019): 109-115.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması.[internet]: <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>. 2013.
7. Karahan FŞ, Hamarta E. "Geriatrik olgularda kronik hastalıkların ve polifarmasinin ölüm kaygısı ve anksiyete üzerine etkisi." *Ege Tıp Bilimleri Dergisi* 2.1 (2019): 8-13.
8. TÜİK. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri. 2019:33710.
9. Bayındır SK, BİÇER S. "Holistik hemşirelik bakımı." *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 4.1 (2019): 25-29.
10. Vicdan AK, Birgili F. "The Validity and Reliability Study for Developing An Assessment Scale for Adaptation to Chronic Diseases." *Journal of Current Researches on Health Sector*, (2018): 8 (2), 135-144.
11. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu AS, Yarış F. Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 27, 2007: 412-418.
12. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekiminin Tanımı. [internet] <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/aile-hekiminin-tanimi.html> Erişim tarihi: 02.04.2022.

13. İncirkuş K, Nahcivan NÖ. "A guide for chronic disease management: the chronic care model." *Florence Nightingale Journal of Nursing* 23.1 (2015): 66-75.
14. İncirkuş K, Nahcivan NÖ. "Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu'nun Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği." (2011).
15. Köse N, Erkan NÇ. "A Quality of Life Investigation of the Population Over 65 Years Old Concerning Turkish Provinces with Different Agglomeration Levels of Elderly Population//Türkiye’de 65 Yaş Üstü Nüfusun Yaşlı Yığılması Konusunda Farklılık Gösteren İllere Göre Yaşam Kalitesinin İncelenmesi." *Megaron* 16.1 (2021): 129.
16. Beğer T, Yavuzer H. "Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi." *Klinik gelişim* 25.3 (2012): 1-3.
17. Karakuş A Süzek H, Atay ME. "Muğla huzurevinde kalan yaşlıların depresyon düzeylerinin incelenmesi." *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 11 (2003): 39-41.
18. Umutlu S, Epik MT. "Türkiye’de Yaşlı Nüfus Ve Sosyal Politika Uygulamaları." *Sosyal ve Beşerî Bilimler Dergisi* 11.1 (2019): 29-43.
19. Bilir N, Erbaydar NP, Yaşlılık Sorunları ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü, Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde, Ankara, 2012
20. Sönmez S, Çevik C. "Yaşlılık ve Sağlıkta Eşitsizlikler." *Humanistic Perspective* 3.2: 496-511.
21. Tekin ÇS, Kara F. Dünyada Ve Türkiye’de Yaşlılık. *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi (IBAD)*, 2018;3(1):219-29.
22. Sandalcı B, Uyaroğlu OA, Güven GS. "COVID-19’da kronik hastalıkların rolü, önemi ve öneriler." *Flora* 25.5 (2020).
23. O'Halloran J, Miller GC, Britt H. Defining chronic conditions for primary care with ICPC-2. *Family Practice*. 2004;21(4):381-6.
24. Ceyhan YŞ, Ünsal A. "Farklı kronik hastalığı olan bireylerin öz-etkililik düzeylerinin karşılaştırılması." *Dokuz eylül üniversitesi hemşirelik fakültesi elektronik dergisi* 11.4 (2018): 263-273.

25. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri. 2017. Available from: https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO_Turkey_Risk_Factors_A4_TR_19.06.2018.pdf Erişim tarihi: 02.04.2022
26. Cao B, Bray F, Ilbawi A, Soerjomataram I. Effect on longevity of one-third reduction in premature mortality from non-communicable diseases by 2030: a global analysis of the Sustainable Development Goal health target. *The Lancet Global health*. 2018;6(12):e1288-e96.
27. Erci B, Elibol M, Aktürk Ü. "Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi." *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 26.2 (2018): 79-92.
28. Wu F, Narimatsu H, Li X, Nakamura S, Sho R, Zhao G, et al. Non-communicable diseases control in China and Japan. *Globalization and health*. 2017;13(1):91.
29. Tanik A, Demirci F, Doğan MS, Doğru AG. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve periodontal hastalık ilişkisi. *Dicle Tıp Dergisi*, 42(2) (2015): 274-278.
30. Göksel SÜ. "Yaşlıda akılcı ilaç kullanımı, birinci basamağa öneriler." *Akademik Geriatri Dergisi* 110 (2010): 21.
31. Kalender N, Sütçü Çiçek H. "Kronik hastalıkların yönetimindeki engeller.", *TürkiyeKlinikleri J Nurs Sci* 6.1 (2014): 46-53.
32. Arıcı M, Birdane A, Güler K, Yıldız BO, Altun B, Ertürk Şve ark. Türk hipertansiyon uzlaşısı raporu. *Türk Kardiyol Dern. Arş* 2015;43:402-9.
33. Aydoğan Ü, Doğaner YÇ. "Hangi hipertansiyon kılavuzu, hangi eşik değerler? Hipertansiyonda yeni eşik değerler." *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 23.2 (2019): 78-84.
34. Aydoğdu S, Güler K, Bayram F, Altun B, Derici Ü, Abacı A, ... & Tokgözoğlu L. Türk hipertansiyon uzlaşısı raporu 2019. *Türk Kardiyol Dern Ars* (2019): 47(6), 535-546.
35. Yıldırım Dİ, Marakoğlu K. "Diyabet Hastalarında D Vitamini İle Hba1c İlişkisinin Değerlendirilmesi." *Selçuk Tıp Dergisi* 35.1 (2019): 37-42.

36. Zheng Y, Ley SH, Hu FB. Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. *Nature Reviews Endocrinology* 2018;14(2):88-98.
37. Rashidi M, Asli GJİGÜSBD. Tip 1 ve Tip 2 Diyabetli Hastaların Diyabet Tutumlarının Değerlendirilmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020(10):34-49.
38. Uygur MM, Yavuz DG. "Diyabet tanısı ve sınıflandırılması." *Türkiye Klinikleri J Nutr Diet-Special Topics* 3.3 (2017): 120-129.
39. Jones AG, McDonald TJ, Shields BM, Hagopian W, Hattersley AT. Latent Autoimmune Diabetes of Adults (LADA) Is Likely to Represent a Mixed Population of Autoimmune (Type 1) and Nonautoimmune (Type 2) Diabetes. *Diabetes Care*. 2021;44(6):1243-51.
40. Alioğlu O. Ramazan ayı boyunca diyabet ve yüksek tansiyon hastalarının tedavi uyuncunun değerlendirilmesi: İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2021.
41. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach: position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*. 2012;35(6):1364-79.
42. Keskin FE. Oral Antidiyabetikler Ve İnsulinomimetik Ajanlar. *Yıllığı 2018-2019*, 63.
43. Ayvaz G, Kan E. "Tip 2 diabetes mellitus tedavisinde oral antidiyabetik ilaçlar tip 2 diabetes mellitus tedavisi." *Diyabet ve Obezite* 8 (2010).
44. Kayalioğlu M. İnsülin ve oral antidiyabetik kullanan diyabetli yaşlılarda hastalığa ilişkin tutum ve problem alanlarının karşılaştırılması: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.
45. To T, Stanojevic S, Moores G, Gershon AS, Bateman ED, Cruz AA, et al. Global asthma prevalence in adults: findings from the cross-sectional world health survey. *BMC public health*. 2012;12:204.

46. Tsai C-L, Lee W-Y, Hanania NA, Camargo Jr CA, Immunology C. Age-related differences in clinical outcomes for acute asthma in the United States, 2006-2008. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2012;129(5):1252-8. e1.
47. Dunn RM, Busse PJ, Wechsler ME. Asthma in the elderly and late-onset adult asthma. *Allergy* 2018;73(2):284-94.
48. 48.Kalpakhloğlu AF, Baççioğlu A. Yaşlılarda Astım, <https://www.solunum.org.tr/TusadData/Book/677/17102018114029-015.pdf> Erişim tarihi:02.04.2022
49. Dahlberg P, Busse WJC, Allergy E. Is intrinsic asthma synonymous with infection?, *Clinical & Experimental Allergy* 2009;39(9):1324-9.
50. Abul Y, Özlü T. "Türkiye’de KOAH epidemiyolojisi." *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi* 1.1 (2013): 7-12.
51. Aytaç SÖ. Kronik obstrüktif akciğer hastalarına (KOAH) verilen inhaler eğitimin hastaların yorgunluk düzeylerine, günlük yaşam aktivitelerine ve solunum fonksiyon testlerine etkisi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.
52. Scoditti E, Massaro M, Garbarino S, Toraldo DM. Role of Diet in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Prevention and Treatment. *Nutrients* 2019;11(6).
53. Postma DS, Bush A, van den Berge MJTL. Risk factors and early origins of chronic obstructive pulmonary disease. *The Lancet* 2015;385(9971):899-909.
54. Brassington K, Selemidis S, Bozinovski S, Vlahos RJCS. New frontiers in the treatment of comorbid cardiovascular disease in chronic obstructive pulmonary disease. *Clinical Science* 2019;133(7):885-904.
55. Gentry S, Gentry B. Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Diagnosis and Management. *American family physician* 2017;95(7):433-41.
56. Wang T, Mao L, Wang J, Li P, Liu X, Wu W. Influencing factors and exercise intervention of cognitive impairment in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Clinical Interventions in Aging* 2020;15:557.
57. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Website [Internet]. Erişim Adresi: <http://goldcopd.org/gold-2017-global-strategydiagnosis-management-prevention-copd>. 2017. [Erişim Tarihi: 03.04.2022].

58. Atıcı E. "Tıp tarihinde kanser ve lösemi." *Türk onkoloji dergisi* 22.4 (2007): 197-204.
59. World Health Organization. Cancer. [İnternet] <https://www.who.int/cancer/en/>; [Erişim tarihi 03.04.2022].
60. Bray F, Laversanne M, Weiderpass E, Soerjomataram I. The ever- increasing importance of cancer as a leading cause of premature death worldwide. *Cancer* 2021;127(16):3029-30.
61. Alim NE. "Türkiye’de ve dünyada kanser epidemiyolojisi." *TC, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü* (2017).
62. Organization WHO. WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all. 2020.
63. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians* 2021;71(3):209-49.
64. World Health Organization. Latest global cancer data: Cancer burden rises to 18.1 million new cases and 9.6 million cancer deaths in 2018. [İnternet] <https://www.who.int/cancer/PRGlobocanFinal.pdf?ua=1>; [Erişim tarihi: 04.04.2022].
65. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kanser Kontrol Programı 2016. [İnternet] https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/yayinlar/raporlar/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf [Erişim tarihi: 04.04.2022]. .
66. International Agency for Research on Cancer (IARC). Turkey Source: Globocan 2020. [İnternet] <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/792-turkey-fact-sheets.pdf>; [Erişim tarihi 04.04.2022].
67. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanser Dairesi Başkanlığı. Kanser Risk Faktörleri. [internet] <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri/kanser-nedir-belirtileri1/risk-faktörleri.html>Erişim tarihi: 04.04.2022.
68. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanser Dairesi Başkanlığı. Kanser Evrelemesi. [internet] <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tedavisi/kanser-tedavisi-nelerdir/evreleme.html> Erişim tarihi: 04.04.2022.

69. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanseri Dairesi Başkanlığı. Kanseri Tedavisi. [internet] <https://hsqm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tedavisi.html> Erişim tarihi: 04.04.2022.
70. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanseri Dairesi Başkanlığı. Kemoterapi. [internet] <https://hsqm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tedavisi/kanser-tedavisi-nelerdir/kemoterapi.html> Erişim tarihi: 04.04.2022.
71. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanseri Dairesi Başkanlığı. Cerrahi Tedavi. [internet] <https://hsqm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tedavisi/kanser-tedavisi-nelerdir/cerrahi-tedavi.html> Erişim tarihi: 04.04.2022.
72. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanseri Dairesi Başkanlığı. Radyasyon Tedavisi. Erişim tarihi: 02.04.2022.
73. Fidaner C. TA, Özgül N, Olcayto E, Gültekin M (eds). Kanserde Erken Yakalama. TC Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı. 2009(Türkiye'de Kanseri Kontrolü. Ankara):211-18.
74. Kaya C, Üstü Y, Özyörük E, Aydemir Ö, Şimşek Ç, Şahin AD. Sağlık çalışanlarının kanseri taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. 2017;17(1).
75. Sikora K. Cancer screening. 2008;36(1):45-9.
76. Şeker N, Yasin YK, Özaydın E, Çapacı B, Okyay P. Üçüncü basamak sağlık kuruluşundaki hemşirelerin kanseri tarama programları bilgileri ile tarama testlerini yaptırma durumları. *Duzce Medical Journal* (2018), 19(1), 14-18.
77. World Health Organization. Breast cancer.[internet] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer> Erişim tarihi:22.04.2022.
78. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanseri Dairesi Başkanlığı. Meme Kanseri Tarama Program Ulusal Standartları. [internet] <https://hsqm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/meme-kanseri-tarama-programi-ulusal-standartlari.html> Erişim tarihi: 22.04.2022.
79. World Health Organization. Cervical cancer. [internet] https://www.who.int/health-topics/cervical-cancer#tab=tab_1 Erişim tarihi:22.04.2022.

80. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanseri Dairesi Başkanlığı. Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. [internet] <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/serviks-kanseri-tarama-programi-ulusal-standartlari.html> Erişim tarihi: 22.04.2022.
81. Centers for Disease Control and Prevention. What Is ColorectalCancer?,[internet] https://www.cdc.gov/cancer/colorectal/basic_info/what-is-colorectal-cancer.htm Erişim tarihi:22.04.2022.
82. Centers for Disease Control and Prevention. What Are the Risk Factors for ColorectalCancer?Internet]https://www.cdc.gov/cancer/colorectal/basic_info/risk_factors.htm [Erişim tarihi: 22.04.2022].
83. Centers for Disease Control and Prevention. What Are the Symptoms of Colorectal Cancer? Internet]https://www.cdc.gov/cancer/colorectal/basic_info/symptoms.htm [Erişim tarihi: 23.04.2022].
84. T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Kolorektal Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. [Internet] <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kansertarama-standartlari/listesi/484-kolorektal-kanser-tarama-programi-ulusal-standartlari.html> [Erişim tarihi: 23.04.2022].
85. Başer DA, Kahveci R, Aksoy H, Döner P, Kasım İ, Şencan İ, Özkara A. Tip 2 diyabetli hastaların aile hekimiyle iletişimi ile ilgili görüş ve deneyimleri: Kalitatif çalışma. *Cumhuriyet Medical Journal* 2014;36(4):495-502.
86. World Health Organization: Primary Health Care—Now More Than Ever,Geneva, 2008, WHO.,2008.
87. Aile Hekimliği Resmi İnternet Sitesi. <http://ailehekimligi.gov.tr/> (Erişim tarihi: 22.04.2022).
88. Haskett TJHHC, Practice. Chronic illness management: Changing the system. *Home Health Care Management & Practice* 2006;18(6):492-4.
89. Geyman JP. Disease management: panacea, another false hope, or something in between?. *The Annals of Family Medicine* 2007;5(3):257-60.
90. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *Bmj* 2000;320(7234):569-72.

91. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, 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(9859):2095-128.
92. Soriano JB, Zielinski J, Price DJTL. Screening for and early detection of chronic obstructive pulmonary disease. *The Lancet* 2009;374(9691):721-32.
93. Maher D, Ford N, Unwin N. Priorities for developing countries in the global response to non-communicable diseases. *Globalization and health* 2012;8:14.
94. Jeet G, Thakur JS, Prinja S, Singh M. Community health workers for non-communicable diseases prevention and control in developing countries: Evidence and implications. *PloS one*. 2017;12(7):e0180640.
95. Gyawali B, Khanal P, Mishra SR, van Teijlingen E, Wolf Meyrowitsch D. Building Strong Primary Health Care to Tackle the Growing Burden of Non-Communicable Diseases in Nepal. *Global health action*. 2020;13(1):1788262.
96. Tekpınar H, Özen M, Aşık Z. "Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramalarına ilişkin yaklaşımlarının değerlendirilmesi." *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 22.1 (2018): 28-36.
97. Taylor SE, Aspinwall LG. Psychosocial aspects of chronic illness. 1996.
98. Sprangers MA, de Regt EB, Andries F, van Agt HM, Bijl RV, de Boer JB, et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life?, *Journal of clinical epidemiology* 2000;53(9):895-907.
99. Rothman AA, Wagner EH. Chronic illness management: what is the role of primary care?. *Annals of Internal Medicine* 2003;138(3):256-61.
100. Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, Mahoney LD, Reid RJ, Greene SM. Development and validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC). 2005:436-44.
101. Glasgow RE, Whitesides H, Nelson CC, King DK. Use of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) with diabetic patients: relationship to patient characteristics, receipt of care, and self-management. *Medical care* 2005;28(11): 2655-61.

102. Aragonés A, Schaefer EW, Stevens D, Gourevitch MN, Glasgow RE, Shah NR. Validation of the Spanish translation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) survey. *Preventing chronic disease*. 2008;5(4):A113.
103. Rosemann T, Laux G, Droeßemeyer S, Gensichen J, Szecsenyi J. Evaluation of a culturally adapted German version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC 5A) questionnaire in a sample of osteoarthritis patients. *Journal of evaluation in clinical practice* 2007;13(5):806-13.
104. Atik D, Karatepe H. Scale development study: adaptation to chronic illness. *Acta Medica Mediterranea* 2016;32(1):135-42.
105. Nutting PA, Dickinson WP, Dickinson LM, Nelson CC, King DK, Crabtree BF, et al. Use of chronic care model elements is associated with higher-quality care for diabetes. *Annals of family medicine* 2007;5(1):14-20.
106. Piatt GA, Orchard TJ, Emerson S, Simmons D, Songer TJ, Brooks MM, Korytkowski M, Siminerio LM, Ahmad U, Zgibor JC. Translating the chronic care model into the community: results from a randomized controlled trial of a multifaceted diabetes care intervention. *Diabetes care* 2006;29(4):811-7.
107. Aktürk Z, Dağdeviren N, Şahin EM, Özer C, Yaman H, Göktaş O, ... & Maraş İ. Hastalar hekimleri değerlendiriyor: EUROPEP ölçeği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2002;3(16):153-60.
108. Nurten K. Solmaz Ş, Bolol N. Larinjektomili Bireylerin Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesini Değerlendirmede EuroQol Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerliliği. *Florence Nightingale Journal of Nursing* 2007;15(58).
109. Ayyıldız Nİ, Ergüney S. "Hipertansiyon hastalarında yaşam doyumu ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi." *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 33.3 (2017): 21-31.
110. Kaya ÇA, İçen F, Uğuz K, Şimşek M, Akman M, Akturan S. Kronik hastalık bakımının hasta perspektifinden değerlendirilmesi. *The Journal of Turkish Family Physician* 2013; 4(3), 1-9.
111. Karabulutlu EY, Atman R, Yağcı S. "Kronik hastalığı olan bireylere verilen bakımın değerlendirilmesi." *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 3.1 (2015): 16-30.

112. Doğan MD, Çadırılı Ş, Paçacı M, Arslan Y. "Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Bakıma İlişkin Değerlendirmeleri ve Öğrenim Gereksinimleri." *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 6.1 (2019): 22-28.
113. 113.Üstünova E, Nahcivan N. "Related Factors and Patient Assessment of Chronic Illness Care in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease." *Florence Nightingale Journal of Nursing* 23.1 (2015): 11-22.
114. Jackson GL, Weinberger M, Hamilton NS, Edelman D. Racial/ethnic and educational-level differences in diabetes care experiences in primary care. *Primary Care Diabetes* 2008;2(1):39-44.
115. Taggart J, Chan B, Jayasinghe UW, Christl B, Proudfoot J, Crookes P, et al. Patients Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) in two Australian studies: structure and utility. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2011;17(2):215-21.
116. 116.Akan G. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Durumları İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Denizli: Pamukkale Üniversitesi, 2019
117. Dönmez Ak S. Kronik Hastalığı Olan Bireylere "Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği(PACIC)"nin Uygulanması, T.C. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara:T.C. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2017
118. Ölmez B. Tip-2 Diyabetes Mellitus' da Kronik Hastalık Bakımı ve İlaç Uyumunun Değerlendirilmesi: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2015.
119. Özlük E. Tip 2 Diyabet Hastalarında Benlik Saygısı Ve Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Düzeyi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2016.
120. Rick J, Rowe K, Hann M, Sibbald B, Reeves D, Roland M, et al. Psychometric properties of the patient assessment of chronic illness care measure: acceptability, reliability and validity in United Kingdom patients with long-term conditions. *BMC health services research* 2012;12(1):1-15.

121. 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(1):1-7.
122. Çallı D. Tip 2 diyabetli hastaların diyabet yönetimine ilişkin öz-etkililik algısı ve iyilik halinin değerlendirilmesi: Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
123. Dede B, Sarı M, Gürsul A, Hanedar A, Gadis A, Görgülü B, ... & Eser, E. Kronik hastalığı nedeniyle ayaktan izlenen hastaların aldıkları sağlık hizmetlerinin niteliğini etkileyen değişkenler. *AF Prev Med Bull* 2016;5(3):238-47.
124. 124.Ucakan G. Tip II diabetes mellituslu bireylerde benlik saygısı ve öz etkililik düzeyleri: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
125. Megari K. Quality of Life in Chronic Disease Patients. *Health psychology research*. *Health psychology research* 2013;1(3):e27.
126. Derya A, Karatepe H, Yuce UO. The Relationship Between Fluid Control and Disease Adaptation Levels with Symptoms in Patients Undergoing Hemodialysis. *Journal of Basic and Clinical Health Sciences* 2020;4(3):264-70.
127. Aslan H, Çetkin T, Dikmen RD. Effects of chronic illness adaptation on the healthy lifestyle behaviours of patients in internal services. *Cukurova Medical Journal* 2021;46(3):1140-9.
128. Bozbay DS, Yıldırım AB, Dönmez L. Bir Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği'nde Yatan Hastalarının Kronik Hastalık Uyumu Ve İlgili Bazı Değişkenlerin İncelenmesi. *3 International 21 National Public Health Congress*; 2019.
129. Irğa N. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hipertansiyon Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerinin İlaç Tedavisi Ve Kronik Hastalık Uyumuna Etkisi. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Tekirdağ; Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2021.

130. Yöney G. Diyabet Polikliniğine Başvuran Tip 2 Diyabetli Hastalarda Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği İle HBA1C İlişkisinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Hastanesi, 2020.



EKLER

EK-1. Özgeçmiş

Adı Soyadı: İBRAHİM DEMİRDÖVEN

Yabancı Dil Bilgisi: İngilizce

Görev Yeri: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Akademik Unvan: Araştırma Görevlisi

Mezun Olduğu Üniversite ve Fakülte: Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Mezuniyet Yılı: 2015

Bugüne Kadar Çalıştığım Kurum / Kuruluşlar: Malatya Darende Hulusi Efendi

Devlet Hastanesi

EK-2. Etik Kurul Onayı

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
11.01.2022	01	2022/2901	
Çalışma Adı:	Birinci Basamakta 65 Yaş Üstü Kronik Hastalığı Bulunan Bireylerin Hastalık Bakımları ve Hastalık Uyumlarının Değerlendirilmesi		
Araştırmacılar:	Doç. Dr. Engin Burak SELÇUK (Yürütücü) Doç. Dr. Burcu KAYHAN TETİK (Yardımcı Araştırmacı) Arş. Gör. İbrahim DEMİRDÖVEN (Yardımcı Araştırmacı)		
Başvurunuz; üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde <u>çalışmanın etik açıdan uygun olduğuna;</u> oy birliği ile karar verilmiştir.			
27.01.2022 ASLI GÜLİS Kadriye YÜKSEL Etik Kurul Sekreteryası			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı			
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.	KATILDI	Prof. Dr. Barış OTLU Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Dinçer ÖZGÖR Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Ahmet KOÇ Etik Kurul Üyesi	KATILDI

EK-3. İl Sağlık Müdürlüğü Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 14/04/2022-168409



T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
TIP FAKÜLTESİ
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı

Sayı : E-28895367-044--168409
Konu : Tez Çalışma İzni

14/04/2022

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : a) Dekanlık Makamı'nın 13/04/2022 tarih ve 167924 sayılı yazısı,
b) İNÜ Personel Daire Başkanlığının 12.04.2022 tarih ve 165491 sayılı yazısı.

Sağlık Bakanlığı kadrosunda olup; Anabilim Dalınızda ihtisas eğitimi yapmakta olan Araştırma Görevlisi Dr. İbrahim DEMİRDÖVEN'in yürütmekte olduğu "Birinci Basamakta 65 Yaş Üstü Kronik Hastalığı Bulunan Bireylerin Hastalık Bakımları ve Hastalık Uyumlarının Değerlendirilmesi" konulu uzmanlık tez çalışmasını yapma talebinin uygun bulunduğuna ilişkin Üniversitemiz Personel Daire Başkanlığının ilgi (b)'de kayıtlı yazısı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. İbrahim ŞAHİN
Bölüm Başkanı

Ek:6

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSU64MBY5K Pin Kodu :21472

Belge Takip Adresi :
<https://turkiye.gov.tr/ebd?cK=3837&eD=BSU64MBY5K&eS=168409>

Adres:Tömm
Telefon:3410660 Faks:3410036
e-Posta:dahilitip@inonu.edu.tr Web:http://www.inonu.edu.tr/tip
Kep Adresi:inonuniversitesi@hs03.kep.tr

Bilgi için: Sevinç Yıldırım
Unvanı: Sürekli İşçi



EK-4. Bilgilendirici Gönüllü Onam Formu

MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Doç. Dr. Engin Burak Selçuk tarafından yürütülen, Arş. Gör. Dr. İbrahim Demirdöven'in tez çalışması "Birinci basamakta 65 yaş üstü kronik hastalığı bulunan bireylerin hastalık bakımları ve hastalık uyumlarını değerlendirilmesi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahibsiniz. Çalışmadan ayrılmanız durumunda herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmayacak olup, hiçbir hak kaybına uğramadan araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Araştırma konusuyla ilgili ve gönüllünün araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde gönüllünün veya kanuni temsilcisi zamanında bilgilendirilecektir. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen **Araştırma amacı** ile kullanılacaktır. **Araştırma** yayınlansa bile **isminiz ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak ve 3. bir şahsa verilmeyecektir**. Sizlerden biyolojik materyaller (kan, idrar, dokü vs.) alındığı takdirde materyallerin neler olduğunu, hangi amaçla alındığı ve analizlerinin nerede yapılacağına dair bilgiler (analizlerin yurtdışında yapılması durumunda biyolojik materyallerin nereye gönderileceğinin açıklanması) verilecektir. Hazırlanmış olduğumuz Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu, gönüllü veya kanuni temsilcisinin yasal haklarını ortadan kaldıracak bir hüküm veya ifade içermez ayrıca araştırmacıyı, kurumu, destekleyici veya bunların temsilcilerini kendi ihmallerinden kaynaklanan herhangi bir yükümlülüğün kurtaracak hüküm veya ifade taşıyamaz.

18 yaşının altındaki katılımcı/gönüllülerin, velayet veya vesayetindeki yasal temsilcilerine gerekli açıklamalar yapılarak bilgilendirildi. Çalışma için gerekli izin/Onam alındı. **Çalışmaya katılmanız, soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam/onay verdiğiniz anlamına gelmektedir**. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmuyunuz.

1. Araştırmanın açık adı: Birinci basamakta 65 yaş üstü kronik hastalığı bulunan bireylerin hastalık bakımları ve hastalık uyumlarını değerlendirilmesi
2. Gönüllüye çalışmanın bir araştırma olduğunu açıkladınız mı? EVET
3. Araştırmanın amacı nedir? Bu araştırmada; Malatya Battalgazi ilçesinde bulunan Fırat Aile Sağlığı Merkezinde kayıtlı olan 65 yaş üstü kronik hastalığı olan kişilerin hastalıklarıyla ilgili aldıkları bakımın düzeyi ve hastalıklarına olan uyum düzeyinin araştırılması amaçlanmaktadır.
4. Gönüllünün araştırmaya devam etmesi için öngörülen süre nedir? Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 1 (Bir) gün'dür.
5. Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı nedir? Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam katılımcı sayısı en az 500'dir.

MALATYA KLİNİK ARASTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

6. Varsa araştırmada uygulanacak tedaviler nelerdir? YOK
7. Varsa farklı tedaviler için gönüllülerin araştırma gruplarına rastgele atanma ihtimali var mı? HAYIR
8. Araştırma sırasında uygulanacak olan invazif yöntemler dâhil olmak üzere izlenecek veya gönüllüye uygulanacak yöntemlerin tümünü anlayabileceği ifadelerle açıklayınız: Hastalara herhangi bir invazif işlem uygulanmamakla birlikte, 14 soruluk sosyodemografik özelliklerini sorgulayan form, 20 soruluk kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği ve 25 soruluk kronik hastalıklara uyum ölçeğine ait anket soruları yöneltilecektir.
9. Araştırmanın deneysel kısımlarını açıklayınız: Araştırma anketler üzerinden yapılacaktır
10. Gönüllünün maruz kalacağı öngörülen riskler veya rahatsızlıklar (araştırma hamilelerde veya lohusalarda yapılacak ise embriyo, fetüs veya süt çocuklarının da maruz kalacağı öngörülen riskler veya rahatsızlıklar dahil olmak üzere) açıklayınız: Öngörülen bir risk bulunmamaktadır.
11. Araştırmadan makul ölçüde beklenen yararlarla ilgili olarak gönüllü açısından hedeflenen herhangi bir klinik yarar olmadığında gönüllünün bu durum hakkında bilgilendirilecek mi? Gönüllü bu durum hakkında bilgilendirilecektir.
12. Gönüllüye uygulanabilecek olan alternatif yöntemler veya tedavi seması ve bunların olası yarar ve risklerini açıklayınız: Hastalara herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır
13. İlgili mevzuat gereğince gerekiyorsa gönüllüye verilecek tazminat (sigorta) ve / veya sağlanacak tedaviler, gereken masraflar Dr. İbrahim Demirdöven tarafından karşılanacaktır.
14. Varsa, gönüllülere yapılacak ulaşım, yemek gibi masraflara ilişkin ödemeler Dr.İbrahim Demirdöven tarafından karşılanacaktır
15. Gönüllülerin sorumlulukları nelerdir, yazılı olarak listeyerek gönüllüye imzalatmış mı? EVET

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ

Uygulama süresince, zorunlu olarak araştırma katıldığınızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da araştırma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki veya diğer rahatsızlıklarınız için herhangi bir saatte adresi ve telefonu aşağıda belirtilen ilgili hekime ulaşabilirsiniz.

İstediğinizde Günü 24 Saati Ulaşılabilecek Araştırmacınızın Adres ve Telefonları:

Dr.İbrahim Demirdöven... İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD

İs:04223410660 Cep:

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ		İMZASI:
ADI-SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARASTIRMAYA KATILMA ONAYI
Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum ve çocuğuma anlayacağı şekilde açıkladım. Çocuğumun araştırmadan istediği zaman gerekceli veya gerekcesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğini biliyorum. Çocuğumun Anne/ Baba veya yasal vasi (kanuni temsilci) olarak araştırmaya gönüllü olarak katılmasına hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla kabul ediyorum.

VELİ/ VASİ (Varsa)		İMZASI:
ADI-SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARASTIRMACI		İMZASI:
ADI-SOYADI ve GÖREVİ		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

EK-5. Anket

HASTANIN BİLGİLERİ		
HASTA ADI:	YAŞADIĞI YER:	BOY:
YAS:	EĞİTİM: 1) OKUR-YAZAR 2) İLKOKUL 3) ORTAOKUL 4) LİSE 5) ÜNİVERSİTE	KİLO:
CİNSİYET: 1) ERKEK 2) KADIN	MEDENİ HALİ: 1) BEKAR 2) EVLİ	ŞİGARA: 1) HIÇ KULLANMAMIŞ 2) KULLANIYOR 3) BIRAKMIŞ

	TANI ALMA SÜRESİ 1) <1 2) 1-5 YIL 3) 5-10 YIL 4) > 10 YIL	SPESİFİK BİLGİLER
ONKOLOJİK HASTALIKLAR		MEME CA ☐ KOLON CA ☐ AKCİĞER CA ☐ PROSTAT CA ☐ SERVİKS CA ☐ DİĞER
HİPERTANSİYON		TEKLI ANTIHİPERTANSİF KULLANIMI ☐ ÇOKLU ANTIHİPERTANSİF KULLANIMI ☐
DİYABET		İNSÜLIN KULLANIMI: VAR ☐ YOK ☐ QAD KULLANIMI: VAR ☐ YOK ☐
ASTİM		İNHALER KULLANIMI: VAR ☐ YOK ☐
KOAH		İNHALER KULLANIMI: VAR ☐ YOK ☐ EVDE NEBULİZATÖR-Q2 KULLANIMI: VAR ☐ YOK ☐

11) Kronik hastalığınızla ilgili olarak son altı ay içerisinde hekime başvurduğunuz mu?

- (1) Hayır
(2) Evet-cevabınız evet ise kaç kez?

Yukarıda ki soruya cevabınız evet ise, kronik hastalığınız ile ilgili olarak son altı ay içerisinde daha çok hangi hekime başvurduğunuz?

- (1) Aile Hekimi
(2) İlgili Uzman Hekim

12) Kronik hastalığınızla ilgili olarak son altı ay içerisinde hiç hastaneye yattınız mı?

- (1) Hayır
(2) Evet-cevabınız evet ise kaç kez?

13) Kronik hastalığınızla ilgili olarak son altı ay içerisinde hiç acil servise gittiniz mi?

- (1) Hayır
(2) Evet-cevabınız evet ise kaç kez?

14) Kronik hastalığınızla ilgili olarak hiç eğitim/bilgilendirme aldınız mı?

- (1) Hayır
(2) Evet

Kimden aldınız?

- (1) Aile Hekiminden
(2) İlgili Uzman Hekimden
(3) Diğer(belirtiniz)

EK-6. Ölçekler

Tablo1: Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu (PACIC)

	Hiç bir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Tedavi planım yapılırken görüşlerim alındı.					
2. Tedavim konusunda karar vermem için başka seçenekler sunuldu.					
3. İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi.					
4. Sağlığım için yapmam gerekenler yazılı olarak verildi.					
5. Bakımımın iyi düzenlenmiş olmasından memnun kaldım.					
6. Kendi bakımımı sağlamak için yaptığım şeylerin sağlığımı nasıl etkileyeceği açıklandı.					
7. Kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu.					
8. Beslenme ya da egzersiz yapma davranışlarımı geliştirmem için yardım edildi.					
9. Tedavi planımın 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 hemşiremin 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 programlarına katılmaya teşvik edildim.					
18. Diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacım olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirildim.					
19. Diğer branşlardaki hekimlere gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı.					
20. Diğer hekimlerle yaptığım görüşmeler konusunda sorular soruldu.					

	Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Sayın Katılımcı; Aşağıdaki ölçek kronik hastalıklarda (kalp, akciğer, böbrek vb.), hastaların, hastalığa uyum düzeyini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Aşağıda kronik hastalığınız boyunca yaşamış olabileceğiniz tutum, inanç ve davranışlarınızı içeren bazı durumlar verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki durumu ne kadar yaşadığınızı aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerdeki uygun bölüme X işareti koyarak belirleyiniz.	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Hastalığım için verilen ilaçları düzenli kullanıyorum.					
2	Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere					
3	Benimle aynı hastalığı olan kişilerle iletişim halindeyim.					
4	Vücudumda ortaya çıkan değişiklikleri (şişlik, kilo artışı vb.) önemsiyorum.					
5	Hastalığımın dolayısı aile içi ilişkilerim olumsuz etkilendi.					
6	Hastalığım geleceğe yönelik planlar yapmamı engelliyor.					
7	Hasta olsam da sosyal aktivitelere katılıyorum.					
8	Tamamen iyileşeceğimi düşünüyorum.					
9	Hastalığım cinsel yaşamımı etkilemiyor.					
10	Hastalığım uzun süreli olarak kontrol altında olmamı					
11	Hastalığım nedeniyle aldığım tedavinin etkili olacağını					
12	Hastalığım sebebiyle temkinli/tedbirli yaşamak bana çok zor geliyor.					
13	Hasta olsam da evdeki işlerimi yapıyorum.					
14	Hastalığımla ilgili evde takip etmem gereken ölçümleri (tansiyon, kan şekeri vb.) yapıyorum.					
15	Hastalığım sebebiyle verilen diyeti düzenli uyguluyorum.					
16	Hastalığım sebebiyle verilen egzersizleri düzenli yapıyorum.					
17	Hastalığımın dolayısı arkadaş ilişkilerim olumsuz etkilendi.					
18	Düzenli olarak sağlık kuruluşuna kontrole gidiyorum.					
19	Hastalığım sebebiyle aileme yük olduğumu düşünüyorum.					
20	Hasta olmak beni endişelendiriyor.					
21	Sağlık çalışanlarına güveniyorum.					
22	Hastalığım ile ilgili yeterince bilgi sahibiyim.					
23	Tedavilerimle ilgili yeterince bilgi sahibiyim.					
24	Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede					
25	Hastalığımın dolayısı çalışma hayatım olumsuz etkilendi.					