

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI

**BİRİNCİ BASAMAKTA KRONİK
HASTALIKLARDA KRONİK HASTA
BAKIMININ HASTA PERSPEKTİFİNDEN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. SELMAN ESER

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2017

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ

ANABİLİM DALI

**BİRİNCİ BASAMAKTA KRONİK
HASTALIKLARDA KRONİK HASTA
BAKIMININ HASTA PERSPEKTİFİNDEN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. Selman ESER

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI: PROF. DR. NİLGÜN ÖZÇAKAR

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca bana ve diğer asistan arkadaşlarıma bilgi ve deneyimlerini paylaşmaktan çekinmeyen eğitimimiz açısından gösterdikleri gayretleri sebebiyle ve tez süresince gösterdiği ilgi ve yardımları sebebiyle başta tez danışmanım Prof. Dr. Nilgün Özçakar, ana bilim dalı başkanımız Prof. Dr. A. Dilek Güldal, Prof. Dr. Vildan Mevsim, Doç. Dr. Mehtap Kartal, Doç. Dr. Tolga Günvar, Uzm. Dr. Ediz Yıldırım, Uzm. Dr. Neslişah Gaffuroğlu Tan, Uzm. Dr. Gizem Limnili'ye teşekkürü borç bilmekteyim.

Tez veri toplama aşamamda bana desteklerini esirgemeyen İzmir Balçova ilçesi aile sağlığı merkezlerinde görevini yapmakta olan hekimlerimize, hemşirelerimize ve personelimize teşekkürlerimi sunarım.

Bu süreçte sürekli yanımda olan ve gösterdiği sabırdan dolayı desteğini esirgemeyen eşime teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖNSÖZ	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLolar DİZİNİ	iv
KISALTMALAR.....	v
ÖZET	1
SUMMARY	2
1.GİRİŞ.....	3
2.GENEL BİLGİLER.....	6
2.1.HİPERTANSİYON	6
2.1.1.Tanı	7
2.1.2.Laboratuvar Tetkikleri.....	7
2.1.3.Tedavi	8
2.1.4.Hasta Uyumu	10
2.2.DİYABETES MELLİTUS	10
2.2.1.Tanı	10
2.2.2.Semptomlar	12
2.2.3.Tarama.....	12
2.2.4.Rutin İzlem	13
2.2.5. Tedavi	15
3.YÖNTEM VE GEREÇLER.....	18
3.1.Araştırma Modeli	18
3.2. Araştırma Örnekleme.....	18
3.3.Araştırmanın Uygulanması	18

3.4. Veri Toplama Araçları	19
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi;	20
4. BULGULAR	21
4.1. Sosyodemografik Özellikler	21
4.2. Ölçek Puanları	25
4.3. Sosyodemografik Özelliklerin Ölçek Puanlarına Etkisi	27
5. TARTIŞMA	31
5.1. Sosyodemografik Özellikler	31
5.2. Ölçek	34
5.3. Sosyodemografik Özelliklerin Ölçeğe Etkisi.....	35
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	37
7. KAYNAKLAR.....	38
8. EKLER	41

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1: Kan basıncı düzeyi evreleme	6
Tablo 2: Anti hipertansif ilaçların kontraendikasyonları	9
Tablo 3: DM ve glukoz metabolizmasının diğer bozukluklarında tanı kriterleri.....	11
Tablo 4: Gestasyonel diyabette tanı kriterleri	11
Tablo 5: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri-1	22
Tablo 6: Sosyodemografik özellikler-2	23
Tablo 7: Sosyodemografik özellikler-3	24
Tablo 8: Hastalık süresi ve başvuru sayıları	25
Tablo 9: HT ve DM hastalarının ölçek ve alt ölçek ortalamaları	26
Tablo 10: Ölçek soruları ortalamaları yüksek puandan düşüğe sıralanışı.....	26
Tablo 11: Cinsiyetin ölçek ve alt ölçeklere etkisi	28
Tablo 12: Demografik özelliklerin toplam ölçek ortalaması ile ilişkisi-1	29
Tablo 13: Demografik özelliklerin toplam ölçek ortalaması ile ilişkisi-2	30

KISALTMALAR

HT: Hipertansiyon

DM: Diyabetes Mellitus

WHO: World Health Organisation

GFR: Glomerular filtration rate

EKG: Elektrokardiyografi

KBY: Kronik böbrek yetmezliği

KAH: Koroner arter hastalığı

ACE: Angiotension converting enzyme

ARB: Anjiotensin reseptör blokeri

KKB: Kalsiyum Kanal Blokeri

AV: Atrioventriküler

KOAH: Kronik obstruktif akciğer hastalığı

KY: Kalp yetmezliği

RAS: Renal arter stenozu

OGTT: Oral glikoz tolerans testi

APG: Açlık plazma glikozu

PG: Plazma glikozu

IADPSG: International Assaciation of The Diabetes and Pregnancy Study Groups

GDM: Gestasyonel diyabetes mellites

TSH: Tiroid situmilan hormon

Anti-TPO: Anti tiroid peroksidaz

LDL: Low density lipoprotein

KV: Kardiyovasküler

MI: Miyokard infarktüsü

HDL: High density lipoprotein

GIS: Gastro intestinal sistem

GLP-1: Glucagon-likepeptide 1

DPP-4: Dipeptidil peptidaz-4

ASM: Aile sağlığı merkezi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu



ÖZET

BİRİNCİ BASAMAKTA KRONİK HASTA BAKIMININ HASTA PERSPEKTİFİNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: Birinci basamağa başvuran hastalar arasında kronik hastalıklardan hipertansiyon ve/veya diyabeti olan hastaların kronik hasta bakımını hasta perspektifinden belirlemektir.

Yöntem: Kesitsel tipteki araştırmamızın katılımcılarını İzmir ili Balçova ilçesindeki Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran hipertansiyon ve/veya diyabet hastaları oluşturmuştur. Araştırma Temmuz–Ağustos 2016’da yürütülerek 384 Diyabetes Mellitus, 384 Hipertansiyon olmak üzere toplam 768 hasta dâhil edilmiştir. Hastalara sosyodemografik özellikler ve Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu(PACIC)’nu içeren anket yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Türkçe PACIC 20 madde ve 5 alt ölçekten oluşmaktadır. İstatistiksel analizlerde SPSS 22.0 programı kullanılmış, yüzde, ortalama, anova ve t testleri yapılmıştır. $P < 0,05$ anlamlı olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Tüm katılımcıların yaş ortalaması $62,3 \pm 9,99$ idi. Hastaların %61.1 (n: 469)’i kadın, %38.9 (n:299)’u erkekti. Hastaların %19.8 (n:152)’i sigara kullanıyordu. Hipertansiyon hastalarının %50 (n:191)’si diyet-egzersiz yapmadığını belirtirken bu oran, diyabet hastalarının %45 (n:172)’i düzeyindeydi. Hastaların %32,2 (n: 247)’si son 1 yıl içinde Aile Sağlığı Merkezleri haricinde başka bir sağlık kuruluşuna başvurmamışlardı. Katılımcıların Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği genel puan ortalaması $2,41 \pm 0,84$ idi. Hipertansiyon ve diyabet hastaları arasında fark yoktu ($p > 0.05$). Alt ölçekler değerlendirildiğinde “izlem/koordinasyon”da diyabetikler lehine daha yüksek ortalama puan belirlendi. Ölçek ortalama puanı ve alt ölçeklerden “hasta katılımı” ve “izlem/koordinasyon”da erkeklerin puanı kadınlardan fazlaydı. Katılımcıların yaşı arttıkça ve eğitim durumu azaldıkça ölçek puanlarının azaldığı görüldü. Aile sağlığı merkezine başvuru sayısı, ekonomik durumu, sigara içme durumuyla ölçek ortalaması arasında anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$).

Sonuç: Hipertansiyon ve diyabet hastalarının Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği ortalama puanları düşük düzeydedir. Kronik hastalıkların birinci basamakta izlemi büyük önem taşımaktadır. Birinci basamakta kronik hastalık bakımını geliştirmeye ihtiyaç vardır.

SUMMARY

EVALUATION OF THE CHRONIC PATIENT CARE FROM THE PATIENTS' PERSPECTIVE IN PRIMARY CARE

Aim: To determine chronic illness care of patients with hypertension and/or diabetes from patient perspective admitted to primary care.

Method: Participants of our cross-sectional study were hypertension and/or diabetes patients who applied Family Health Centers in Balçova, Izmir. It was carried out in July-August 2016 and included totally 768 patients, 384 Diabetes Mellitus and 384 Hypertension. Questionnaire containing sociodemographic characteristics and Patient Assessment of Chronic Illness Care-Patient Form(PACIC) was administered by face-to-face interview. Turkish PACIC consists of 20 items, 5 subscales. SPSS 22.0 used, percent, mean, anova and t tests were done. $P < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: All participants mean age was 62.3 ± 9.99 . Of the patients 61.1%(n:469) were female, 38.9%(n:299) were male. 19.8%(n:152) were smoking. Among hypertension patients 50%(n:191) stated they didn't do diet-exercise and this was 45%(n:172) of diabetics. In last year %32.2(n:247) of patients didn't apply to any other except Family Health Center. Mean score of Chronic Illness Care Scale was 2.41 ± 0.84 . There wasn't difference between hypertensive and diabetic patients' scores($p > 0.05$). When subscales evaluated, higher score was found for diabetics in "follow-up/coordination". Males' score was higher than women and also in subscales "patient participation" and "follow-up/coordination". As age increased and educational status decreased, scores decreased. There was no significant difference between health center applies, economic status, and smoking($p > 0.05$).

Conclusion: Patient Assessment of Chronic Illness Care scores were low in hypertension and diabetes patients. Monitoring of chronic diseases in primary care is of great importance. There is a need to improve chronic disease management in primary care.

1. GİRİŞ

Kronik hastalıklar, uzun dönemli seyreden ve genellikle yavaş ilerleme gösteren, tıbbi girişimlerle tedavi edilemeyen hastalık grubunu oluşturur. Tedavi ve izlem süreçlerinde hastalığın derecesini azaltmak ve öz bakımında kişinin işlevini ve sorumluluğunu en üst düzeye çıkarmak için periyodik izlem ve destek bakım gerektiren durumlardır.

Kronik hastalıklar bütün dünya genelinde giderek artmakta, üretken dönemi kapsayan 20–64 yaş grubundaki mortalitenin ciddi bir bölümünü oluşturmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün araştırmalarına göre, tüm dünyadaki ölümlerin %63'ü kronik hastalıklardan kaynaklı ve bu ölümlerin %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmekte ve yılda 36 milyon insan bu hastalıklardan ölmektedir (1).

Ulusal raporlarda da ülkemizde ölüme neden olan ilk 10 hastalıktan yedisinin kronik hastalıklar olduğu belirtilmektedir (2). Dünyada bulaşıcı olmayan hastaların neden olduğu ölümlerin ana nedenleri; kardiyovasküler hastalıklar (17 milyon ölüm, %48'i), kanserler (7,6 milyon ölüm, %21'), astım ve KOAH gibi solunum yolu hastalıklarıdır (4,2 milyon ölüm), diyabet ise 1,3 milyon ölüme neden olmuştur (1).

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de nüfusun yaşlanmakta ve beklenen yaşam süresinin uzamaktadır. Bu duruma paralel olarak hastalık yükü giderek artmakta ve bu hastalıkların büyük bir bölümünü kronik hastalıklar oluşturmaktadır.

Kronik hastalıklara bağlı mortalite oranının 2020 yılında %75'e çıkması beklenmektedir (3). Bu denli mortalite ve morbidite sebebi olan kronik hastalık oranların artması sebebiyle kronik hastalık yönetimi programlarının önemi ortaya çıkmaktadır.

Daha verimli ve daha iyi sağlık koşullarına erişebilmek için kronik hastalık yönetimi modelleri ortaya konulmuştur.

Kronik hastalık yönetimi, sadece hastalığın tedavisini değil, hastanın kendi kendine bakımını yapabilmesi, öz-yönetim becerisi kazanması için çeşitli eğitim öğretim yöntemleriyle hazırlanması ve güçlendirilmesini kapsar.

Etkin bir hastalık yönetimiyle daha az belirtileri gösterdikleri, hastaların daha az acil birimlere başvuruları ve daha az hastaneye yatışları, hastalığın fizyolojik ve

psikolojik olarak daha az etkilendikleri, bağımlılığın önleildiği ve hastanın hayat kalitesinin artırıldığı görülmüştür (4).

Kronik hastalık yönetimi için çeşitli modeller ileri sürülmüştür. Ancak, en çok kullanılan, en etkili kabul edilen ve en iyi bilineni “Kronik Bakım Modelidir” (5).

Kronik bakım modeli, kronik hastalık yönetiminde toplumsal ve mali yükün giderek artması neticesinde bakımın kalitesini artırmak ve bakımın maliyetini azaltmak amacıyla bir rehber olarak ortaya konmuştur. Wagner ve arkadaşları tarafından tanımlanan modelin anahtar noktası, sağlık bakım ekibi ile hasta arasında verimli bir etkileşimin olmasıdır (6).

Kronik hastalık modelinde hasta güven ilişkisi, bilgi ve beceri ile motive edilir. Sağlık bakım ekibi gerekli olan uzmanlığa, tecrübeye, kaynaklara sahip olmalıdır. Mevcut kaynakları kullanarak kaliteli hastalık bakımı yapabilmek için kararlar alıp etkin bir kronik hastalık bakımı sağlayabileceklerdir.

Kronik bakım modelinde ön plana çıkan sağlık hizmeti primer sağlık hizmetleriyle sağlığı koruyarak geliştirilmesine yöneliktir.

Kronik bakım modelinde kronik hastalık yönetimi yapılandırılarak hastalar rutin tanınır. Kronik hastalık bakımı hakkında geniş bilgi verilir, hasta katılımının aktif olması sağlanır. Hastalar öz-yönetimi için desteklenir. Hastanın tedavi ve izlemi en uygun şekilde planlanır, sonuçta bakım kalitesinde artış ve hastanın memnuniyeti beklenir (7).

Kronik hastalık bakımını değerlendiren çeşitli ölçekler geliştirilmiştir (6) (8) (9). Bu ölçekler sağlık hizmeti sunanların kendisini değerlendirmesini sağlamaktadır.

Ülkemizde kronik hastalık yönetiminin değerlendirilmesinde kullanılan ölçeklere bakıldığında, hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyini ölçmede Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği (10), hastaların bakış açısından bireyselleştirilmiş bakımın değerlendirilmesinde Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası (11), kronik hastalığı olan bireylerde yaşam kalitesinin belirlenmesinde EUROQOL (12), hekimlerin sunduğu bakımın hastalar tarafından değerlendirilmesinde EUROPEP (13) gibi araçlar kullanılmıştır (14).

Ancak bu araçlar sunulan hizmetin sadece hekimlik veya hemşirelik yönünün değerlendirilmesine izin verir. Hasta bakışına izin vermez.

Kronik bakım modeline uygun olarak geliştirilmiş 'Patient Assesment of Chronic Illness Care' Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (Hasta Formu) kronik hastaların aldıkları bakımı kendilerinin değerlendirmesine olanak verir. Hastaya sunulan bakımı hekim, hemşire ve diğer sağlık personeli boyutlarıyla ve ekip yaklaşımı doğrultusunda ele almaktadır. Uygulaması kolay ve kısa bir ölçektir (15). Bu anlamda hastanın, bakımı hakkında görüşünü almak aile hekimliğinin prensiplerinden olan hasta merkezli yaklaşıma da uygundur.

Bu ölçek sağlık bakım ekibi tarafından sunulan hizmeti objektif, tarafsız ve düzenli raporlanmasını sağlar. Ekibin kronik hastalık bakım modelini uygulamayla bütünleştirmelerini kolaylaştırır. Hastaların bakış açılarının belirlenmesini sağlayan hasta merkezli bir araçtır (16).

Kronik hastalıklardan diyabet ve hipertansiyon hastalarının hastalık bakımını değerlendirmelerine yönelik çalışmalara rastlanmaktadır. Bu amaçla oluşturulmuş ölçekler bulunmaktadır. İncirkuş ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerliliği çalışılan Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (Hasta Formu) (14) ile Kaya ve arkadaşları (17) ve dede ve arkadaşları (18) araştırma yapmışlardır.

Konuyla ilgili az sayıdaki benzeri araştırmalarda da PACIC ortalama puanı 2,49-3,17 arasında bildirilmiştir (14), (16), (17), (18), (19), (20), (21). Bu çalışmaların bazısında Diyabetes Mellitus (DM) ve Hipertansiyon (HT) hastaları, sadece diyabet hastaları veya başka kronik hastalıklar da ele alınmıştır. Türkçe geçerlilik-güvenilirlik araştırmasında ölçek ortalaması 2,57 olarak bulunmuştur.

Araştırmadaki amaç PACIC ölçeğinin birinci basamakta kullanılarak, kronik hastalık bakımının niteliği, buna etkileyen faktörler ve genel anlamda kronik hastalık bakımındaki yerimizi görmek, literatüre katkı sağlamaktır.

Kronik hastalık yönetiminin amacı olan hastanın öz-yönetiminin geliştirilmesi, hastanın bakım kalitesinde artış ve sonuçta hasta memnuniyetinin geliştirilmesi için objektif ve raporlanmış bir araştırma oluşturmaktır. Bu araştırma hastaların kronik hastalıklarını kendi perspektiflerinden değerlendirme durumları belirlenerek literatüre katkı sağlayacak, ileri çalışmalara ışık tutacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. HİPERTANSİYON

Hipertansiyon tüm dünyada halk sağlığı sorunu olup, kardiyovasküler hastalıklar, serebrovasküler hastalıklar, renal hastalıklar, erken ölüm ve yeti kaybı ile ilişkili ciddi sağlık ve ekonomik problemlere neden olmaktadır. Kalp hastalıklarına ve inmeye bağlı ölümlerin yarısından sorumludur.

Erişkinde prevalansı %35-46 civarında bildirilmiştir (22). Türkiye’de yapılan çalışmalarda prevalans %31,8 olarak bulunmuştur (23). Katılımcıların 1/3’ünün daha önce hiç kan basıncını ölçtürmediği tespit edilmiştir. Hasta farkındalığı, ilaç tedavisi alma oranları ve tedavi etkinliği 2012 de 2003’e göre daha çok arttığı tespit edilmiştir (24).

Hastalığın büyük kısmı (%95) esansiyel hipertansiyon olup, az bir kısmında sekonder nedenler (renal parankim hastalığı, feokromasitom, renal arter stenozu, uyku apnesi, aşırı aldosteron salınımı) bulunmaktadır (25).

Tanımlama

Erişkinde sistolik ≥ 140 mmHg ve/veya ≥ 90 mm Hg olması hipertansiyon olarak tanımlanmıştır. (26). Yaşlı hastalarda (≥ 80) hipertansiyon sınırı 150 mmHg üzeri kabul edilmiştir (25). Evde veya ambulatuvar kan basıncı sistolik ≥ 135 ve/veya ≥ 85 mmHg olması hipertansiyon olarak tanımlanır. Evreleme aşağıda tablo 1’deki gibidir.

Tablo 1: Kan basıncı düzeyi evreleme

Kategori	Sistolik		Diyastolik
Optimal	<120	ve	<80
Normal	120-129	ve/veya	80-84
Yüksek normal	130-139	ve/veya	85-89
Evre 1 hipertansiyon	140-159	ve/veya	90-99
Evre 2 hipertansiyon	160-179	ve/veya	100-109
Evre 3 hipertansiyon	≥ 180	ve/veya	≥ 110
İzole sistolik hipertansiyon	≥ 140	ve	<90

2.1.1. Tanı

Her muayenede uygun yöntemlerle mutlaka kan basıncı ölçülmeli, sekonder hipertansiyon nedeni olabilecek durumlar sorgulanmalı, tıbbi öyküsü alınmalı, detaylı fizik muayene ve laboratuvar tetkikleri yapılmalıdır.

Kan basıncı ölçümü; ilk ölçümde her iki koldan yapılmalıdır ve yüksek olan koldan ölçüm devam edilmelidir. Klasik oskültatuvar yöntemle veya otomatik cihazlarla hastaya uygun manşon seçilerek en az 5 dk. dinlendirilerek kol kalp hizasında ve gevşek şekilde en az 2 ölçüm yapılarak ortalaması alınır. Hastanın nabızı palpe edilerek aritmisi, nabız hızı değerlendirilir. Aritmisi olan hastalarda dijital cihazlarda hatalı sonuçlar verebilir.

Kan basıncı evre 1 düzeyinde ise 2-4 hafta sonra, evre 2 ise 1-2 hafta sonra tekrar çağrılmalıdır. Eğer hasta evde ölçüm yapamayacak ise laboratuvar tetkikleri planlanır ve sonraki gelişinde kan basıncı ölçülür, laboratuvar sonuçları ile HT tanısı değerlendirilir. Kontrolde yine yüksek çıkarsa hipertansiyon tanısı konur. Birkaç kez ölçüm ortalaması evre 3 hipertansiyon ise hasta evde ölçüm veya tekrar ölçüm için daha sonra çağırmaya gerek duymadan antihipertansif tedavi başlanır.

Evde ölçüm: en az 5 dk. istirahat sonrası mekanik veya dijital ölçüm cihazıyla en az 5 gün süreyle sabah ve akşam ölçülmelidir. Evde kan basıncı sınırı $\geq 135/85$ mmHg olarak değerlendirilmelidir (27). Beyaz önlük hipertansiyonu veya maskeli hipertansiyon açısından ev ölçümleri özellikle önemlidir.

Ambulatuvar ölçüm: 24 saat kan basıncı ölçümü yapmaktadır. Mümkün olan her durumda yapılmalıdır. Ancak her yerde mevcut olmadığı için; evde ve klinik ölçümlerde fark varsa, ölçümlerde ciddi farklar varsa, nokturnal HT şüphesinde istenmelidir. HT sınırı $\geq 135/85$ mmHg olarak tanımlanmıştır.

2.1.2. Laboratuvar Tetkikleri

Amaç KY (Kalp Yetmezliği) risk değerlendirme, hedef organ hasarı ve sekonder HT araştırmaktır. İstenecek tetkikler; Tam kan sayımı, Na (sodyum), K (potasyum), ürik asit, kreatinin, açlık glikoz, lipidler, tam idrar tetkiki, eGFR hesaplama, EKG çekimidir.

2.1.3. Tedavi

İlaç dışı tedavi: Her bireye yaşam tarzı değişikliği önerilmelidir. Kan basıncı yüksek-normal; sistolik 120-139 mmHg, diyastolik 85-89 mmHg arasında olan bireylerde yaşam tarzı değişikliği özellikle vurgulanmalıdır.

Engeli olmayan hastalara haftada 5 gün en az 30 dk. fiziksel aktivite önerilmelidir. Sedanter yaşamdan uzaklaşıp hareketli yaşama geçmesi teşvik edilmelidir.

Fazla kilosu olanların kilo vermesi teşvik edilmelidir. Normal kiloya düşemeyenlere en azından kilosunu %5-10'unu vermesi teşvik edilir.

Tuz alımı günlük 5-6 gr ile sınırlandırılmalıdır. Ülkemizde günlük tüketimin 15 gr olduğu ve hipertansiyon ile ilişkisi belirlenmiştir (28).

Hastaya sağlıklı beslenme önerileri verilmelidir. Sebze meyve ağırlıklı beslenme önerilmeli, yağlı ve işlenmiş gıdalardan, rafine şekerden uzak durulmalı, balık tüketimi teşvik edilmelidir.

Sigara bırakılması teşvik edilmeli, her vizitte hastaya bırakması gerektiği hatırlatılmalıdır. Türkiye'de son yıllarda sigara karşıtı kampanyalar sebebiyle kullanım oranları düşmüştür. Ülkemizde 15 yaş üstü sigara içme oranı %31,2'dir (29). Ayrıca hastaların alkol kullanmamaları hatırlatılmalıdır.

İlaç tedavisi: tedavi başlama sınırı sistolik ≥ 140 veya diyastolik ≥ 90 mmHg; 80 yaş üstünde ise sistolik ≥ 160 mmHg olarak belirlenmiştir. Hipertansiyon tanısı konulduysa evre 3 ve evre 2 de ilaç tedavisi başlanmalıdır.

Evre 1'de hastada KBY, KAH, DM varlığında veya yaşam kalitesini bozan semptomları varsa ilaç hemen başlanır. Evre 1'de bu hastalıklar yok ise yaşam tarzı değişikliği önerileriyle 1-3 ay sonra tekrar değerlendirilir. Evre 1 HT devam ediyorsa ilaca başlanır.

Tedavide antihipertansif ilaç gruplarından herhangi biri başlanabilir. İlaç grupları; diüretikler, beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, ACE (anjiotensin dönüştürücü enzim) inhibitörleri, anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB)'lerdir. Ancak beta blokerler diyabeti olanlarda, diyabete yatkınlığı olanlarda veya ≥ 65 yaşta önerilmez.

Tek ilaçla kan basıncı kontrol altında değilse 2'li antihipertansif kombinasyonuna geçilir. Evre 2 veya evre 3 HT'li olanlarda ikili tedaviyle başlanabilir. Birden fazla ilaç kullanımı durumunda ilacın birisini akşam alması önerilmelidir. ACE inhibitörü ve ARB beraber kullanılmamalıdır. Ayrıca beta blokerlerle kalsiyum kanal antagonistlerinden sadece dihidropiridin grubu kombine edilebilir.

İlaç tedavisinin etkinliğini anlamak için 3-4 hafta tedavi sonrasında değerlendirilmelidir. 3-4 hafta tedavi sonrası kan basıncı istenen düzeyde değilse kombinasyon tedavileri veya ilaç değişikliğine gidilir. Ancak ilaç değişikliği hasta uyumunu bozabileceğinden mümkün olduğu kadar kombinasyon tedavisi ve doz arttırımına gitmek uygun olabilir.

Eğer hasta kan basıncı kontrol altında değilse ve biri diüretik olmak üzere 3 anti hipertansif kullanıyor ise dirençli hipertansiyon olarak değerlendirmeli; sekonder hipertansiyon ve gerekli tetkikler açısından uzmana sevk edilmelidir. Antihipertansif tedavide ilaçların kontraendikasyonları iyi bilinmelidir. Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2: Anti hipertansif ilaçların kontraendikasyonları

İlaç	Kesin kontraendikasyon	Rölatif kontraendikasyon
Diüretikler	Gut	Metabolik sendrom, glukoz intoleransı, gebelik, hiperkalemi, hipokalemi
Beta blokerler	Astım, AV blok (2. veya 3. derece)	Metabolik sendrom, glukoz intoleransı, sporcu veya aktif kişiler, KOAH
Kalsiyum kanal blokerleri (dihidropiridinler)		Taşiaritmi, KY
Kalsiyum kanal blokerleri (verapamil, diltiazem)	AV blok (2. veya 3. derece), ciddi sol ventrikül disfonksiyonu, KY	
ACE inhibitörleri	Gebelik, anjiyönötik ödem, hiperkalemi, bilateral RAS	Gebelik planlayan kadınlar
Anjiyotensin reseptör blokerleri	Gebelik, hiperkalemi, bilateral RAS	Gebelik planlayan kadınlar

Özel hasta gruplarında tedavi: ≥ 65 yaşta beta blokerden kaçınmalıdır. İlk tercih kalsiyum kanal blokerleri veya diüretikler daha sonra ACE inhibitörleri veya ARB olmalıdır. Kan basıncı hedefi 140-150 mmHg olmalıdır.

Diyabetlilerde kan basıncı yüksek–normal ise yaşam tarzı değişikliği önerilmeli, $\geq 140/90$ mmHg ise ilaç tedavisi başlanmalıdır (30). Genç diyabetlilerde hedef $< 130/80$ mmHg olabilir ancak koroner arter hastalığı olan diyabetlilerde kan basıncını 130/80 mmHg altına çekmek risklidir. İlaç önceliği ACE inhibitörü veya ARB'lerdir.

Koroner arter hastalığı olanlarda $\geq 140/80$ mmHg ise ilaç başlanmalı, 130/80 mmHg altına düşmemelidir. İzole sistolik hipertansiyonu olanlarda miyokard iskemisi nedeniyle diyastolik kan basıncı 60 mmHg altına düşürülmemelidir. Koroner Arter Hastalığı (KAH)'da ilaç önceliği beta bloker, ACE inhibitörleri, ARB, KKB(Kalsiyum kanal blokeri)'lerdir.

Kronik böbrek hatalarında tedaviye ACE inhibitörleri veya ARB ilk ilaçlardır. Kan basıncı $\geq 140/90$ mmHg ise ilaç başlanmalı, albüminürisi olanlarda hedef $\leq 130/80$ mmHg olmalıdır. KAH olanlarda veya yaşlılarda ise 130/80 altına inmemelidir.

2.1.4. Hasta Uyumunu

Hasta uyumunu arttırmak için hastalara hipertansiyon hakkında bilgilendirici yazılı kaynaklar verilmeli ve anlatılmalıdır. Hastalığının kronik olduğu, ilaçların düzenli ve sürekli alması gerektiği, ilaç tedavisi kadar ilaç dışı tedavinin de önemli olduğu, düzenli kan basıncı ölçümü yaptırması gerektiği anlatılmalıdır. Gereksiz ilaç değiştirmemeli, ihtiyaç halinde ilaç eklemekten de çekinmemelidir.

2.2. DİYABETES MELLİTUS

Diyabet insülindeki defekt veya eksiklik sebebiyle vücudun karbonhidrat, yağ ve proteinden yeterli yararlanamaması sonucu oluşur. Sürekli bakım gerektiren bir metabolik hastalıktır. Hastalığın komplikasyonları fazla ve bakım maliyetleri yüksek olduğu için sağlık çalışanlarının bakım konusunda yeterli olması gerekmektedir.

2.2.1. Tanı

Aşikâr diyabetes mellitus tanısı konulması için venöz kanda 8 saatlik açlıkta glikoz ≥ 126 mg/dl veya 75 gr glikozla OGTT(Oral Glukoz tolerans Testi) 2. saat sonucu ≥ 200 mg/dl veya rastgele ölçümde glikoz > 200 mg/dl + diyabet semptomları

mevcutsa veya standardize edilmiş ölçüm ile hemoglobin A1C $\geq 6,5$ olmalıdır. Ağır diyabet semptomları yok ise ölçüm mümkünse farklı bir yöntemle tekrarlanarak tanı kesinleştirilmelidir. Eğer iki farklı test sonucu uyumsuz ise yüksek çıkan değer tekrarlanmalı yine yüksekse tanı konulmalıdır. Tanı kriterleri tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo 3: DM ve glukoz metabolizmasının diğer bozukluklarında tanı kriterleri

	Aşikâr DM	İzole BAG*	İzole BGT*	BAG+BGT	DM riski yüksek
APG* (>8 st açlık)	≥ 126 mg/dl	100-125 mg/dl	<100 mg/dl	100-125 mg/dl	-
75 g OGTT (2. st PG)	≥ 200 mg/dl	<140 mg/dl	140-199 mg/dl	140-199 mg/dl	-
Rastgele PG	≥ 200 mg/dl+ DM semptomları	-	-	-	-
A1C	$\geq \%6.5$	-	-	-	$\%5.7-6.4$

* APG: Açlık plazma glikozu, BAG: bozulmuş açlık glikozu, BGT: bozulmuş glikoz toleransı

Dünya sağlık örgütüne göre kapiller kan ölçüm sonucu venöz kana göre açlıkta eşit çıkmakta, toklukta ise %11 düşük çıkmaktadır. A1C'nin tanı testi olarak kullanılabilmesi için uluslararası referans değerlere göre düzenli standardize edilmesi gerekmektedir. Gestasyonel diyabette ise tanı kriterleri tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4: Gestasyonel diyabette tanı kriterleri

		APG	1.st PG	2. st PG	3. st PG
İki aşamalı test					
İlk aşama	50 g glukozlu test	-	≥ 140	-	-
İkinci aşama	100 g glukozlu OGTT (en az 2 patolojik değer tanı koydurur)	≥ 95	≥ 180	≥ 155	≥ 140
Tek aşamalı test					
IADPSG kriterleri	75 g glukozlu OGTT (en az 1 patolojik değer tanı koydurur)	≥ 92	≥ 180	≥ 153	-

IADPSG: International Association of The Diabetes and Pregnancy Study Groups

2008 yılında yapılan çok merkezli bir çalışmada annedeki glikoz seviyeleri ile bebekte makrozomi, yenidoğan hipoglisemisi, insülin yüksekliği ve sezaryen oranları arasında ilişki tespit edilmiştir.

Uluslararası diyabet ve gebelik çalışma grupları derneğine IADPSG göre 24-28. Haftalar arasında 75 gr OGTT ile tarama önerilmektedir. Ancak bu konuda net görüş birliği yoktur. Bazı kurumlar da tek aşamalı yaklaşımın GDM oranını arttıracığını savunarak tek aşamalıya karşı çıkmaktadır.

2.2.2. Semptomlar

Sık idrara çıkma, sıvı alımı artışı, iştahsızlık veya çok yemek yeme, yorgunluk, gece idrara çıkma, inatçı enfeksiyonlar, sık mantar enfeksiyonları, kilo kaybı olarak sayılabilir.

Tip 1 DM: pankreas beta hücre hasarı sonucu insülin eksikliğine bağlı gelişir. Genç yaşta ortaya çıkar, 6 yaş, 12 yaş, 20 yaşta 3 pik dönemi vardır. Hastanın semptomları aniden çıkar, poliüri, poliidipsi, yorgunluk, kilo kaybı şeklinde ortaya çıkar.

Tip 2 DM: Hastada ya insülinin hücre içine alınıp enerji olarak kullanılmasında, kas ve yağ dokusu gibi periferik dokularda insülinin etkisiz kalması sebebiyle ya da pankreasın kandaki glikoza yanıt olarak yeterli insülin salgılayamaması sonucu karaciğerde artmış glikoz yapım artışı sonucu oluşmaktadır. Son yıllarda çocuklarda bile görülebilmeye rağmen genelde 30 yaş sonrası görülür, genetik yatkınlık siktir, kilolu ve obezlerde daha siktir. Hastalık sinsi başlar, bir çok hastada herhangi bir semptom vermez. Tekrarlayan mantar enfeksiyonları, uyuşma, karıncalanma, yara iyileşmesinde gecikme ile gelen hastalarda ilk tanı konulabilir.

2.2.3. Tarama

Tip 1 DM için tarama sadece hastaların birinci derece yakınlarına otoantikör bakma şeklindedir. Tip 2 DM riski yüksek çocuklarda 2 yılda bir 10 yaşından itibaren tarama yapılır.

40 yaşından itibaren 3 yılda bir herkese tarama önerilir. Risk faktörleri varsa ve beden kitle indeksi ≥ 25 kg/m² ise daha erken ve daha sık taranmalıdır. Diyabet riski yüksek bireyler aşağıda listelenmiştir.

- Birinci ve ikinci derece yakınlarında diyabet bulunan kişiler,
- Diyabet prevalansı yüksek etnik gruplara mensup kişiler,
- Makrozomik (doğum tartısı 4.5 kg veya üzerinde olan) bebek doğuran veya daha önce GDM tanısı almış kadınlar,
- Hipertansif bireyler (KB \geq 140/90 mmHg),
- Dislipidemikler (HDL-kolesterol \leq 35 mg/dl veya trigliserid \geq 250 mg/dl),
- Daha önce BAG veya BGT saptanan bireyler,
- Polikistik over sendromu (PKOS) olan kadınlar,
- İnsülin direnci ile ilgili klinik hastalığı veya bulguları (akantozis nigrikans) bulunan kişiler,
- Koroner, periferik veya serebral vasküler hastalığı bulunanlar,
- Düşük doğum tartılı doğan kişiler,
- Sedanter yaşam süren veya fizik aktivitesi düşük olan kişiler,
- Doymuş yağlardan zengin ve posa miktarı düşük beslenme alışkanlıkları olanlar,
- Şizofreni hastaları ve atipik antipsikotik ilaç kullanan kişiler,
- Solid organ (özellikle renal) transplantasyonu yapılmış hastalar.

2.2.4. Rutin İzlem

Diyabetli hastalar diyabeti kontrol altında olanlarda 6 ayda bir, kontrolsüz olanlarda 3 ayda bir A1C bakılmalıdır. Yılda bir lipid profili, serum kreatinin bakılmalıdır. Tanıda ve yılda bir spot idrarda albümin/kreatinin bakılarak mikroalbüminüri değerlendirilmelidir. Tip 2 DM'de gerekirse, Tip 1 de TSH ve anti-TPO ile hipotiroidi taranmalı ve 1-2 yılda bir TSH taraması yapılmalıdır. Her yıl EKG çekilmeli her vizitte idrarda keton protein bakılmalıdır. Uzun süre metformin kullananlarda da vitamin b12 düzeyi ölçülmelidir. Hastalara yılda bir diş hekimi kontrolü önerilmelidir.

Tip 1 DM, Gestasyonel diyabet'ler kontrolsüz tip 2 diyabetliler günde 3-4 kez, diğer tip 2 diyabetliler haftada 3-4 kez evde kendi kendine glikoz ölçmelidirler. Tokluk glikoz ölçümleri postprandiyal 2. Saatte bakılmalı, gebelerde 1. Saatte bakılmalıdır.

Kan basıncı: hedef kan basıncı \leq 140/90 ise de genç ve ciddi hipotansiyon riski olmayanlarda hedef \leq 130/80'e çekilebilir.

Lipid profili: Hastalara kardiyovasküler risk değerlendirmesi yapılmalıdır. Koroner arter hastalığı olan veya 10 yıllık KAH riski $>7.5\%$ olan ve LDL kolesterol >70 olan hastalara statin tedavisi başlanmalıdır.

Diyabetlilerde koroner arter hastalığı riski, ölüm oranları artmaktadır. Makrovasküler komplikasyonu olan diyabetlilerde aspirin 80-150 mg/g verilmelidir. 10 yıllık KV riski >10 olan hastalarda da aspirin başlanmalıdır.

Hastalara mutlaka her vizitte sigara bırakması gerektiği hatırlatarak bırakmaya teşvik edilmelidir. Sigara mikrovasküler komplikasyonların erken görülmesine, KV hastalıklarının mortalite ve morbiditesinin artışına sebep olur.

Retinopati: Diyabetlilerde yılda bir göz dibi muayenesi yapılmalıdır. Normal saptanırsa aralıklar 2 yıla çıkarılabilir. Oftalmoskopa bir anormallik tespit edilirse göz hekimine yönlendirilmelidir.

Nefropati: Hastalar yılda bir kreatinin, mikroalbüminüri bakılmalı, eGFR hesaplanmalıdır.

Diyabetik ayak: tedavisi zor multidisipliner yaklaşım gerektiren bir durumdur. Hastalara diyabetik ayaktan korunma yöntemleri iyi anlatılmalı ve hastalar bilinçlendirilmelidir. Hastada periferik nöropati, periferik arter hastalığı varsa daha önce amputasyon öyküsü varsa amputasyon riski yüksektir.

Hasta Eğitimi

Hastalarda diyabet öz-yönetiminde bilgi ve becerilerini arttırmak gerekmektedir. Hastalara kilo vermeye yönelik stratejiler, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite gerekliliği, evde ne zaman kendi kendine glikoz ölçümü yapacağı, nasıl mide ölçüm yapacağı, ilaçları nasıl ne zaman alacağı, insülini nasıl kullanacağı, dozunu nasıl ayarlayacağı, hipoglisemi belirtilerinin neler olduğu, olursa nasıl hareket edeceği, ayak bakımı anlatılmalı ve öğretilmelidir.

Glisemik Kontrol Hedefleri:

Genel olarak diyabetiklerde A1C hedefi ≤ 7 olmalıdır. Açlık plazma glikoz hedefi 80-130 mg/dl olmalı. Postprandiyal 2. saatte hedef <160 mg/dl olmalıdır. Gebelerde bu hedefler daha düşük tutulmaktadır. Ancak hedefler kişiye özel olmalı, hastanın

yaşam beklentisi, komplikasyonları, yaşı, hipoglisemi riski göz önüne alınarak planlanmalıdır.

A1c'yi bir birim düşürmenin diyabete bağlı ölümü %25, tüm nedenlere bağlı mortaliteyi %7, MI riskini %18 azalttığı tespit edilmiştir (31).

2.2.5. Tedavi

Beslenme

Hem diyabetlilerde hem prediyabetlilerde kişiye özel tıbbi beslenme tedavisi verilmelidir. Beslenme tedavisi A1C de %1-2 civarında azalma sağlayabilmektedir. Kilolu ve obez bireylerde %5 kilo kaybının insülin direncini azalttığı tespit edilmiştir. Özellikle prediyabetiklerde kilo kaybı teşvik edilmeli.

Hastalara <130 gr/g karbonhidratlı diyetler LDL kolesterolü yükseltebilecekleri ve diyetle vitamin, mineral, posa kaybına sebep olduğu için önerilmez. Başlangıçta günlük 500-750 Kcal enerji azaltımı kilo kaybı sağlar.

Haftada 2 ve daha fazla porsiyon balık tüketimi omega-3 açısından önerilmelidir. Diyabetlilerde vitamin, mineral takviyesi yapılması veya herhangi bir bitki, baharat desteğine dair bilimsel kanıt tespit edilememiştir.

Hastalar alkol kullanıyorsa bırakması teşvik edilmelidir.

Fiziksel Aktivite:

Tüm hastalara insülin direncini azalttığı ve kilo vermeyi sağladığı için düzenli fiziksel aktivite önerilmelidir.

KAH riski olanlar, >10 yıl diyabetli olan, >35 yaşında olan her diyabetlide fiziksel aktivite önerisi öncesinde efor tesit yapılmalıdır. Egzersiz öncesi glikoz <100 mg/dl ise 1 dilim ekmek veya bir adet meyve yenilmeli, >250 mg/dl ve keton + ise keton kaybolunca egzersiz yapılmalıdır. Aç karnına veya hemen yemek sonrası egzersiz önerilmemelidir.

Diyabetlilerde tempolu yürüyüş, yüzme, koşma tarzında aerobik egzersizler tavsiye edilmelidir. (32) Haftada toplam 150 dakika gün aşırı olacak şekilde orta yoğunlukta egzersiz önerilmektedir.

İlaç Tedavisi

Oral Antidiyabetikler:

İnsülin salgılatıcılar: pankreas beta hücrelerinden insülin salgılatırlar. Sülfanüreler ve glinidler bu gruptandır. Sülfanüreler uzun süredir kullanılmaktadır ve ucuzdurlar. Kısa etkileri yemek öncesi alınmaları sebebiyle Postprandiyal glikoz düşürmede glinidler daha etkilidir. Bu gruptaki ilaçların hipoglisemi ve kilo artışı gibi yan etkileri vardır.

İnsülin duyarlaştırıcılar: bu grupta biguanidler (metformin) ve glitazonlar mevcuttur. Metformin daha çok karaciğerde, glitazonlar daha çok yağ dokusunda insülin direncini azaltırlar. Metformin ayrıca barsaktan glikoz emilimin de azaltır ve iştahı kısmen baskılar. Kilolu ve obez olanlarda özellikle tercih edilerek kilo verilmesine katkı sağlayabilirler. Kardiyovasküler olay riskini azalttıkları ve hipoglisemi yapmamaları ve ucuz olmaları sebebiyle sık tercih edilir.

Glitazon ise hipoglisemi yapmamaları, HDL arttırıcı etkileri ve PROactive çalışması sonucuna göre KV olay riskini azalttıkları için tercih edilirler. Ancak daha pahalıdırlar.

Alfa glikozidaz inhibitörleri(akarboz): Etkisi karbonhidrat sindirimini yavaşlatarak, absorpsiyonu geciktirerek etki eder. Glikoz düşürmede orta derece etkisi, günde 3 kez alınması, GİS yan etkisi dezavantajı, kilo aldırması, tokluk şekere etkili olması, hipoglisemi yapmaması STOP-NIDDM çalışmasına göre KV riski azaltması avantajlarıdır.

İnsülinomimetikler: Bu grupta inkretinomimetiklerden GLP-1 agonistleri ve inkretin arttırıcı DPP4 inhibitörü gliptinler mevcuttur. Gliptinler metformin, sülfanüre, pioglitazon veya insülinle yeterli fayda sağlamayan hastalarda 2. veya 3. İlaç olarak kullanılabilirler.

Glikoretikler: yeni geliştirilen ilaçlar olup böbrekten glikoz reabsorpsiyonunu engeller, insülinde bağımsızdır. Gliflozinler olarak da adlandırılan grup diyabette tedavide yer bulmuştur.

İnsülinler

Tipleri; bolus insülinler (kısa etkili, hızlı etkili), bazal insülinler (orta etkili, uzun etkili, ultra uzun etkili) bifazik insülinler(hazır karışımlar) şeklindedir. Subkutan olarak uygulanırlar. Oral antidiyabetikler kontrol sağlanamamışsa, majör operasyon veya ciddi enfeksiyon sırasında, gebelikte, böbrek karaciğer yetmezliği olanlarda kullanılır. Etkinliği yüksek ancak ciddi hasta uyumunu gerektirir. Hastalar hipoglisemi konusunda bilinçlendirilmelidir.



3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Araştırma Modeli

Araştırmamız kesitsel tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırma öncesinde Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Temmuz 2015, İzmir İl Halk Sağlığı Kurumu'ndan Şubat 2016 tarihinde gerekli izinler alınmış ve veri toplama Temmuz–Ağustos 2016 olmak üzere 2 ay sürmüştür.

Çalışmamızın katılımcılarını İzmir ili Balçova ilçesinde bulunan toplam 5 aile sağlığı merkezine başvuran hastalar oluşturmuştur

3.2. Araştırma Örnekleme

İzmir ili Balçova ilçesindeki Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran HT ve/veya DM hastaları araştırmamıza dahil edilmiştir. Aile sağlığı merkezine başvuran hastalardan HT ve DM'u olan bireyler arasından ulaşılabilecek kişi sayısı prevalansı %50 alınarak %5 hata payı, %95 güven düzeyiyle her bir grup için 384 olarak belirlenmiştir.

Toplam 768 hastaya anket uygulanmıştır. 18 yaş üzerinde olan Aile Sağlığı Merkezi'ne son 1 yılda en az 1 kez başvuran HT ve/veya DM'u olan hastalar araştırmaya alınmıştır.

3.3. Araştırmanın Uygulanması

Balçova İlçesindeki Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran 18 yaş üstü en az bir yıldır DM ve/veya HT hastalığı olan son 1 yıl içinde ASM'ye en az 1 kez başvurmuş olan iletişim kurmaya engel olmayacak zihinsel kapasiteye sahip olan hastalara sosyodemografik özellikleri belirlemeye yönelik sorular ve kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği-hasta formunu içeren 'birinci basamakta kronik hastalık bakımının hasta perspektifinden değerlendirilmesi'(ek-1) anketi uygulandı.

Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan bekleme salonlarında anketi kendilerinin doldurması istendi. Doldurmak istemeyenler veya dolduramayanlara anket soruları sorularak yüz yüze görüşerek uygulandı. Her bir hasta için veriler yaklaşık 10 dakikalık sürede tamamlanmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Hastalara 'birinci basamakta kronik hastalık bakımının hasta perspektifinden değerlendirilmesi' anketi uygulandı. Ankette hataların sosyoekonomik durumları, DM ve/veya HT hastalıkları hakkında bilgiler, ASM'lere veya hastaneye başvuruları ile ilgili bilgiler soruldu. Hastalara kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği- hasta formu (Patient Assesment Of Chronic Illness Care-Patient Form; PACIC) uygulandı.

Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği- hasta formu(PACIC); Orijinal adı 'Patient Assesment of Chronic Illness Care' olan ölçek kronik hastalara sunulan sağlık hizmetinin hasta tarafından değerlendirilmesine olanak sağlayan, sunulan sağlık hizmetini ekip yaklaşımı ile ele alan bir ölçektir.

Sağlık ekibinin sunduğu sağlık hizmetinin hasta gözünden objektif olarak değerlendirilmesini sağlayan ölçek çeşitli dillere de çevrilmiştir (14), (16), (33).

Ölçek 2005 yılında Glasgow ve arkadaşları tarafından İngilizce olarak geliştirilmiştir (15). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği İncirkuş ve ark. tarafından yapılmıştır (14).

Hastalara verilen sağlık hizmetlerinden kronik hastalıkla ilgili bakımın hastalar tarafından değerlendirilmesine olanak sağlayan uygulaması kolay bir ölçektir. Yüksek puanlar kronik hastalık bakım hizmeti sunulan hastanın memnuniyetini ve sunulan hizmetin yeterli olduğunu gösterir.

Ölçek 20 maddeden ve 5 alt ölçekten oluşmaktadır, 5'li likert skala ile değerlendirilmektedir. Ölçek puanı 1: hiçbir zaman, 2: nadiren, 3: bazen, 4 çoğu zaman, 5: her zaman şeklinde sıralama ile ölçülür. Ölçeğin puanlaması likert ölçeği olduğu için ortalamaları alınarak hesaplanır. Alt ölçeklerindeki maddelerin puanları her bir alt ölçek için ayrı ayrı hesaplanmıştır. Alt ölçekler şunlardır;

Hasta katılımı (1-3. maddeler)

Karar verme desteği (4-6. maddeler)

Amaç belirleme/rehberlik (7-11. maddeler)

Problem çözme (12-15. maddeler)

İzlem/koordinasyon (16-20. maddeler)

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi;

Ölçeğin iç tutarlılığını belirlemek için cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. Bulgular istatistiksel analiz için SPSS 22 for Windows ve Microsoft Office 2016 programı kullanılarak yapılmıştır.

Verilerin istatistiksel analizde ortalama, t testi, sıklık, anova kullanılmıştır. $P < 0,05$ değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

İzmir İli Balçova İlçesinde mevcut olan 5 Aile Sağlığı Merkezi'ne 2016 Ağustos-Eylül ayları içerisinde başvuran hastalardan araştırmaya katılmayı kabul edenlerden 768 hasta anketi doldurdu. 384 hasta hipertansiyon hastalığı için, diğer 384 hasta da diyabetes mellitus hastalığı için anketi doldurdu.

Cronbach alfa katsayısı 0,92 olarak ölçüldü. DM için 0,91 ht için 0,92 idi.

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Hastaların genel yaş ortalaması $62,3 \pm 9,99$ idi. En düşük yaş 18; en yüksek yaş 87 idi. Hipertansiyonu olanların yaş ortalaması $63,4 \pm 9,05$ idi. En düşük yaş 35; en yüksek yaş 87 idi. Diyabeti olanların yaş ortalaması $62,0 \pm 10,8$ idi. En düşük 18; en yüksek 87 yaş tespit edildi.

Hastalar yaş gruplarına ayrıldığında ≤ 50 yaş %13,2, 51-60 yaş %30,1, 61-70 yaş %37,8, >70 yaş %19,0 olarak tespit edildi.

Hastaların %61,1 (n:469)'i kadın, %38,9(n:299)'i erkek idi.

Eğitim durumunda en fazla hastaların %43,4(n:333)'ü ilkokul mezunu; %17,6(n:135)'si lise mezunu; %17,1(n:131)'i ortaokul mezunu; %14,2(n:109)'si üniversite mezunu idi. Okur-yazar olmayanların oranı düşük saptandı. Katılımcıların demografik özellikleri tablo.5'de görülmektedir.

Tablo 5: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri-1

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	N	%
Yaş grupları		
≤50 yaş	101	13,2
51-60 yaş	231	30,1
61-70 yaş	290	37,8
>70 yaş	146	19,0
Cinsiyet		
K	469	61,1
E	299	38,9
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	24	3,1
Okur-yazar	36	4,7
İlkokul	333	43,4
Ortaokul	131	17,1
Lise	135	17,6
Üniversite	109	14,2
Çalışma durumu		
Çalışıyor	87	11,3
Çalışmıyor	318	41,4
Emekli	363	47,3
Meslek		
Kamu çalışanı	142	18,5
İşçi	119	15,5
Diğer meslekler	128	16,7
Esnaf	65	8,5
Ev hanımı	314	40,9
Ekonomik durum		
Düşük-alt gelirli	160	20,8
Alt-orta gelirli	347	45,2
Üst-orta gelirli	237	30,9
Yüksek gelirli	24	3,1

Katılımcıların sadece %11,3'ü aktif çalışmaktaydı. Hastaların yarısı (%47,3) emekliydi.

Mesleklere bakıldığında çoğunluğu (%40,9) ev hanımı olduğunu ifade etmişlerdir. %18,5'i kamu çalışanı, %15,5 işçi,%8,5'i esnaf olarak beyan vermişlerdir.

Ekonomik duruma bakılınca katılımcılar en çok alt-orta (%45,2) ve üst-orta (%30,2) gelir grubunda olduğunu beyan etmişlerdir. Az bir kısmı (%3,1) yüksek gelirli olduklarını beyan etmişlerdir.

Katılımcıların %80,2'si sigara içmemekteydi. Sigara içenlerin de çoğunluğu günde bir paketten az içmekteydiler.

Katılımcıların %38,4'ünde diyabet ve hipertansiyon hastalığı beraber bulunmaktaydı. Sadece hipertansiyonu olanlar %46,7, sadece diyabeti olanlar ise %14,8 idi. Diyabeti olanların çoğunluğunda hipertansiyon mevcuttu.

Hipertansiyon hastalarının %97,9'u ilaç tedavisi almakta ve yarısı (%50,0)'si diyet-egzersiz yaptığını ifade etmiştir. Diyabet hastalarının %87,2'si ilaç tedavisi almakta, %28,1'i insülin kullanmakta ve %55,1'i diyet-egzersiz yaptığını beyan etmiştir. Tablo 6'de gösterilmiştir.

Tablo 6: Sosyodemografik özellikler-2

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	N	%
Sigara		
İçmiyor	616	80,2
İçiyor	152	19,8
<1 paket	80	10,4
1 paket	51	6,4
>1 paket	24	3,0
Hastalık durumu		
HT	359	46,7
DM	114	14,8
HT+DM	295	38,4
Tedavi şekli HT		
Hap	376	97,9
Diyet-egzersiz	193	50
Tedavi şekli DM		
Hap	335	87,2
İnsülin	108	28,1
Diyet-egzersiz	212	55,0

Diyabet ve/veya hipertansiyon sebebiyle Aile sağlığı merkezleri haricinde başka sağlık kurumuna son 1 yıl içinde başvurmamayanların oranı %32,2 olarak tespit edilmiştir. Son 1 yılda başka sağlık kurumuna başvuranlar en çok devlet hastaneleri

(%36,7) ve üniversite hastanelerini (%25,5) tercih etmişlerdir.%18,5 hasta özel hastaneleri tercih etmiştir.

Katılımcıların çoğunluğu (%72,3) hastalığının kontrol altında olduğunu düşünmektedir. Hipertansiyonu kontrol altında olduğunu düşünenlerin oranı (%76,8) diyabetinin kontrol altında olduğunu düşünenlerden (%67,7) daha yüksektir.

Diyabet kontrolü hakkında fikri olmayanlar da hipertansiyon hastalarından daha yüksek bulundu. Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7: sosyodemografik özellikler-3

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	N	%
Diğer kurumlar		
Hiç başvurmadım	247	32,2
Devlet hast	282	36,7
Özel hast	142	18,5
Üniversite	196	25,5
Hastalığım kontrol altında		
Evet	555	72,3
Hayır	136	17,7
Fikrim yok	77	10,0
Ht kontrol altında		
Evet	295	76,8
Hayır	59	15,4
Fikrim yok	30	7,8
Dm kontrol altında		
Evet	260	67,7
Hayır	77	20,1
Fikrim yok	47	12,2

HT hastalarının ortalama hastalık süresi 11,3 yıl idi. En fazla 40 yıllık hipertansiyon hastası saptanmıştı. DM hastalarının ortalama hastalık süresi 9,1 yıl idi. En fazla 47 yıllık diyabet hastası mevcuttu.

Hastalar son bir yılda aile sağlığı merkezine ortalama 3,99 kez hastalıkları sebebiyle müracaat ettikleri, ASM dışındaki kurumlara da son bir yılda 3,78 kez hastalıkları sebebiyle başvurdukları tespit edildi. Tablo 8’ da gösterilmiştir.

Tablo 8: Hastalık süresi ve başvuru sayıları

	Ortalama	Standart Sapma
Ortalama hastalık süresi		
HT	11,3 yıl (min:1 max: 40)	6,962
DM	9,1 yıl (min:1 max: 47)	6,543
Aile hekimliğine başvuru sayısı	3,99 kez/yıl	0,990
Diğer kurumlara başvuru sayısı	3,78 kez/yıl	1,940

4.2. Ölçek Puanları

Katılımcılara uygulanan 20 sorudan ve 5 alt ölçekten oluşan kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği (Türkçe PACIC) genel ortalaması $2,41\pm 0,84$ idi. Ölçekte kesme noktası bulunmamaktadır. Ankette 5'li likert ölçeği kullanılmıştı. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da diyabetlilerdeki genel ortalama ($2,46\pm 0,82$) hipertansiyon hastalarından ($2,36\pm 0,85$) daha yüksekti.

Alt ölçeklere bakıldığında hasta katılımı ölçek ortalaması $2,67\pm 1,16$, karar verme desteği $2,85\pm 1,04$, amaç belirleme/rehberlik $2,28\pm 0,95$, problem çözme $2,74\pm 1,03$ olarak ölçüldü. En düşük ölçek ortalaması izlem/koordinasyon alt ölçeğinde $1,86\pm 0,98$ olarak ölçüldü.

İzlem/koordinasyon alt ölçeğinde hipertansiyon ve diyabet hastaları arasında anlamlı farklılık tespit edildi. Diyabet hastaları hipertansiyon hastalarından daha yüksek ortalamaya sahipti.

Diğer alt ölçeklerde hipertansiyon ve diyabet hastaları arasında anlamlı fark tespit edilmedi. Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9: HT ve DM hastalarının ölçek ve alt ölçek ortalamaları

HT ve DM'nin Alt Ölçeklere Etkisi				
	ortalama±SS	HT ortalama±SS	DM ortalama±SS	p
Ölçek ortalama	2,41±0,84	2,36±0,85	2,46±0,82	0,094
Hasta katılımı	2,67±1,16	2,75±1,18	2,59±1,13	0,057
Karar verme desteği	2,85±1,04	2,86±1,10	2,85±0,97	0,908
Amaç belirleme/rehberlik	2,28±0,95	2,24±0,95	2,33±0,94	0,206
Problem çözme	2,74±1,03	2,67±1,05	2,81±1,01	0,067
İzlem/koordinasyon	1,86±0,98	1,71±0,92	2,02±1.01	0,000

Katılımcılara uygulanan 20 maddeden oluşan kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği (Türkçe PACIC)'nin maddeleri tek tek değerlendirilecek olursa ortalamaları çoktan aza doğru tablo 10'de belirtilmiştir.

Tablo 10: ölçek soruları ortalamaları yüksek puandan düşüğe sıralanışı

Son 1 yıl içinde kronik hastalığımla ilgili bakım aldığımda;	Ortalama	SS
12. Doktorum ya da hemşiremin gerekli olan tedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim.	3,81	1,48
5. Bakımımın iyi düzenlenmiş olmasından memnun kaldım.	3,67	1,06
8. Beslenme ya da egzersiz yapma davranışlarımı geliştirmem için yardım edildi.	3,38	1,56
11. Sağlık alışkanlıklarım ile ilgili sorular soruldu.	3,01	1,48
1. Tedavi planım yapılırken görüşlerim alındı.	2,94	2,94
6. Kendi bakımımı sağlamak için yaptığım şeylerin sağlığıma nasıl etkileyeceği açıklandı.	2,82	1,50
3. İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi	2,71	1,53

13. Günlük yaşamımda uygulayabileceğim bir tedavi planı yapmam için yardım edildi.	2,59	1,36
18. Diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacım olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirildim.	2,55	1,59
14. Zor zamanlarımda bile kendime bakabilmem için yapmam gerekenler konusunda yardım edildi.	2,54	1,34
2. Tedavim konusunda karar vermem için başka seçenekler sunuldu.	2,38	1,35
20. Diğer hekimlerle yaptığım görüşmeler konusunda sorular soruldu.	2,13	1,44
4. Sağlığım için yapmam gerekenler yazılı olarak verildi.	2,08	1,43
15. Hastalığımın hayatımı nasıl etkilediği soruldu.	2,04	1,31
19. Diğer branşlardaki hekimlere gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı.	2,04	1,40
7. Kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu.	1,83	1,25
9. Tedavi planımın bir kopyası/örneği bana verildi.	1,68	1,20
10. Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edildim.	1,53	1,14
17. Hastalığım konusunda bana yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya teşvik edildim.	1,39	0,93
16. Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı.	1,25	0,78

4.3. Sosyodemografik Özelliklerin Ölçek Puanlarına Etkisi

Cinsiyetin ölçeklere etkisi değerlendirildiğinde erkeklerde genel ölçek ortalaması (2,49±0,87) kadınlardan (2,36±0,81) anlamlı olarak daha yüksek ölçüldü.

Hasta katılımı ve izlem/koordinasyon alt ölçeklerinde de erkeklerin kadınlardan daha yüksek puan verdikleri görüldü. Diğer alt ölçeklerde her ne kadar ortalamalar yüksekse de anlamlı fark tespit edilemedi. Tablo 11'de gösterilmiştir

Tablo 11: Cinsiyetin ölçek ve alt ölçeklere etkisi

Cinsiyetin ölçek ve alt ölçeklere etkisi			
	Kadın±SS	Erkek±SS	P
Ölçek ortalama	2,36±0,81	2,49±0,87	0,037
Hasta katılımı	2,60±1,16	2,78±1,14	0,042
Karar verme desteği	2,83±1,01	2,88±1,08	0,550
Amaç belirleme/rehberlik	2,24±0,90	2,35±1,02	0,115
Problem çözme	2,70±0,99	2,80±1,10	0,172
İzlem/koordinasyon	1,79±0,93	1,98±1,03	0,008

Demografik özelliklerin toplam ölçek ortalaması ile ilişkisi değerlendirildiğinde ≤50 yaşta 2,64, 51-60 yaşta 2,45, 61-70 yaşta 2,36, >70 yaşta 2,29 ölçek ortalaması tespit edildi. Bu veriler hasta yaşı arttıkça ölçek ortalamasının düştüğünü göstermektedir.

Eğitim durumunun ölçek ortalamasına etkisi değerlendirildiğinde hasta eğitim durumu arttıkça ölçek ortalamasının arttığı belirlenmiştir. Okur-yazar olmayanlarda 2,14 iken lise mezunlarında 2,72, üniversite mezunlarında 2,59 olarak ölçüldü.

Çalışan katılımcıların ölçek ortalaması 2,75 çalışmayanlarda 2,34 emeklilerde 2,40 olarak ölçüldü. Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12: Demografik özelliklerin toplam ölçek ortalaması ile ilişkisi-1

Demografik Özelliklerin Toplam Ölçek Ortalaması İle İlişkisi				
	N	Ölçek ortalaması	SS	P
Yaş grupları				0,008
≤50 yaş	101	2,64	0,88	
51-60 yaş	231	2,45	0,81	
61-70 yaş	290	2,36	0,87	
>70 yaş	146	2,29	0,77	
Eğitim durumu				0,000
Okur-yazar	24	2,14	0,45	
değil			0,83	
Okur-yazar	36	2,44	0,75	
İlkokul	333	2,23	0,83	
Ortaokul	131	2,47	0,99	
Lise	135	2,72	0,82	
Üniversite	109	2,59		
Çalışma durumu				0,000
Çalışıyor	87	2,75	0,81	
Çalışmıyor	318	2,34	0,80	
Emekli	363	2,40	0,86	

Ekonomik durum düşük-alt gelirli, alt-orta gelirli, üst-orta gelirli, yüksek gelirli olarak değerlendirilmiştir. Gelir durumu ile toplam ölçek ortalaması arasında istatistiksel anlamlılık saptanmadı.

Katılımcıların aile sağlığı merkezine başvuru sayıları ile toplam ölçek puanı arasında istatistiksel anlamlılık saptanmadı. 1 kez başvuranların ölçek ortalaması 2,51 iken ≥5 kez başvuranların ortalaması 2,50 idi.

Yine sigara içenlerle içmeyenler arasında toplam ölçek puanı açısından anlamlılık tespit edilmedi.

Hastalığını kontrol altında olduğunu düşünenlerin toplam ölçek ortalaması 2,48 düşünmeyenlerin ortalaması 2,30; fikri olmayanların ortalaması 2,12 olarak tespit edildi. Aralarında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edildi. Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13: Demografik özelliklerin toplam ölçek ortalaması ile ilişkisi-2

Demografik Özelliklerin Toplam Ölçek Ortalaması İle İlişkisi				
	N	Ölçek ortalama	SS	P
Ekonomik durum				0,064
Düşük-alt gelirli	160	2,29	0,80	
Alt-orta gelirli	347	2,45	0,87	
Üst-orta gelirli	237	2,47	0,84	
Yüksek gelirli	24	2,17	0,47	
ASM başvuru sayısı				0,144
1	27	2,51	1,49	
2	42	2,48	1,23	
3	97	2,43	1,29	
4	347	2,33	1,14	
≥5	255	2,50	1,28	
Hastalığım kontrol altında				0,001
Evet	555	2,48	0,86	
Hayır	136	2,30	0,79	
Fikrim yok	77	2,12	0,67	
Sigara				0,595
İçmiyor	616	2,41	0,82	
İçiyor	152	2,45	0,92	

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada kronik hastalıklarda hipertansiyon ve/veya diyabeti olan bireylerin kronik hastalık bakımı açısından izlenme özellikleri ve bunu etkileyen durumlar araştırılmıştır.

5.1. Sosyodemografik Özellikler

Hastaların yaş ortalaması 62,3 olup diğer araştırmalara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Kaya ve ark yaptığı çalışmada ortalama yaş 52, Ay ve Arpacı'nın çalışmasında 57.6 olarak ifade edilmiştir (17), (20). Araştırmamızda yaş ortalamasının yüksek çıkma nedeni Balçova bölgesinin sosyoekonomik durumunun yüksek olması nedeniyle yaşlı kesimin daha çok ikamet ettiği yer olması sebebiyle olabilir.

Balçova'da 2016 yılında kadın nüfusu %51 idi (34). Araştırmamızda hastaların %61,1'i kadındı. Ay ve Arpacı'nın yaptığı bir çalışmada da kadın oranı yüksekti (20). Araştırmamızda kadın oranının daha yüksek olma sebebi yaşlı nüfusta kadın oranının daha fazla olması bunun yanında kadınların birinci basamağı daha çok tercih etmesi olabilir.

2012 TÜİK verilerine göre Balçova'da üniversite mezunu oranı %22, Türkiye genelinde ise %11 olarak belirtilmiştir. Araştırmamızda bu oran %14,2 idi. Yaş ortalamamızın yüksek olması sebebiyle çalışan hasta sayısı düşük saptandı. Yine kadın oranının yüksek olması sebebiyle de ev hanımı oranı yüksekti.

Katılımcıların %19.8'i sigara içmektedir. Yaş arttıkça sigara içme oranı azalmasına rağmen yine de yüksek bir orandır. Her sigara içiminde kan basıncı 15-30 dk. süreyle artmaktadır. Sigara kardiyovasküler riski tek başına 2-3 kat arttırmaktadır. Lipid profilini bozar, insülin direncini artırır. Sigara diyabet riskini arttırmakta, diyabetlilerde de kardiyovasküler mortalite ve morbiditeyi arttırmaktadır. Her vizitte hastaya sigara bırakması gerektiği hatırlatılmalı, zararları kısaca anlatılmalıdır.

Hipertansiyon ve/veya diyabet hastalarının yarısı diyet ve egzersiz yapmadığını belirtmiştir. Hâlbuki diyet ve egzersiz bütün hipertansiyon ve diyabet hastalarında olmazsa olmaz ve tedavinin en önemli kısmıdır. Buda bize kliniğimizde

non-farmakolojik tedavi üzerine daha çok gitmemiz gerektiğini göstermektedir. Bu açıdan hastalar izlem sırasındaki her başvurularında değerlendirilmeli önerilerde bulunulmalıdır.

Yaşam tarzı değişikliği açısından tuz kısıtlamasıyla ilgili yapılan randomize çalışmalarda hipertansif hastalarda günlük tuz alımı günde 4.7-5.8 g ile kısıtlandığında sistolik kan basıncında 4.8 ± 1 mmHg, diyastolik kan basıncında 2.5 ± 0.7 mmHg düşme görülmüştür (35).

Benzer şekilde düzenli aerobik egzersiz yapan hipertansiflerde sistolik kan basıncında 4-8 mmHg düşme olmaktadır. Ayrıca Sedanter yaşam sürenlerde fiziksel aktif kişilere göre hipertansiyon %20-50 daha sık görülmektedir. Yine diyabette hastalarında diyet ve egzersiz temel tedavilerdendir. Diyabetlilere aerobik egzersiz önerilmektedir (32).

Katılımcıların 1/3'ü son bir yılda bu hastalıkları sebebiyle aile sağlığı merkezleri haricinde bir kuruma başvurmamışlardır. Bu demektir ki bu hastaların takibinde birinci basamağın çok önemli bir sorumluluğu vardır.

Dünyada sıklığı giderek artan kronik hastalıklara karşı mücadele tüm sağlık ekibiyle birlikte birinci basamakla beraber yapılmalıdır. Cumhuriyetin ilk dönemlerinden bulaşıcı hastalıklar ve ana çocuk sağlığı üzerine yoğunlaşmış, sağlık işgücü ve yapılanması bu duruma göre oluşturulmuştur. Kronik hastalıklarda da daha çok tedavi edici yöntem geliştirilmiş, sağlık sisteminde koruyucu hekimlik uygulaması geliştirilememiştir. Günümüzde demografik yapının değişmesiyle de kronik hastalıklarda önemli artışlar olmuş, ciddi hastalık yükü oluşturmuştur (36). Son yıllarda Sağlık Bakanlığı kronik hastalıklar müdahale konusunda ciddi politikalar yürütmektedir.

Kronik hastalık bakımı sadece hekimin görevi değildir. Hemşire, diyetisyeni psikologların olduğu bir ekip işidir. Hastaların kronik hastalıklarıyla ilgili katılımının sağlanması, yanlış bilgilerin düzeltilmesi, kendi bakımlarını yapma becerileri kazandırılması ekip yaklaşımı ile yapılabilecek işlerdir. Bu nedenle birinci basamaktaki mevcut kronik hastalık bakımı yönetimi gözden geçirilmeli, ekip yaklaşımı benimsenerek yapılandırılmalıdır (37).

Her vizitte hastaların kan basıncına bakılmalı 3,99 kez/yıl birinci basamağa başvuru sayısı), evde kan basıncı ölçümü öğretilmeli ve teşvik edilmelidir. Hastalardan tanı anında sekonder hipertansiyon ve hedef organ hasarını tespit edilebilmesi amacıyla ve KV riski belirlemek için gerekli laboratuvar tetkiklerini isteyebilmeliyiz (38).

Diyabet hastalarının nöropati açısından yılda bir muayenesini yapabilmeli, yılda bir göz dibi muayenesi yapabilmeli; gerektiğinde göz hekimine yönlendirmeliyiz. 3-6 ayda bir A1C düzeyleri ve yıllık kreatinin ve lipid profilini gibi diğer laboratuvar tetkiklerini istemeli hastaların takipsiz kalmalarını engellemeliyiz.

Hastaların diyet ve egzersiz durumlarını sorgulamalı, diyabetik ayak açısından önerilerde bulunmalı, insülin kullanan hastalara hatalı kullanım açısından eğitim verilmelidir.

Hipertansiyon hastalarının % 76'sı hastalıklarının kontrol altında olduğunu düşünmektedir. Oysa Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışmasına (Patent2) göre tüm hipertansiyon hastalarında kontrol oranı %28.7, hipertansiyon sebebiyle ilaç kullanan hastalarda kan basıncı kontrol oranı %53.9 olarak ölçülmüştür (39). Hastalar kan basınçları hakkında bilgi sahibi değillerdir. Her vizitte kan basıncı ölçülerek hastalara kendi kan basınçları hakkında bilinç kazandırılmalıdır.

TURDEP-II çalışmasına göre Türkiye'de diyabet prevalansı %13,7; bunların 6.2'si yeni tanı diyabet olarak ölçülmüştür. Tüm diyabetlilerin %45,7'sinin A1C değerleri 6.5'in üzerinde tespit edilmiştir (40).

Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması (2011)' e göre ise kontrolsüz diyabet %40 olarak ölçülmüştür (37). Çalışmamızda ise diyabetlilerin %67'si kontrol altında olduğunu düşünmektedir. Diyabet hastaları hipertansiyon hastalarına göre farkındalıkları daha iyi olsa da yeterli değildir. . Bu araştırmada hastaların kontrol durumu hastaların kendi düşüncelerine göre soruldu. Hastaların laboratuvar tetkiklerine bakılmadı veya fizik muayene yapılmadı. Bu durum araştırmanın sınırlılıklarındandır.

Hastaların ortalama hastalık süresi 10 yıl ve yılda hastane ve birinci basamak başvurusu ortalama 8 kez çıkmış ve bu da bu hastalıkların ne denli önemli olduğu ve maliyetli olduğu konusunda fikir verebilir. Ayrıca hastaların birinci basamak ve üst

basamaklara ulaşımın kolay olduğunu göstermektedir. Dede ve arkadaşlarının çalışmasında da kronik hastalıkların ortalama süresi 9,3 yıl olarak belirtilmiştir (18).

5.2. Ölçek

Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği hasta formu (Türkçe PACIC) genel ortalaması 2,41 ile orta düzeyde bakım verildiğini göstermektedir. Literatürde ise bu oran 2.44-3.17 arasındadır (20), (16), (21) (19), (17), (14), (18). Genel olarak yapılan çalışmalar 2. veya 3. basamak sağlık hizmeti veren yerlerde yapılmıştır. İncirkuş ve ark. hastanede yaptığı Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında 2.54 olarak ölçülmüştür (14). Türkiye’de Manisa’da bir üniversite hastanesinde dede ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ölçek ortalaması 2,81 ölçülmüştür (18). Avusturalya’da birinci basamakta izlene diyabet iskemik kalp hastalığı olanlarda ölçek puanı 3.3 (41), Amerika Birleşik Devletleri’nde hipertansiyon ve diyabetlilerde yapılan çalışmada 3.0 (42) olarak belirlenmiştir.

Görüldüğü gibi bu araştırmadaki ölçek ortalaması düşüktür. Ölçek puanının düşük çıkma sebebi 2. ve 3. basamakta kronik hastalık bakımının daha iyi imkânlarla ve daha çok uzman desteği alabilmeleri sebebiyle olduğu düşünülmüştür. Birinci basamakta kronik hasta bakımını geliştirmeye ihtiyaç olduğu da açıktır.

Alt ölçeklere bakıldığında puan sıralaması yüksekten düşüğe göre; karar verme desteği, problem çözme, hasta katılımı, amaç belirleme/rehberlik ve izlem/koordinasyona verdikleri görülmektedir. Kaya ve ark. yaptığı çalışmada da alt ölçeklere hastaların bu sırayla puan verdikleri görülmüştür (17). Yine Schmittiel ve ark. diyabette ve Rosmemann ve ark. iskemik kalp hastalarında izlem/koordinasyona en az puan verdikleri görüldü (19), (21).

İzlem/koordinasyona düşük puan verilmesinin sebebi birinci basamakta hastalara yeterli yönlendirmenin yapılmadığı anlamına gelebilir. Ayrıca 16. soruda geçen kontroller haricinde izleme çağırılma durumunun mevcut birinci basamak sistemimizde olmaması olabilir. Karar verme desteği ve problem çözme alt ölçeklerine çok puan verilmesi hastaların kendi bakımlarına katılma düşüncesinde olduklarını göstermektedir.

Ancak Ay ve Arpacı'nın 2017'de yayınlanan çalışmasında alt ölçeklerden amaç belirleme/rehberliğe en yüksek puanın verildiği, karar verme desteğine ise en düşük puan verildiği görüldü. Alt ölçeklerde farklı sonuçlar çıkmaktadır.

İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da genel ölçek ortalamasında diyabetlilerin hipertansiyonlulardan daha yüksek puan verdiği görüldü. Alt ölçeklerde sadece izlem/koordinasyonda diyabet lehine bir anlamlılık tespit edildi(2.02 puan). Ay ve Arpacı 'da da ölçek ve alt ölçeklerde diyabetliler lehine yüksek puanlar verildiği görüldü (20). Diyabetiklerde yönlendirme ihtiyacının hipertansiyonlulara göre daha fazla olması sebebiyle daha iyi yönlendirildiği söylenebilir.

Ölçek soruları incelendiğinde en düşük puanlara bakıldığında; kontroller haricinde birinci basamaklarda hastaların izleme çağrılmadığı anlaşılmaktadır. Hastalıkları ile alakalı eğitimlere, sağlık programlarına yönlendirilmediği görülmüştür. Sebep olarak yeterli eğitim programlarının olmaması veya olması durumunda birinci basamak çalışanlarının haberdar olmaması olabilir.

Yine 7. maddedeki 'kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu' maddesi hastalar tarafında anlaşılammış olabilir. Ayrıca hastaları diğer branşlara gönderirken gönderme sebebimiz ve hastaya faydaları anlatılmalıdır.

5.3. Sosyodemografik Özelliklerin Ölçeğe Etkisi

Cinsiyetin ölçeklere ve alt ölçeklere etkisine bakıldığında hem genel ölçek ortalamasının hem de alt ölçeklerden hasta katılımı ve izlem/koordinasyonda erkeklerin daha fazla puan verdikleri görüldü. Kadınların niye daha az puan verdikleri ve daha az memnun oldukları araştırılması gereken bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca kronik hasta bakımında kadınlara daha fazla önem verilmesi gerektiği görülmektedir. Kaya arkadaşlarının çalışmasında diyabetlilerin karar verme desteği alt ölçeğinde erkeklerin daha fazla puan verdikleri görüldü.

Demografik özelliklerin toplam ölçek ortalamasına bakıldığında yaş arttıkça ölçek puan ortalamasının düştüğü görülmektedir. Ayrıca çalışanların çalışmayanlar ve emeklilerden daha yüksek puan verdikleri görülmüştür. Yaşı ileri hastaların kronik hastalık bakımının daha titiz bir şekilde yapılması gerektiği anlaşılmaktadır.

Yine eğitim düzeyi arttıkça ölçek puan ortalamasının arttığı görülmekte. Bu da araştırılması gereken bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ölçeği geliştiren Glasgow ve arkadaşlarının sadece diyabetli 266 hastada yaptığı bir çalışmada, çok sayıda kronik hastalığı çalışan Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında ve başka çalışmalarda yaş, eğitim durumu, cinsiyetle ölçek puanı arasında ilişki saptanmamıştır (17) (43) (44) (20). Ay ve Arpacı'nın çalışmasında gelir durumuyla ölçek puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (20). Bu çalışmada gelir durumuyla ölçek puanı arasında anlamlılık saptanmadı.

Hastalığın kontrol altında olduğunu düşünenlerde ölçek puanını daha fazla verdikleri görülmüştür. Hastalar ilgi arttıkça daha memnun oldukları ve daha fazla puan verdikleri şeklinde değerlendirilebilir.

Araştırmamız Balçova ilçesinde mevcut olan 5 Aile Sağlığı Merkezine başvuran hastalarla gerçekleştirilmiştir. Bu durum araştırmamızın kısıtlılıklarındandır. İzmir genelinde seçilen aile sağlığı merkezlerinde yapılmış olsa topluma veya İzmir'e genellemek daha çok mümkün olurdu. Bu çalışma sadece belli bir ilin belli bir ilçesinde yapılması sebebiyle topluma genellemek mümkün değildir. Katılımcı sayısının çok olması (768 kişi) araştırmanın güçlü yanlarındandır.

Bu araştırmada kullanılan ölçek hastaların kendi kendine değerlendirmeleri için geliştirilmesine rağmen hastaların yaşlı olması sebebiyle görme problemlerinin olması, eğitim durumu ve kendi başlarına doldurmak istememeleri sebebiyle yüz yüze görüşme yöntemiyle tamamlanmıştır. Bu durum sonuçları etkilemiş olabilir. Ayrıca yaşlı hastalar ölçekteki maddelerin ne demek istediklerini anlayamadıklarını sık sık beyan etmişlerdir. Kronik hastaların genelde yaşlı kesimden oluşması sebebiyle ölçeğin daha sade anlaşılır olması gerektiği, başka ölçeklere ihtiyaç olduğu açıktır.

Çalışmaya kronik hastalıklardan sadece diyabet ve hipertansiyonun alınması sonuçların tüm kronik hastalıklara yansıtılmasını engellemektedir ve kısıtlılıklarımızdandır.

Cronbach alfa katsayısı 0,92 olarak ölçeğin iç tutarlılığın yeterli olduğunu göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tüm dünyada ve ülkemizde kronik hastalıkların artışıyla beraber toplumsal yükü de artmaktadır. Kronik hastalık bakımının birinci basamak düzeyinde takibinin yapılabilmesi gerekmektedir. Bakım sadece hekimlerin değil hemşiresiyle diyetisyeniyle bütün sağlık ekibine ihtiyaç vardır.

Kronik hasta bakımını; bakım sürekliliğın sağlanması, bakım kalitesinin artırılması, maliyet etkinliğın sağlanması için birinci basamakta da yapmak gerekmektedir.

Hastalara öz-yönetim becerileri kazandırılmalı, bakıma aktif katılımı sağlanmalıdır.

Bu araştırmada kronik hastalıklardan en sık görülenlerden hipertansiyon ve diyabeti ele alarak kronik hastalık bakımını dünyada ve Türkiye’de hasta perspektifinden nasıl değerlendirildiğini araştırıldı. Genel ortalamadan düşük bulundu.

Birinci basamakta kronik hastalık bakımı ile ilgili daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır

7. KAYNAKLAR

Kaynakça

1. Küresel Olmayan hastalıklara ilişkin küresel durum raporu 2010
http://beslenme.gov.tr/content/files/home/kuresel_durum_raporu.pdf 07.06.2017.
2. Ünüvar, N., Mollahaliloğlu, S., & Yardım, N. (Editörler) (2006). *Türkiye hastalık yükü çalışması 2004 (ss. 2–12)*. Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık.
3. World Health Organization [WHO] (2008). *2008–2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases*.<http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf>. Erişim tarihi:04.06.2017.
4. Demirağ, S. A. (2009). *Kronik hastalıklar ve yaşam kalitesi. Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi, 2, 58–65.*
5. Beaglehole, R., Epping-Jordan, J., Patel, V., Chopra, M., Ebrahim, S., Kidd, M., et al. (2008). *Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middleincome countries: A priority for primary health care. Lancet, 372, 940–949. .*
6. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. *Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. JAMA. 2002;288(14):1775-1779 .*
7. Rothman, A. A., & Wagner, E. H. (2003). *Chronic illness management: What is the role of primary care? Annals of Internal Medicine, 138, 256–261.*
8. Bonomi AE, Wagner EH, Glasgow RE, VonKorff M. *Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. Health Serv Res. 2002 Jun;37(3):791-820.*
9. Wagner E H. *The Role of Patient Care Teams in Chronic Disease Management. British Medical Journal. 2000;320(7234):569-72.*
10. Akın S, Erdoğan S. *The Turkish version of the Newcastle satisfaction with nursing care scale used on medical and surgical patients. Journal of Clinical Nursing, 2007;16, 646–653.*
11. Acaroğlu, R., Şendir, M., Kaya, H., Sosyal, E. *Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının hasta memnuniyeti ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesine etkisi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2007;59, 61–67.*
12. Kaya N, Solmaz Ş, Bolol N. *Larinjektomili bireylerin sağlığa ilişkin yaşam kalitesini değerlendirmede Euroqol ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliği. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2007;15(58), 30–39.*
13. Aktürk Z, Dağdeviren N, Şahin EM, Özer C, Göktaş YH, ve ark. *Hastalar hekimleri değerlendiriyor: EUROPEP ölçeği. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2002; 1–8.*
14. İncirkuş K, Nahcivan NÖ. *Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Hasta Formu'nun Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği. DEUHYO ED 2011;4(1):102-109.*
15. Glasgow RE, Wagner E, Schaefer J, Mahoney L, Reid , Greene S. *Development and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). Med Care. 2005;43:436-44.*
16. Shah NR, Aragonés A, Schaefer EW, Stevens D, Gourevitch MN, Glasgow RE. *Validation of the Spanish translation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) Survey. Preventing Chronic Disease. 2008; 5(4):1–10.*

17. Kaya ÇA, Akturan S, Şimşek S, Uğuz K, İçen F, Akman M. Kronik Hastalık Bakımının Hasta Perspektifinden Değerlendirilmesi. *Turkish Family Physician*. 2013;4(3):1-9.
18. Dede B, Sarı M, Gürsul A. ve ark. Kronik hastalığı nedeniyle ayaktan izlenen hastaların aldıkları sağlık hizmetlerinin niteliğini etkileyen değişkenler. *TAF Prev Med Bull*. 2016;5(3): 238-247.
19. Schmittiel J, Mosen DM, Glasgow RE, Remmers HJ, Bellows J, Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and Improved Patientcentered Outcomes for Chronic Conditions *J Gen Intern Med*. 2008 January;23(1):77-80.
20. Ay Semra, Arpacı Pınar. Hastanede Yatan Hastaların Kronik Hastalık Bakımının Değerlendirilmesi. *MCBU-SBED*, 2017,4(1): 527-532.
21. Evaluation of a culturally adapted German version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) questionnaire in a sample of osteoarthritis patients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2007;13:806–813. Rosemann T, Laux MD, Droeemeyer S, Gensichen J, Szecsenyi J.
22. World Health Organization. A global brief on Hypertension. Silent killer, global public health crisis. World Health Day 2013. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?ua=1. Accessed March 25, 2015.
23. Altun B, Arici M, Nergizoğlu G, Derici U, Karatan O, Turgan C et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertens* 2005;23:1817–23.
24. Sengul S, Erdem Y, Akpolat T, Derici U, Sindel S, Karatan O, et al. Controlling hypertension in Turkey: not a hopeless dream. *Kidney Int Suppl (2011)* 2013;3:326–31.
25. Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG, et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension.
26. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* 2013;34:2159–219.
27. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. Kan Basıncı Ölçümü. Mevcut: <http://www.turkhipertansiyon.org/dogruKanBasinci.php>. Erişim 6 Mayıs 2015.
28. Erdem Y, Arici M, Altun B, Turgan C, Sindel S, Erbay B, et al. The relationship between hypertension and salt in take in Turkish population: SALTURK study. *Blood Press* 2010;19:313–8.
29. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu, Ankara, 2010.
30. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes–2014. *Diabetes Care* 2014;37 Suppl 1:14–80.
31. 1993, DCCT Research Group. *NEJM* ve 329:977.
32. Sigal RJ, Kenny GP, Boulé NG, et al. Effects of aerobic exercise training, resistance exercise, or both on glycemic control in type 2 diabetes: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2007;147:357-69.

33. Wensing M, Lieshout JV, Jung HP, Hermsen J, Rosemann T. *The Patients Assessment Chronic Illness Care (PACIC) questionnaire in The Netherlands: a validation study in rural general practice. BMC Health Services Research. 2008;8(182):2-6. .*
34. <http://www.balcova.gov.tr/nufus>.
35. Cutler JA, Follman D, Allender PS: *Randomized trials of sodium reduction: an overview. Am J Clin Nutr 1997; 65 (Suppl): 643-51.*
36. *National Burden of Disease and Cost Effectiveness Studies Reports: Ministry of Health, Turkey, 2007.*
37. *Türkiye Kronik hastalıklar Ve Risk Faktörleri Çalışması, TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ankara 2013. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf> 08.06.2017.*
38. Arıcı M, Birdane A, Güler K, Yıldız B, Altun B ve ark, *Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol 2015;43(4):402–409.*
39. *Türk Hipertansiyon Ve Böbrek Hastalıkları Derneği. http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php 07.06.2017.*
40. Satman I, Grubu T-İÇ. *TURDEP-II Sonuçları. Türk Endokronoloji ve Metabolizma Derneği [homepage on the Internet] Available from: http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf. 08.06.2017.*
41. Taggart J, Chan B, Jayasinghe UW, Christl B, Proudfoot J, Crookes P, Beilby J, Black D, Harris MF. *PatientsAssessment of Chronic Illness Care (PACIC) in two Australian studies: structure and utility. J Eval Clin Pract. 2011;17(2):215-21.*
42. Thom DH, MD, Ghorob A, Hessler D, De Vore D, Chen BSE, Thomas A. Bodenheimer. *Impact of Peer Health Coaching on Glycemic Control in Low-Income Patients With Diabetes: A Randomized Controlled Trial. Annals of Family Medicine, 2013; 11(2): 137-144.*
43. 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. Diabetes Care. 2005, 28:2655-266.*
44. *Individual care plans for chronically ill patients within primary care in the Netherlands: Dissemination and associations with patient characteristics and patient-perceived quality of care. Scand J Prim Health Care. 2015;33(2):100-6. . Jansen DL, Heijmans M, Rijken M.*

BİRİNCİ BASAMAKTA KRONİK HASTALIK BAKIMININ HASTA PERSPEKTİFİNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ ANKETİ

“Sayın katılımcı; bu araştırma birinci basamakta kronik hastalıklarda hasta bakımının hasta perspektifinden değerlendirilmesi amacıyla tez çalışması olarak yürütülmektedir. Çalışmanın sonuçları sadece bilimsel amaçlı olarak kullanılacak, tüm bilgiler gizli kalacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Yaşınız.....

Cinsiyetiniz: Kadın Erkek

Eğitim durumunuz: Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul mezunu
 Ortaokul mezunu Lise mezunu Üniversite mezunu

Çalışıyor musunuz? Evet Hayır Emekliyim

Mesleğiniz.....

Ekonomik durumunuz size göre aşağıdakilerden hangisine uyar?

Düşük-alt gelirli Alt-orta gelirli Üst-orta gelirli Yüksek gelirli

Sigara içiyor musunuz? Evet Hayır

İçiyorsanız günde kaç adet? 1 paketten az 1 paket 1 paketten fazla

Sizde olan kronik hastalık hangisi? Hipertansiyon Diyabetes Mellitus Her ikisi

Ne zamandır bu hastalık/larınız var?

Hipertansiyon..... yıldır Diyabet.....yıldır

Bu hastalık/ların tedavisinde aşağıdakilerden hangisi/hangilerini kullanıyorsunuz? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

Hap İnsülin Diyet ve egzersiz

Bu hastalık/lar sebebiyle aile hekiminize son bir yıl içindeki kaç kez başvurduunuz?

1 2 3 4 5 ve daha fazla

Bu hastalık/lar sebebiyle aile hekiminiz dışındaki sağlık kuruluşlarına son bir yıl içindeki kaç kez başvurduunuz?

1 2 3 4 5 ve daha fazla Hiç başvurmam

Bu hastalık/lar sebebiyle aile hekiminiz dışında başvurduğunuz sağlık kuruluşları hangileri? (birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

Devlet hastanesi Üniversite hastanesi Özel hastane Hiç başvurmam

Hastalık/larınızın şu anda kontrol altında olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet Hayır Fikrim yok

Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (Türkçe PACIC): Kronik ya da uzun süren bir hastalığınız olduğunda, sağlıklı ve mutlu bir şekilde yaşamınızı sürdürmeniz zor olabilir. Hastalığınız konusunda size yardım edebilmemiz için, **hekim, hemşire gibi sağlık görevlileri tarafından size sunulan bakım hizmetleri hakkında görüşlerinizi** öğrenmek istiyoruz. Bu hizmetler sizinle uzun süredir ve düzenli olarak ilgilenen tüm sağlık görevlilerini kapsamaktadır. Bu konuda vereceğiniz bilgiler, gelecekte sizin gibi kronik sağlık sorunu olan hastaların daha iyi bakım almalarını sağlamak için yol gösterici olacaktır.

Lütfen aşağıda yer alan her bir ifadeyi dikkatlice okuyarak, **son 1 yıl içinde Aile Sağlığı Merkezinde** hastalığınız ile ilgili aldığınız bakımı değerlendiriniz. Bakımınızla ilgili olan ifadeleri sıklık derecesini düşünerek, her bir ifadeye ilişkin görüşlerinizi en iyi yansıtan ya da size en uygun gelen seçeneği (**X**) şeklinde işaretleyiniz. Burada doğru ya da yanlış fikir yoktur. Lütfen her bir ifadenin cevaplanmış olmasına dikkat ediniz.

Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu (PACIC)

Son 1 yıl içinde kronik hastalığımla ilgili bakım aldığımda;	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.					

EK-2: ETİK KURUL ONAYI

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/18-08	Tarih: 30.07.2015
	Doç.Dr.Nilgün ÖZÇAKAR'ın sorumlusu olduğu "Birinci Basamakta Kronik Hastalıklarda Hasta Bakımının Hasta Perspektifinden Değerlendirilmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmannın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, kurum izin belgesi alınması koşuluyla, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. -Kurum izin belgesi alındıktan sonra Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Sevine ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	