

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN SAĞLIK
EKİBİ TARAFINDAN VERİLEN BAKIMI
DEĞERLENDİRMELERİ**

Selva Ezgi AŞKAR

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Öğr. Gör. Dr. Gülşah TANRIVERDİ**

ADANA-2017

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN SAĞLIK
EKİBİ TARAFINDAN VERİLEN BAKIMI
DEĞERLENDİRMELERİ**

Selva Ezgi AŞKAR

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Öğr. Gör. Dr. Gülşah TANRIVERDİ**

Bu Tez. Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından TYL-2016-6346
nolu proje ile desteklenmiştir.

Tez No:
ADANA-2017

KABUL VE ONAY

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam boyunca bana tecrübeleriyle destek olan, yol gösteren saygıdeğer tez danışmanım, değerli hocam Sayın Öğr. Gör. Dr. Gülşah TANRIVERDİ'ye,

Lisans ve yüksek lisans öğrenimim süresince rehberlik eden, hoşgörü gösteren hocam Sayın Prof. Dr. Gürsel ÖZTUNÇ'a,

Yine öğrenim hayatım boyunca maddi-manevi destekleriyle her zaman yanımda olan ve beni cesaretlendiren sevgili aileme ve en yakın arkadaşlarıma değerli katkılarından dolayı en içten sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Selva Ezgi AŞKAR

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
RESİMLER DİZİNİ	vii
ÇİZELGELER DİZİNİ	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kronik Hastalıkların Tanımı ve Epidemiyolojisi	3
2.1.1. Araştırma Kapsamına Alınan Kronik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımları ..	4
2.1.1.1. Hipertansiyon	4
2.1.1.1.1. Hipertansiyonun Patofizyolojisi	4
2.1.1.1.2. Hipertansiyonun Sınıflandırılması	5
2.1.1.1.3. Hipertansiyon Tedavisi	6
2.1.1.1.4. Hipertansiyonda Hemşirelik Bakımı	7
2.1.1.2. Diabetes Mellitus	7
2.1.1.2.1. Diabetes Mellitusun Sınıflandırılması	8
2.1.1.2.2. Diabetes Mellitusun Risk Faktörleri	9
2.1.1.2.3. Diabetes Mellitusun Klinik Belirtileri	9
2.1.1.2.4. Tip 2 Diyabet Fizyopatolojisi ve Komplikasyonları	9
2.1.1.2.5. Tip 2 Diyabette Tedavi	10
2.1.1.2.5.1. Oral Antidiyabetik (OAD) Tedavi	10
2.1.1.2.5.2. İnsülin Tedavisi	11
2.1.1.2.6. Diyabette Hemşirelik Bakımı	12
2.1.1.3. Hiperlipidemi	12
2.1.1.3.1. Primer Hiperlipidemi	13
2.1.1.3.2. Sekonder Hiperlipidemi	13

2.1.1.3.3. Hiperlipidemide Tedavi	13
2.1.1.3.3.1. Yaşam Tarzı Değişiklikleri	14
2.1.1.3.3.2. İlaç tedavisi	14
2.1.1.3.4. Hiperlipidemide Hemşirelik Bakımı	15
2.2. Kronik Hastalık Yüğü	16
2.3. Kronik Hastalıkların Yönetimi.....	19
2.3.1. Kronik Hastalıkların Yönetiminde Hemşirenin Rolü	19
2.4. Hastaların Bakım Beklentileri.....	20
3. GEREÇ ve YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Şekli	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	22
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme	23
3.3.1. Araştırmaya Alınma Ölçütleri.....	23
3.3.2. Araştırma Sonlandırma Ölçütleri	23
3.4. Veri Toplama Araçları	23
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	24
3.4.2. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu	24
3.5. Ön Uygulama	25
3.6. Verilerin Toplanması	25
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	26
4. BULGULAR.....	27
4.1. Örnekleme Tanıtıcı Bulgular	27
4.1.1. Sosyodemografik Özellikler.....	27
4.1.2. Hastalık ve Tedavi Özellikleri	29
4.1.3. Sağlık Eğitimi Alma ve Doktor Kontrollüne Gitme Özellikleri	31
4.1.4. Beslenme ve Sigara/Alkol Kullanım Özellikleri.....	32
4.2. KHBDÖ Madde Puan Ortalamaları ve Ölçek Maddelerine Verilen Yanıtların İncelenmesi	33
4.3. Örneklemin Özellikleri ile KHBDÖ Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması.....	39
5. TARTIŞMA.....	47
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	53

KAYNAKLAR	54
EKLER	60
EK 1- Kişisel Bilgi Formu	60
EK 2-Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği- Hasta Formu (KHBDÖ)....	63
EK 3-Etik Kurul Kararı	65
EK 4-Ç.Ü. Balcalı Hastanesi Kurum İzni	66
EK 5-Hasta Bilgilendirme Ve Aydınlatılmış Onam Formu.....	67
ÖZGEÇMİŞ	68

RESİMLER DİZİNİ

Resim No:

Sayfa No:

Resim 1. Hipertansiyon Sınıflandırması.....	5
Resim 2. Sekonder Hiperlipidemi Nedenleri.....	13
Resim 3. Ölüm Nedenlerinin Dağılımı, 2014 - 2015.....	17

ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Çizelge No:</u>	<u>Sayfa No:</u>
Çizelge 1.	Sosyodemografik Özelliklerin Yüzde Dağılımı28
Çizelge 2.	Hastaların Hastalıklarına İlişkin Özelliklerin Yüzde Dağılımı.....30
Çizelge 3.	Hastaların Tedavilerine İlişkin Özelliklerin Yüzde Dağılımı31
Çizelge 4.	Hastaların Sağlık Eğitimine ve Doktor Kontrolüne ilişkin Özelliklerin Yüzde Dağılımı31
Çizelge 5.	Hastaların Beslenme ve Sigara/Alkol Kullanım Durumlarına ilişkin Özelliklerin Yüzde Dağılımı32
Çizelge 6.	Ölçeğin Alt Boyutlarına Ait Bilgilerin İncelenmesi33
Çizelge 7.	Hastaların KHBDÖ’e Verdikleri Yanıtların Yüzde Dağılımı35
Çizelge 8.	Var Olan Hastalık Tanıları ile KHBDÖ’den Alınan Toplam Puan ve Alt Boyut Puan ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....37
Çizelge 9.	Hastaların Ölçek Toplam Puan ve 5 Alt Boyut puan İlişkilerinin İncelenmesi38
Çizelge 10.	Sosyodemografik Özelliklerin KHBDÖ Açısından İncelenmesi41
Çizelge 11.	Hastalığa İlişkin Özelliklerin KHBDÖ Açısından İncelenmesi43
Çizelge 12.	Tedaviye İlişkin Özelliklerin KHBDÖ Açısından İncelenmesi44
Çizelge 13.	Sağlık Eğitimine ve Doktor Kontrollüne İlişkin Özelliklerin KHBDÖ Açısından İncelenmesi45
Çizelge 14.	Beslenmeye ve Sigara kullanımına İlişkin Özelliklerin KHBDÖ Açısından İncelenmesi46

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ADA	: Amerikan Diyabet Birliği
ACE	: Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim
ARB	: Angiotensin Reseptör Blokerleri
BOH	: Bulaşıcı Olmayan Hastalık
DCCT	: Diyabet Kontrolü ve Komplikasyonları Çalışması
DKB	: Diastolik Kan Basıncı
DM	: Diabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GDM	: Gestasyonel Diabetes Mellitus
HDL	: High Density Lipoprotein (Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein)
HT	: Hipertansiyon
ICN	: Uluslararası Hemşireler Konseyi
IDF	: Uluslararası Diyabet Federasyonu
KB	: Kan Basıncı
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
KHBDÖ	: Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği
KKH	: Kronik Kalp Hastalığı
LADA	: Yetişkinlerde Latent Oyoümmin Diyabet
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
LDL	: Low Density Lipoprotein (Düşük Yoğunluklu Lipoprotein)
Maks	: Maksimum
Min	: Minimum
Mg	: Miligram
Mg/dl	: Miligram/desilitre
MmHg	: Milimetre Cıva
NCEP	: National Cholesterol Education Program (Ulusal Kolesterol Eğitim Programı)
NPH	: Orta Etkili İnsülin
OAD	: Oral Antidiyabetik

PACIC	: Patient Assessment of Chronic İllness Care (Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği- Orjinal İsmi)
SKB	: Sistolik Kan Basıncı
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi)
TURDEP-II	: Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Sıklığı Çalışması
UKPDS	: United Kingdom Prospective Diabetes Study (Birleşik Krallık Prospektif Diyabet Çalışması)
VLDL	: Very Low Density Lipoprotein (Çok Düşük Yoğunluklu Lipoprotein)
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

ÖZET

Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Ekibi Tarafından Verilen Bakımı Değerlendirmeleri

Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık ekibi tarafından verilen bakımı değerlendirmeleri ve kronik bakım yönetimlerini nasıl algıladıklarını belirlemek amacı ile yapılan bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir.

Araştırmanın evrenini Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Genel Dahiliye polikliniğinde ayaktan tedavi gören tüm hastalar oluşturmuştur. Örneklem, güç analizi kullanılarak hesaplanmış; kriterlere uyan, araştırmaya katılmayı kabul eden, hipertansiyon, diyabet ve kolesterol hastalıklarından en az birine sahip 217 hasta dahil edilmiştir. Araştırma verileri, Etik Kurul ve kurum izni alındıktan sonra, Kişisel Bilgi Formu ve Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (KHBDÖ) kullanılarak toplanmıştır. İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 20) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $57,84 \pm 11,70$ olarak bulunmuştur. Çoğunluğunu 64 yaş ve üzeri, kadın, evli, ekonomik durumu orta, ilkokul mezunu ve Hipertansiyonlu olan bireylerin oluşturduğu örneklem grubumuzun KHBDÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması $2,43 \pm 0,64$ olarak tespit edilmiştir. Var olan hastalıklarına göre memnuniyet puan ortalamaları sırasıyla; hipertansiyon hastalarının $2,45 \pm 0,65$, diyabet hastalarının $2,39 \pm 0,63$ ve Kolesterol hastalarının $2,43 \pm 0,60$ bulunmuştur. Alt ölçeklerin puan ortalamaları; Hasta Katılımı $2,45 \pm 1,14$, Karar Verme $2,97 \pm 0,95$, Amaç Belirleme $2,34 \pm 0,77$, Problem Çözme $2,51 \pm 0,76$, İzlem/Koordinasyon $2,14 \pm 0,77$ şeklindedir. KHBDÖ puan ortalaması ile cinsiyet, çalışma durumu, meslek, sosyal güvence, eşlik eden hastalığa ait tanı yılı, hastalıkla ilgili sağlık eğitimi alma durumu, düzenli doktor kontrolüne gitme durumu arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Sonuç olarak, KHBDÖ toplam ve alt boyut skorları incelendiğinde, skorlar kronik hastalık bakımının yeterli düzeyde olmadığını göstermektedir. Bu doğrultuda, hastaların öz-yönetimlerinin desteklenmesi, kronik hastalığa yönelik eğitim ya da sağlık programlarının düzenlenmesi, hemşirelerin eğitici rollerini daha aktif kullanmalarının sağlanması, bakım memnuniyeti ve hasta beklentileri doğrultusunda bakımın planlanması, ve hasta perspektifinden bakımı değerlendiren geniş çaplı araştırmaların yapılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Bakım, Hemşirelik, KHBDÖ, Kronik hastalık, PACIC

ABSTRACT

Individuals with Chronic Disease Assessment of Care Provided by the Health Team

This study, which is descriptive and cross-sectional in nature, aimed at identifying how individuals with chronic illness perceive health care assessments and chronic care management provided by the health care team.

Our research was carried out in Çukurova University Balcalı Hospital General Internal Medicine Outpatient clinic. The sample of study was calculated using power analysis. The participants of the study were 217 patients who with at least one hypertension, diabetes and cholesterol, met the inclusion criteria and agreed to participate in the study. Data were collected using the Personal Information Form and the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) after receiving permission from Ethics Committee and the institution. Statistical analyses were performed using SPSS (IBM SPSS Statistics 20) package program. Findings were interpreted using frequency tables and descriptive statistics.

Average age of the participants was found $57,84 \pm 11,70$. Majority of the participants were aged 64 and over, female, and married, had middle income, graduated from primary school, and had hypertension. Mean score for the patients' satisfaction about chronic care was $2,43 \pm 0,64$. According to the existing disease, satisfaction mean scores, respectively; patients with hypertension $2,45 \pm 0,65$, patients with diabetic $2,39 \pm 0,63$, patients with cholesterol $2,43 \pm 0,60$. Average scores on subscales were; patient activation $2,45 \pm 1,14$, decision support $2,97 \pm 0,95$, goal setting $2,34 \pm 0,77$, problem solving $2,51 \pm 0,76$, follow-up/coordination $2,14 \pm 0,77$. Significant relationships were identified between the mean score of satisfaction about chronic illness care and variables such as gender, working or not, occupation, social security, diagnosis year for an accompanying disease, and regular visits to the doctor ($p < 0,05$).

In conclusion, when PACIC total and subscale scores were examined, scores show that care of chronic disease is not adequate. In this regard, it is recommended that patients' self-management should be supported, training or health programs for chronic illnesses should be organized, the nurse's education role more active use should be provided, in the direction of care satisfaction and patient expectations care should be planned and more studies assessing care from the patient's perspective should be conducted.

Key Words: Care, Chronic Illness, Nursing, PACIC

1. GİRİŞ

Yaşam tarzındaki değişimler (1,2), geliştirilmiş tedavi yöntemleri, yaşlanan ve artan nüfus, fiziksel aktivitelerin azalması, kronik hastalıklılığı olan birey sayısında artışa neden olmaktadır (1). Kronik hastalıklar fizyolojik ve psikososyal yönden rahatsızlıklara neden olan, tamamen tedavi edilemeyen ve kesin bir iyileşme sağlanamayan, uzun süreli ve genellikle yavaş ilerleyen hastalıklar olarak tanımlanmaktadır (2,3,4).

Dünya Sağlık örgütünün raporuna göre; bulaşıcı olmayan hastalıklardan (BOH) kaynaklı ölümler, 2012 yılında dünya genelinde meydana gelen tüm ölümlerin % 68'ini ve erken ölümlerin %52'sini oluşturmaktadır. Erken ölümlerin dörtte üçü kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet ve kronik solunum yolu hastalıklarından kaynaklanmaktadır (5).

TÜİK'in 2015 yılı verisine göre de Türkiye'de ölüm nedenleri, dolaşım sistemi hastalıkları (%40.3), iyi/ kötü huylu tümörler (%20.0), solunum sistemi hastalıkları (%11.1), endokrin, beslenme, metabolik hastalıklar (%5.0) şeklinde sıralanmaktadır (6).

Yaşamın uzun bir dönemini kapsayan kronik hastalıklar sürekli tedavi, bakım ve rehabilitasyon gerektirmektedir (4,7). Bu nedenle kronik hastalıklar ile baş etme, ülke ekonomisine fayda sağlama açısından vazgeçilmez, öncelikli bir konudur. Kronik hastalıklarının önlenmesi ve yönetimi tüm sağlık ekibinin özellikle birinci basamakta çalışan hekimlerin, uzman hekimlerin ve hemşirelerin görevleri arasındadır (2). Hemşire, yaşam tarzı değişikliğinin, diyet uyumun ve düzenli fiziksel egzersizlerin sağlanması yönünde hastaları desteklemelidir (8,9).

Kronik hastalıklarda bakımın multidisipliner yaklaşımla hastaya özgü planlanması, hasta ve ailesinin eğitim ile güçlendirilmesi ve sürekli izlemin sağlanması önerilmektedir (2). Hasta-hekim ilişkisinin iyi olmasının yanında, diğer meslek gruplarının da kronik hastalıklara sahip olan bireylere sağlanan bakımın kalitesini belirlemede önemi büyüktür. Hemşireler, diyetisyenler ve diğer sağlık profesyonelleri kronik hastalık sürecinde bakımın devamlılığına önemli katkılar sağlayabilir ve hastaların öz-yönetimini olumlu yönde etkileyebilirler (10).

Hemşire, kronik hastalık bakımı sağlarken bireyin fiziksel, zihinsel, duygusal, sosyokültürel ve spiritüel yönden kendi kendine yapamadığı, hemşirenin yardımı

gerektiren gereksinimleri karşılamakta (11) ve sağlık bakımında bireylerin hastalıklarını yönetebilmeleri için yardımcı olmaktadır (12).

Yakın zamana kadar hemşire ve sağlık ekibinin diğer  yeleri bakım sürecinde baskın rolde olmayı tercih etmekteydi. Ancak günümüzde hastanın bakıma katılımlında aktif olması desteklenmektedir (13). Kronik bakımda hasta kendi bakımı konusunda ne kadar aktif, bilgili bir katılımcı olursa, bakım ekibi ve hasta arasındaki etkileşim aynı oranda verimli olacaktır (14). Hemşireler hasta ve bakım ekibi arasındaki işbirliğinin sürekliliğini ve organizasyonunu sağlamaktadır (15).

Hastaların, kendi tıbbi ve tedavi konularında bilgi alma (16,17) alınacak kararlara katılma, tercih hakkını kullanma (17) ve hastaneye yatışları dışında da sürekli izlem (18) altında olma beklentileri vardır.

Hastanın da sağlık ekibinin bir  yesi olarak düşünülmesi ile daha kaliteli bakımın sağlanacağı, hastanın bakım ve tedavi sürecine uyumunun kolaylaşacağı, hasta memnuniyetinin ve hemşirenin iş doyumunun artacağı düşünülmektedir (13).

Bu tez çalışması hastaların aldıkları bakımı nasıl değerlendirdikleri ve bakımı etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Sonuçta hasta-sağlık profesyoneli arasında ilişkinin güçlenmesi ve bilimsel araştırmalara katkı sağlanması hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Hastalıkların Tanımı ve Epidemiyolojisi

Kronik hastalıklar fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik yönden bireylerin sağlığını bozan, uzun süre tedavi ve bakım gerektiren hastalıklardır (4,19). Bir diğer tanıma göre kronik hastalıklar; tıbbi girişimlerle tedavi edilemeyen, hastalığın derecesini azaltmak ve öz bakımında bireyin işlevini ve sorumluluğunu daha iyi bir düzeye yükseltmek için periyodik izlem, destek ve bakım gerektiren durumlardır (8).

Kronik hastalıklara yol açabilecek bazı risk faktörleri şunlardır:

- Yetersiz fiziksel aktivite,
- Aşırı alkol tüketimi
- Aşırı tuz tüketimi sonucu kan basıncının yükselmesi
- Obezite
- Hiperglisemi ve hiperlipidemi
- Yoksulluk
- Sağlıksız ve yetersiz beslenme
- Hava kirliliği
- Tarım ilaçları gibi kanserojen maddelere maruz kalma
- Sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlı olması (1,3,19,20).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2012 yılına ait verilerinde dünya genelinde meydana gelen erken ölümlerin (70 yaş altı ölümler) yarısından fazlasının BOH nedenli olduğu (5) ve bu ölümlerin % 82'sinin dört ana BOH'dan (kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet) kaynaklandığı bildirilmektedir (5,20). Bulaşıcı hastalıktan dolayı yıllık ölümlerin azalacağı tahmin ediliyor olsa da, BOH'dan kaynaklı ölümlerin 2030'da 52 milyona yükseleceği tahmin edilmektedir (20).

Türkiye'de kronik hastalıklar ve risk faktörlerine yönelik prevalansların belirlenmesi ile bunların yaş, cinsiyet ve bölgelere göre dağılımlarının gösterilmesine yönelik "Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması" yapılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre Türkiye'de en sık görülen kronik hastalıkların başında

Hipertansiyon (HT) %24, Hiperlipidemi %12.5 ve Diyabet (DM) %11 gelmektedir (1). Bu doğrultuda; araştırma bu üç hastalıktan en az birine sahip bireyler ile yürütülmüştür.

2.1.1. Araştırma Kapsamına Alınan Kronik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımları

2.1.1.1. Hipertansiyon

Hipertansiyon, erişkinler için sistolik kan basıncının (SKB) 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının (DKB) 90 mmHg değerinin üstünde olması olarak tanımlanmaktadır (21,22,23,24). HT genetik, edinsel ve metabolik bozuklukların birlikte rol oynadığı bir sendromdur (21). 80 yaş ve üzeri bireylerde SKB 150 mmHg'ye kadar kabul edilebilir olarak bildirilmektedir (23).

HT'nin belirlenmesi ve tanının konulabilmesi için tıbbi öykü (Kan Basıncı (KB) ölçümü ve aile öyküsü dahil), fizik muayene, laboratuvar ve ileri tanı testleri gerekmektedir (24). KB'nin en az iki kez tam ve yanlışsız ölçülmesi önemlidir. KB ölçümünden en az onbeş dakika önce hastanın dinlenmesi sağlanmalı, 30 dakika önce sigara ve kafein tüketimi engellenmelidir. Ölçüm sırasında kişinin konuşmaması, rahat bir pozisyonda oturması KB ölçülecek kolun çıplak olması, kolun alttan desteklenmesi ve üst kolun orta noktasının kalple aynı seviyede olması sağlanmalıdır. Manşon kalp düzeyinde duracak şekilde sarılmalı ve steteskop altına konulmadan ölçüm yapılmalıdır (21,22,24)

2.1.1.1.1. Hipertansiyonun Patofizyolojisi

Normal koşullarda HT'ye neden olan tek bir etiyoloji ya da patofizyolojik mekanizma yoktur çünkü; sistemik KB'ını belirleyen, birbiriyle etkileşim içinde olan birden fazla faktör vardır (22,25). Bu faktörler ile Arteriyel KB'ı vücudun istemlerine göre fizyolojik sınırlarda alçalıp yükselir. KB'ını etkileyen kontrol sistemleri şunlardır (26):

- Baroreseptörler
- Otonom sinir sistemi
- Renin angiotensin sistemi
- Sıvı elektrolit dengesi

- Prostaglandinler
- Renal medulladan salgılanan alkil eter
- Kallikrein-kinin sistemi
- Atrial natriüretik peptitler
- Arginin –Vazopressin.

HT oluşumunda etkili olan patofizyolojik faktörler şunlardır; artmış sempatik sinir sistemi aktivitesi, aşırı sodyum tutulumu ve vazokonstriktör maddelerin üretimi, vazodilatör maddelerin yetersiz üretimi, renin üretimindeki dengesizlikler, diyetle sodyumun fazla ve potasyumun az alınması, obezite, DM, trigliserid düzeyinin yükselmesi, sigara ve alkol kullanımı. Edinsel ve çevresel etmenler dışında genetik yatkınlık da önemli bir etmendir (21,22,25).

2.1.1.1.2. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Normal kan basıncının belirlenmesi adına uzun süreli ve kitlesel araştırmalar yapılmıştır. Eski kılavuzlarda yer alan ve tek eşik değer olarak kabul edilen 140/90 mmHg değeri yeni kılavuz ve bildirilerde farklı hasta grupları ve eşlik eden hastalıklar dikkate alınarak değiştirilmiştir (24,26). Hipertansiyonun sınıflandırılması Resim 1’de gösterilmiştir.

	Sistolik KB (mm Hg)	ve	Diastolik KB (mm Hg)
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

Resim 1. Hipertansiyon Sınıflandırması (ESH/ESC 2013)

2.1.1.1.3. Hipertansiyon Tedavisi

Hastanın sadece risk grubu içerisinde olduğu ya da HT'nin dışında ek olarak riskli hastalıkların bulunmadığı ve tedaviye uyumlu hastalarda nonfarmakolojik yöntemlerin kan basıncının düşürülmesinde etkili olabileceği belirtilmektedir (9,27). HT tedavisinde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerin etkinliği klinik araştırmalarda kanıtlanmıştır (9). Bu yöntemler; kilo verme, sigarayı bırakma, kafein ve alkol alımının sınırlandırılması, fiziksel aktivitenin artırılması (9,21,23,24,27) gevşeme tekniklerinin (yoga, plates, hipnoz, meditasyon gibi) uygulanması, kan basıncını artıran ilaçların kesilmesi (22,27), hastaya güvence verme (27), beslenmenin düzenlenmesi gibidir (9,21,22,23,24,27).

Yaşam tarzı düzenlemeleri ile kontrol edilemeyen HT'de farmakolojik tedavisi ile hastaların normal yaşamlarını sürdürmeleri ve komplikasyonların önlenmesi sağlanabilmektedir. Farmakolojik tedavi regülasyon mekanizmasını bozan sebebe yönelik olmalıdır (26). Antihipertansif ilaç tedavisine başlamak hastanın sahip olduğu risk faktörleri ve komorbid durumlar dikkate alınmalıdır (23). Hedeflenen kan basıncı değeri sistolik/diastolik için 140/90 mmHg'nin altındadır (22,26). DM veya Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) hastalarında bu değer 130/80 mmHg'nin altında hedeflenir (26).

Tedaviye öncelikle tek ilaçla başlanması ve yeterli etki görüldüğü takdirde onunla devam edilmesi önerilmektedir. Antihipertansif ilaç tedavisinde beş grup ilaçtan [diüretikler, beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri ve anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB)] herhangi biri seçilebilir. Eğer hastalığa eşlik eden farklı hastalıklar nedeniyle başka bir ilaç kullanılması gerekmiyorsa tedaviye diüretik ile başlanması önerilmektedir. İstenen sonuç alınamazsa ilaç dozu kullanılabilecek maksimum doza çıkılır ya da 5 ilaç grubundan birinin/bir kaçının kombinasyonu şeklinde tedavi uygulanabilir. Bu kombinasyonlar: Diüretik + beta bloker, diüretik + ACE inhibitörü, diüretik + ARB ve ACE inhibitörü + kalsiyum kanak blokerleri (21,22,24,26). Tedavi sürekli olacağı için ekonomik boyutu önemsenmeli ve yan etkileri en az düzeyde olmalıdır (26).

2.1.1.1.4. Hipertansiyonda Hemşirelik Bakımı

Hemşireler, HT hastası ve sağlık bakım ekibi arasında iletişimi, hastaların eğitimini ve HT'nin yönetimini sağlamada önemli bir role sahiptirler. Bununla beraber kan basıncını ölçme, genel sağlık durumlarını takip etme, yaşam tarzı ve diyet değişikliği yapma konularında hastaların cesaretlenmesine ve desteklenmesine yardımcı olurlar (28).

HT hastalarının hemşirelik bakımında en önemli amaç; bireylerin hastalığa uyumunu artırmak, komplikasyonların önlenmesini sağlamak bu sayede yaşam kalitesini en üst düzeye taşımaktır (22,28,29).

Hemşireler hastaların yaşam tarzı değişikliği için; varsa sigaranın ve alkolün kısıtlanmasını, obezitenin engellenmesini, diyetle uyumun sağlanmasını, fiziksel egzersiz yapılmasını, stres ve anksiyeteden uzak durulmasını sağlamalıdır (22,28).

Hastanın evde kan basıncı ölçümünü yapabilmesi için eğitim verilmelidir. Ölçüm öncesi dikkat edilmesi gereken durumlar, ölçümün kaydedilmesi ve gerekli durumlarda sağlık profesyonellerinden yardım alması gerektiği anlatılmalıdır. İlaç kullanımının zamanında yapılması ve yan etkilerine yönelik bilinçli olunması vurgulanmalıdır (28,29).

2.1.1.2. Diabetes Mellitus

DM, insülin hormonunun yetersizliği, yokluğu veya eksikliği sonucu oluşan hiperglisemi (30, 31), glikozüri (30) ve buna eşlik eden birçok klinik ve laboratuvar bulgu ile seyreden, oluşturduğu komplikasyonlar nedeniyle organ ve işlev kayıplarına yol açarak, yaşam süresi ve kalitesini etkileyen, iş gücü kayıplarıyla ağır sosyal ve ekonomik yüke neden olan (30, 32), kronik bir metabolizma hastalığıdır (30, 31,32).

Dünyada giderek artmakta olan DM prevalansı yaş, cinsiyet, ırk, beslenme alışkanlıkları, genetik özellikler ve çevresel etkenlere bağlı olarak toplumdan topluma değişiklik göstermektedir. Dünyada 2007 yılında 246 milyon olan diyabetli birey sayısının 2025 yılında 380 milyon (33), 2035 yılında 592 milyon (20,34) olacağı tahmin edilmektedir.

Diyabet ölümlerinin % 80'den fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Yaşlanan nüfusla beraber, kentleşme ve değişen yaşam tarzları diğer kronik hastalıklarla birlikte diyabet epidemisini de hızla artırmaktadır (34,35,36).

Ülkemizde Satman ve ark. (2013) tarafından yapılan Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Sıklığı Çalışması (TURDEP-II) çalışma sonuçlarına göre 20 yaş ve üzeri yetişkinlerde diyabet görülme sıklığının %13.7 olduğu tespit edilmiştir (37). TURDEP-II çalışmasında kentsel ve kırsal diyabet sıklığı arasında çok anlamlı bir fark kalmadığı görülmüştür (30,37,38).

Diyabet, hastaların yaşam süresini kısaltabilen ve kalitesini azaltan (32,38) ciddi bir sağlık sorunudur. Diyabetin bireysel ve toplumsal yükünü azaltmak için erken dönemde tanınması, uygun şekilde bakım ve tedavinin sürdürülmesi çok önemlidir (38).

2.1.1.2.1. Diabetes Mellitusun Sınıflandırılması

Amerikan Diyabet Birliği (ADA), majör olarak Diyabeti 4 tip olarak sınıflamaktadır (39);

Tip 1 Diyabet: Vücutta pankreas tarafından insülin hormonunun üretiminin yetersiz ya da hiç olmaması sonucu gelişen, insüline bağımlı olan diyabet türü olarak tanımlanmaktadır (39). Tip I diyabete neden olan birçok etiyolojik faktör olduğu bildirilmektedir. Adacık doku kaybına bağlı nedenler içinde en önemlisi, otoimmün saldırı nedeniyle ortaya çıkan beta hasarıdır (39,40).

Genellikle çocuklarda ve genç erişkinlerde bulunur ve önceden çocukluk diyabeti olarak bilinirdi. Erişkin yaşta (genellikle 25 yaşından sonra) görülen tip I diyabet formu “Yetişkinlerde latent otoimmün diyabet” (LADA) olarak adlandırılmaktadır (38). Diyabetli kişilerin sadece % 5'i Tip 1 diyabetli olarak bilinmektedir (41).

Tip 2 Diyabet: İnsüline bağımlı olmayan (39,42), genetik yatkınlığın fazla olduğu (30), en sık rastlanan diyabet türüdür (30,39,42). Diyabet gelişme riski yaş, obezite ve fiziksel aktivite azlığı ile artmaktadır (39).

Tip 2 DM hastalarının izlem/koordinasyon yetersizliği sonucu (42) bir çok akut ya da kronik komplikasyon gelişebilmektedir (30,39,42). Bunlar arasında; diyabetik nöropati, diyabetik ayak, diyabetik retinopati, koroner arter hastalığı, iskemik kalp hastalığı, diyabetik nefropati, cinsel işlev bozukluğu, anksiyete, depresyon, hipoglisemi ve hiperglisemi bulunmaktadır (30,42).

Gestasyonel Diabetes Mellitus (GDM): Gebeliğin başlangıcı veya ilk kez fark edilmesi ile ortaya çıkan ve dünya çapında 25 gebelikten en az birini etkileyen glikoz

intoleransdır (36). Gebelik sonrası gestasyonel diyabete sahip kadınların %5-10'un da tip 2 Diyabet gelişir (39).

Pre-Diyabet: Kişinin kan glikoz değerlerinin normalin üzerinde olduğu fakat tanı koymak için yeteri kadar yüksek olmadığı durumlarda pre-diyabetten söz edilir. 23.6 milyon diyabetliye ek olarak 57 milyon Amerikalı pre-diyabete sahiptir (39).

2.1.1.2.2. Diabetes Mellitusun Risk Faktörleri

Diyabet riskinin arttığı durumlar şu şekilde sıralanabilir (30,38,39,43,44,45):

- Sedanter yaşam sürmek
- Obezite
- Ailede DM öyküsü
- Diyet alışkanlığı
- Fiziksel aktivite azlığı
- HT
- İri bebek doğurma ya da GDM öyküsü
- Dislipidemi (HDL-kolesterol <35 mg/dl ve/veya trigliserid >250 mg/dl)
- Polikistik over sendromu
- İnsülin direnci veya insülin eksikliğine yol açabilen başka bir hastalığı olan bireyler
- Vasküler hastalık öyküsü olan bireyler
- Şizofreni öyküsü bulunan kişiler
- Atipik antipsikotik ilaç kullanma

2.1.1.2.3. Diabetes Mellitusun Klinik Belirtileri

Genellikle tüm diyabet tiplerinde 3P denilen; poliüri, polidipsi ve polifaji görülür (30,43). Poliüri ve polidipsi ozmotik diürez yoluyla fazla sıvı kaybı ile ilgilidir. Polifaji ise insülin yetmezliği katabolizmaya neden olduğundan protein ve yağların yıkımı ile ilgilidir (43).

2.1.1.2.4. Tip 2 Diyabet Fizyopatolojisi ve Komplikasyonları

Tip 2 diyabet fizyopatolojisinde üç ana bozukluktan söz edilmektedir. Bunlar (30, 44,45);

1. Karaciğer, yağ ve kas dokusunda insülin etkisine karşı delişen periferel direnç,
2. Glikoz uyarısına karşı insülin sekresyonunun yetersiz olması
3. Karaciğer tarafından üretilen glikoz miktarında aşırı artış

Son yıllarda inkretin hormonların eksikliğinin yol açtığı glukagon yüksekliğinin de Tip 2 diyabet fizyopatolojisinde rol aldığı gösterilmiştir (46).

Diyabetli hastalarda akut ve kronik komplikasyon gelişme riski oldukça yüksektir (30,39). Akut komplikasyonlar; hipoglisemi, diyabetik ketoasidoz, hiperosmolar hiperglisemik non-ketonikkoma, laktik asidoz komasıdır (30,42,44,45). Akut komplikasyonlar hızlı ve ciddi prognozla seyreder. Bu komplikasyonlar farklı düzeylerde bilinç kaybına neden olduğu için “koma” olarak da adlandırılmaktadır. Diyabetin kronik komplikasyonları ise morbilite ve mortalite oranının artmasına ve ağır ekonomik yüke neden olmaktadır (30). Kronik Komplikasyonlar; diyabetik ayak sendromu, diyabetik nöropati, diyabetik nefropati, göz hastalıkları, kronik arter hastalıkları, iskemik kalp hastalıkları gibi farklı hastalıkları içermektedir (30,42,44,45).

2.1.1.2.5. Tip 2 Diyabette Tedavi

Günümüzde diyabetin tedavi ile tamamen ortadan kaldırılmasının mümkün olmadığı, ancak yaşam tarzı değişiklikleri ile Tip 2 diyabetin büyük ölçüde önüne geçilebileceği bildirilmektedir (33). Yaşam tarzı değişiklikleri; istenilen vücut ağırlığına ulaşmak için fazla kiloların verilmesi, beslenmenin düzenlenmesi ve fiziksel aktivitelerin artırılmasını kapsamaktadır (30,33,44). Bu değişikliklerin sağlanması ile hedeflenen glisemik değerlere ulaşmak için farmakolojik tedavi gereksiniminin azalacağı bildirilmektedir (44).

Beslenme değişikliği ve egzersiz programlarına rağmen kan glikoz düzeyi kontrol altına alınamazsa ilave olarak Oral Antidiyabetik (OAD) ilaçlar, gerekirse insülin tedavisi uygulanmaktadır (30,33).

2.1.1.2.5.1. Oral Antidiyabetik (OAD) Tedavi

OAD ilaçlar diyet ve egzersiz tedavisinin yetersiz kaldığı Tip 2 diyabetli bireylerde kullanılmaktadır. İnsülin salgılatıcı (sekretogog), insülin duyarlılaştırıcı (sensitizer) ve α -glukozidaz inhibitörleri olmak üzere üç grup OAD vardır (33). Uygun

OAD seçimi ile bireyin açlık kan şekeri ve HbA1c değerinin belirlenen glisemik hedefe yaklaşması sağlanmaktadır. Tek ilaç kullanılarak glisemik düzey için belirlenen hedeflere ulaşılamıyorsa kombine tedavilere geçilmektedir. Kombine tedavi ile de istenen glisemik hedeflere ulaşılamıyorsa insülin tedavisine başlaması gerekir (38).

2.1.1.2.5.2. İnsülin Tedavisi

İnsülin pankreasta langerhans adacıklarındaki beta hücrelerinden salgılanan bir hormondur (33,47). En önemli görevi enerji için kullanılan glikozun hücre içine transportu ile (30) kan glikoz düzeyini düşürmesidir (30,33).

İnsülin etki mekanizması (30):

- Glikozun hücre içine girişini sağlar.
- Glikojen depolanmasını artırır.
- Hepatik glikoz çıkışını baskılar.
- Yağ ve proteinlerin yıkımını inhibe eder.

İnsülinler etki sürelerine göre üç gruba ayrılmaktadır (30,47):

Hızlı etkili insülin: Enjeksiyon edildikten yaklaşık 15 dakika sonra kan dolaşımında yükselmeye başlar ve yaklaşık 1 saat içinde en yüksek seviyeye ulaşır. 2-4 saat kadar etki etmeye devam eder. Türleri: İnsülin glulisin, insülin lispro ve insülin aspart (47).

Normal ya da kısa etkili insülin: Genellikle, enjeksiyondan 30 dakika sonra kan dolaşımında yükselmeye başlar. Kandaki en üst düzeyine 2-3 saat sonra ulaşır ve yaklaşık 3-6 saat süre boyunca etkilidir (47).

Orta etkili insülin: Genel olarak 2-4 saat sonra kan dolaşımına ulaşır. Kandaki en üst düzeyine 4-12 saat sonra ulaşır ve yaklaşık 12-18 saat boyunca etkisini gösterir. Türleri: NPH (47).

Uzun etkili insülin: Enjeksiyondan sonra kan dolaşımına birkaç saat içinde ulaşır ve 24 saat boyunca oldukça eşit şekilde düşük glikoz düzeyi sağlama eğilimindedir. Türleri: İnsülin detemir ve insülin glargin (47).

İnsülinin diyabet tedavisinde çok büyük bir yeri olmakla birlikte istenmeyen komplikasyonları da fazladır. Bu komplikasyonlar; hipoglisemi, kilo artışı, masif

hepatomegali, ödem, anti-insülin antikorları ve alerji, lipoatrofi, lipohipertrofi, kanama, sızma ve ağrıdır (38).

2.1.1.2.6. Diyabette Hemşirelik Bakımı

Kronik diyabet yönetimi; beslenmenin düzenlenmesi, fiziksel aktivitenin artırılması, ilaç tedavisi (OAD, insülin), bireysel izlem ve diyabet eğitimi ve destek sağlama bileşenlerinden oluşmaktadır (48). Diyabetin tipi ya da etkili olan mekanizma farketmeksizin hastanın eğitimi (42,45), diyet ve egzersiz diyabet tedavisinin vazgeçilmez unsurlarıdır (45).

Hemşirelerin diyabetli hastanın bakımında, eğitiminde, desteklenmesinde ve hastaların kendi bakımlarında aktif rol almalarının sağlanmasında büyük rolleri bulunmaktadır (49,50). Hemşireler, eğitim ve motivasyon ile hastaların tedaviye bağlı deneyimlerini olumlu yönde etkilemekte, yaşam tarzı değişikliklerini sağlamakta, hastanın ihtiyaç ve beklentileri doğrultusunda tedaviyi desteklemektedir (50). Verilecek eğitim, hasta ve ailesini kapsamlı ve diyabete bağlı gelişen semptomların önlenmesi, anlaşılması ve tedavisi konularını içermelidir (42).

Kanıtı dayalı uygulamaların diyabetli hastanın bakımında ve hastalığın neden olduğu komplikasyonlara yönelik tedavide hemşireler tarafından kullanılmasının diyabetli bireylerin yaşam sürelerini uzatmada, yaşam kalitelerini artırmada katkı sağlayacağı düşünülmektedir (42).

2.1.1.3. Hiperlipidemi

Lipidler damar içerisinde basit veya kompleks şekilde bulunurlar. Serbest yağ asitleri ve kolesterol basit lipidler iken kolesterol ve gliserolün yağ asitleri ile esterleşmesi sonucu kolesterol esterleri, trigliseridler ve fosfolipidler gibi kompleks lipidler oluşur (51).

Hiperlipidemi; kanda bulunan kolesterol, trigliserid, düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL-kolesterol) gibi çeşitli yağların yüksekliğini ifade etmek için kullanılan bir terimdir. Bunların dışında faydalı kolesterol olarak değerlendirilen yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL-kolesterol) de mevcuttur (52).

Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışmasına göre; erkeklerde 45 yaşına kadar yüksek kolesterol görülme sıklığı kadınlara göre biraz daha fazla iken

45 yaşından sonra kadınlarda yüksek total kolesterol görülme sıklığı erkeklere göre çok daha fazladır (1).

Hiperlipidemi lipid metabolizmasının primer bozukluğu şeklinde veya sekonder bozukluklara bağlı olarak görülebilmektedir.

2.1.1.3.1. Primer Hiperlipidemi

Beraberinde farklı bir tıbbi sebep olmayıp lipoprotein metabolizmasındaki genetik bozukluklar sonucu ortaya çıkan lipid bozuklukları primer lipid bozuklukları olarak tanımlanmaktadır (53,54). Primer bozukluklar, tek başına hiperkolesterolemi, hipertrigliseridemi veya hiperkolesterolemi-hipertrigliseridemi kombinasyonu ve HDL kolesterol düşüklüğü şeklinde bulunabilmektedir (53).

2.1.1.3.2. Sekonder Hiperlipidemi

Organik/ metabolik hastalıklar, alışkanlıklar ya da ilaçlara bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Eşlik eden hastalıklar sonucunda sekonder lipid bozukluklarının belirlenmesi, altta yatan durumun düzeltilmesi sonucunda tedavi edilebilir olması açısından önemlidir (51,53,54). Resim 2’de sekonder hiperlipidemi nedenleri bulunmaktadır.

LDL kolesterolde artış	Trigliseridte artış	HDL kolesterolde azalma
Diabetes mellitus	Tiklopidin	Sistemik lupus eritematozus
Nefrotik sendrom	Alkolizm	Üremi
Tiyazidler	Pankreatit	Progestinler
Östrojenler	Cushing sendromu	Safra asidi reçineleri
Hipotiroidizm	Gebelik	Obstrüktif karaciğer hastalığı
Anoreksia nervosa	Obezite	Sigara
Oral kontraseptifler	Kronik Böbrek hastalığı	Hipertrigliseridemi
Beta blokerler	Bulimia	Menopoz
Anabolik steroidler	Sedanter yaşam	HIV enfeksiyonu

Resim 2. Sekonder hiperlipidemi nedenleri (Onat 2007, Kılıçarslan 2012, Temd 2015)

2.1.1.3.3. Hiperlipidemide Tedavi

Hiperlipidemi tedavisi yaşam tarzı değişiklikleri ve farmakolojik tedavi yöntemleri olarak gruplandırılmaktadır (54,55,56). Hiperlipidemi olgularına akut

pankreatit de eşlik ediyorsa tedaviye acilen başlanması gerekir. Bu durumlar dışında ise tedavinin aciliyeti yoktur (53).

2.1.1.3.3.1. Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Hiperlipidemi tedavisinin her aşamasında yaşam tarzı değişiklikleri en başta yer almaktadır (53). Beslenmenin düzenlenmesi yaşam tarzı değişikliklerinin önemli bir kısmını oluşturur (55,56). Amerika Birleşik Devletleri'nde 2002 yılında yayınlanan “Yetişkinlerde Yüksek Kan Kolesterolunun Tespiti, Değerlendirilmesi ve Tedavisi Üzerine Ulusal Kolesterol Eğitim Programı Uzman Paneli'nin Üçüncü Raporu” (NCEP ATP III), tedavi edici yaşam tarzı değişiklikleri içinde yer alan diyetle bulunan trans yağ asitleri de dahil olmak üzere doymuş yağların günlük kalorisinin %7'sini geçmemesini ve yemekle alınan günlük kolesterol miktarının 200 mg'ın altında tutulmasını önermektedir (57).

Beslenme düzenlenen hastalarda yüksek rafine şeker ve fruktoz tüketimi kısıtlanması, sıvı yağlar kullanılması, tam tahıl ve yüksek lifli gıdalar tüketilmesi sağlanmalıdır (55). Ayrıca akdeniz bölgesine özgü diyetlerin kalp hastalığı riskini azalttığı gösterilmiştir (51).

Yaşam tarzı değişiklikleri içerisinde beslenmenin yanı sıra egzersizin de lipoprotein metabolizması üzerine olumlu etkileri bulunmaktadır. Ayrıca egzersiz; düşük yağ içerikli diyetin lipid düzeyleri üzerine olumlu etkilerini artırır, dislipideminin damar duvarında yaptığı olumsuz etkileri azaltır ve endotel fonksiyonunu düzeltir (51,53).

Bu düzenlemelerin dışında sigara içen hastalarda sigara bıraktırılmalı, kilolu olgularda kilo verilmesi sağlanmalı, alkol kullanımı kısıtlanmalı özellikle trigliserid değerleri yüksek olan kişilerde alkol kullanımı engellenmelidir (55).

2.1.1.3.3.2. İlaç tedavisi

Hemen ilaç tedavisi başlanması önerilen durumlar (eşlik eden ikincil kronik hastalık varlığı gibi) dışında beslenme ve yaşam tarzı değişiklikleri ile yaklaşık 12 haftalık bir sürede hedeflenen değerlere ulaşılammışsa beslenme ve yaşam tarzı değişikliklerine ek olarak ilaç tedavisine başlanmaktadır. Tedavide asıl hedef LDL kolesterolün düşürülmesidir (53)

Lipid düşürücü ilaçlar temelinde primer hiperlipidemilerin tedavisinde kullanılmaktadır. Sekonder hiperlipidemilerde ise neden olan primer etkenin düzeltilmesi gerekmektedir (51,53).

Lipid düşürücü tedavide kullanılan ilaçlar beş alt başlıkta sıralanabilir (53,54,55,56):

- 3-hidroksi-3-metil-glutaril-KoA (HMGKoA) redüktaz inhibitörleri (statinler lovastatin, pravastatin, simvastatin, fluvastatin, atorvastatin, rosuvastatin)
- Safra asidi sekestranları (kolestramin, kolestipol, kolesevelam)
- Nikotinik asit preparatları (kristal, zamanlı salınım preparatları)
- Fibrik asit türevleri (fibratlargemfibrozil, fenofibrat, klofibrat)
- Selektif kolesterol emilimini engelleyen ajanlar (ezetimib)

İlaç seçimi ve tedavinin izlemi hastanın lipid profiline göre belirlenmelidir (51). Lipid düşürücü ilaçların ömür boyu kullanılması gerektiği ve maliyetin yüksek olması (51), ayrıca vücudun ilaçlara verdiği yanıtın (55) ve olası gelişebilecek yan etkilerin göz önüne alınması gerekmektedir (51,55).

2.1.1.3.4. Hiperlipidemide Hemşirelik Bakımı

Hiperlipideminin etkin şekilde yönetilmesi için yaşam şekli değişikliği ve ilaç uyumu (56) ile kan lipid düzeylerinin belirlenen aralıklarda olması sağlanmalıdır (58). Hastaya; sedanter yaşam tarzından kaçınma, sigarayı ve alkolü bırakma, diyetle doymuş yağ, şeker, un, prinç alımından kaçınılması, aşırı kiloların verilmesi konularında eğitim verilmelidir (58).

Değişimin gerçekleşmesi için hastalar ile sürekli iletişim halinde olunması, desteklenmesi ve davranış değişikliğinin sürekliliği için hastaların cesaretlendirilmesi gerekmektedir (56).

2.2. Kronik Hastalık Yüğü

Kronik hastalıklar; sağlık alanına yönelik bilginin ve gelişen teknolojinin alanda kullanımının artması sonucu çağımızda önemli ve büyük bir problem olmaktadır. Kronik hastalıklarda ölüm oranı yüksektir. Ayrıca; belirli bir bakım ve tedavi yükünü de beraberinde getirmektedir (59). Yük kavramı; bakım vericilerin üstlendiği bakımın neden olduğu fiziksel hastalıklar, psikososyal sorunlar, aile ilişkilerinde bozulma ile ekonomik problemler gibi olumsuz sonuçlar olarak tanımlanmaktadır (60).

Bakım veren kişiler bakımın neden olduğu olumsuz etkilerini yönetmekte başarısız olabilmekte ayrıca; suçluluk, öfke, sosyal yalıtım ve tükenmişlik gibi duygular yaşayabilmektedirler (60,61). Hastalığın şiddeti ile neden olduğu maliyet ve bakım yükü doğru orantılıdır (62).

Kronik hastalıkların, dünya genelinde öncelikli sağlık sorunu olarak birey ve ülke ekonomisine ciddi yansımaları vardır. Amerika’da en önemli yedi kronik hastalığın, ülke ekonomisine yıllık maliyetinin 1.3 trilyon dolar olduğu bildirilmektedir (63). Türkiye İstatistik kurumu tarafından yayınlanan, 2014 yılında gerçekleşen ölümlerin nedenlerine baktığımızda ilk üç sırada bulunan hastalıklara ilişkin sıralamanın 2015 yılında da değişmediği görülmektedir. Ölüm vakalarının 2014 yılında %40’ını oluşturan dolaşım sistemi hastalıkları 2015 yılında %40,3’ünü oluşturarak ilk sırada yerini almaktadır. İkinci sırada, 2014 yılında %20,4 oranında gerçekleşen iyi ve kötü huylu tümör ölümleri, 2015 yılında %20 olarak bildirilmektedir. Üçüncü sırayı solunum sistemi hastalıkları oluşturmaktadır (6) (Resim 3).

	2014		2015	
	Sayı	%	Sayı	%
Toplam	383 639	100.0	392 429	100.0
Dolaşım sistemi hastalıkları	153 646	40.0	157 965	40.3
İyi huylu ve kötü huylu tümörler	78 074	20.4	78 661	20.0
Solunum sistemi hastalıkları	40 638	10.6	43 566	11.1
Endokrin, beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıkları	19 424	5.1	19 728	5.0
Sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları	16 616	4.3	19 035	4.9
Dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler	20 160	5.3	17 696	4.5
Diğer (enfeksiyon ve parazit hastalıkları, mental ve davranışsal bozukluklar, kas-iskelet sistemi ve bağ dokusunun hastalıkları vb.)	55 081	14.4	55 778	14.2

Resim 3. Ölüm nedenlerinin dağılımı, 2014 - 2015 (6)

KOAH gibi günlük yaşam aktivitelerinde zorlanmaya ve oksijen uygulamasına ihtiyaç duymaya neden olan hastalıklarda bireyler bir bakım vericinin desteğine ihtiyaç duymaktadır. Bakım veren aile üyelerinin rutin sorumluluklarına bu nedenle yeni sorumluluklar da eklenmiş olur. Kronik hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin birçok fiziksel, psikososyal sorunlar yaşadıkları, sorumluluk almakta zorlandıkları ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği bilinmektedir (62). Bakım verenlerin rolü kültürel ve ekonomik şartların değişmesi sonucu zorlaşmıştır. Bireyler bakım veren haline gelmeyi seçemez veya planlayamazlar. Bu nedenle bakım verenin uyumu durum ortaya çıktıktan sonra gerçekleşmekte ve rolün seyri bakım gerektiren hastalığın seyri ile değişmektedir (61).

Hastalığın kronik oluşu ve sürekli bakıma ihtiyaç duyması ile bakım vericilerin yaşamındaki kişisel ihtiyaç ve taleplere bağlı karşılaştıkları sorunlar birleşince bakım veren yüküne yol açmaktadır. Bakım veren yükü, bakım sunarken yaşanabilen fiziksel, sosyal, psikolojik ya da ekonomik sorunları ifade etmekte kullanılmaktadır (60).

Bakım verme yükünün iki boyutu vardır: Nesnel ve Öznel yük. Nesnel yük, ev, iş, sosyal hayat veya ekonomik konularda hasta bakımı nedeniyle yaşanan değişiklikleri/sorunları ifade eder. Buna karşın öznel yük, bakım verenin hasta bakımında yerine getirilen görevlerle baş etmedeki öznel tepkileridir (64).

Literatürdeki çalışmalar, bakıcı yükünün yaşam kalitesinin azalmasıyla ilişkili olduğunu, bakım verenlerin sağlığı ve işleyişi üzerinde önemli bir etki yarattığını ve ailelerin sağlık hizmetlerinden ruhsal destek talep etiklerini göstermektedir (64). Uzun süren bakımın neden olduğu gerginlik hem bakım veren hem de hasta bireyin sağlığını olumsuz etkileyebilir. Bu olumsuz etkiler, kişiden kişiye hatta toplumdan topluma değişiklik göstermektedir. Ülkelerin sosyal destek sistemlerinin toplum üzerindeki etkinliği belirleyici etken olarak bildirilmektedir (60,61).

Bakım verenin yükünü azaltma konusunda bireyin yaşadığı problemleri tanılamak için veri toplama ve hastaya uygulanması planlanan bakım planında bakım verici ile diğer aile üyelerini de bütüncül şekilde ele almak hemşirenin sorumluluklarındandır (65). Hemşire, hastayla olduğu kadar bakım verici ile de

teröpatik ilişki kurmalı, gereksinimler doğrultusunda bakımını sürdürmelidir. Bununla beraber; bakım veren bireyler profesyonel hemşireler tarafından gerektiğinde destek gruplarına yönlendirilmeli, kendi fiziksel ve ruhsal sağlıklarını korumaları yönünde desteklenmelidirler (60). Ülkemizde sağlık bakım maliyet harcamalarının büyük bir kısmı kronik hastalık hizmetlerine harcanmaktadır. Sağlık harcamalarının, 2015 yılında %10,4 oranında artarak, 104 milyar 568 milyon TL'ye ulaştığı bildirilmektedir (66). Tedavi maliyeti yüksek olan (diyabet, kanser, kardiyovasküler hastalıklar ve kronik solunum yolu hastalıkları gibi) kronik hastalıklar özellikle yoksul ülkelerde hane bütçeleri üzerinde önemli bir yük yaratmaktadır. Çünkü bu ülkelerde sağlık bakım maliyetlerinin büyük çoğunluğu hastalar tarafından ödenmektedir (59,67).

Gittikçe büyüyen kronik hastalık yükü , insanların yaşamını ve sağlığını olumsuz etkilemekte ve ekonomik kalkınmayı tehdit etmektedir. Bu tür hastalıkların bakımında sık görülen ekonomik sorunlar şunlardır (59):

- Kronik hastalıklara yönelik sağlık hizmetlerinin parçalı sunumu
- Sağlık sisteminde sürekliliğin sağlanamaması
- Hastanın sağlık sistemlerine erişiminde yaşanan güçlükler
- Sağlık sisteminin etkisiz ve verimsiz olması
- Hasta güvenliğinde yaşanan sorunlar
- Sağlık hizmetlerinin pahalı olması
- Sağlık sisteminde bulunan koordinasyon eksikliği

Milli gelirin büyük kısmını tüketen sağlık harcamalarının azaltılması için kaliteli ve etkin hizmet sunumu ile verim elde etmenin yolları aranmalıdır (63). Örneğin; bütünleştirilmiş, niteliksel bir sağlık bakım sistemine temel hazırlayacak ulusal bir elektronik sağlık veri sistemi ile elde edilecek verilerin kronik hastalıklarla mücadelede olumlu ve yapıcı konularda kullanılmasının, ulusal sağlığımıza ve ekonomimize ciddi katkılar sağlayacağı bildirilmektedir (68).

Kronik hastalıkların sebep olduğu yük dikkate alındığında, kronik hastalıklardan korunma öncelikli olmalı ve buradan elde edilen fırsat maliyetinin, başka alanlarda kullanılması sağlanmalıdır (63).

2.3. Kronik Hastalıkların Yönetimi

Kronik hastalıklara bağlı ölümler; hastalığın neden olduğu komplikasyonlar ve hastalık yönetiminin etkin yapılamaması, planlanan hedeflere ulaşılamaması sonucu ortaya çıkmaktadır (69).

Kronik hastalıkların yönetimi; hastanın öz-yönetim becerisi kazanması için hastalığın tedavisinden daha fazlasını kapsar. Etkili bir hastalık yönetimiyle hastalık semptomlarının, acil birimlere başvuruların ve hastane yatışlarının azaltılması, hastalığın neden olduğu fizyolojik ve psikolojik sorunların giderilmesi, bağımlılığın önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması sağlanabilmektedir (12).

Kronik hastalık yönetiminde bütünleştirilmiş sağlık hizmetlerinin önemi büyüktür. Yüksek performanslı, sürdürülebilir bir sağlık hizmeti sunulması bütünleştirilmiş sağlık hizmetleri ile mümkündür. Bu yüzden hastalık merkezli modellerden hasta merkezli modellere geçmek gerekmektedir (68).

Bireyin kendi bakımında sorumluluk alıp bakımı sürdürmeleri oldukça önemlidir. Günümüzde kronik hastalıkların etkili yönetiminin kendi bakımına katılan, aktif bir hasta ile sağlanabileceği kabul görmektedir (69).

Kronik hastalık yönetimi için çeşitli modeller bulunmasına rağmen en iyi bilinen, en sık kullanılan ve etkinliği kabul edilen “Kronik Bakım Modelidir”. Kronik Bakım Modeli kronik hastalık yönetiminde toplumsal ve ekonomik yükün giderek artması sonucunda bakımın kalitesini artırmak ve maliyetini azaltmak adına ortaya çıkarılmış bir rehber olarak görülmektedir (70).

Wagner ve arkadaşları tarafından tanımlanan modelin anahtar noktası, deneyimli ve teorik donanıma sahip sağlık bakım ekibi ile kendi bakımıyla ilgili yetenek, motivasyon ve güvene sahip hasta arasında verimli bir etkileşimin olmasıdır (71). Modelin amacı; kronik hastalığı olan bireylerin günlük bakımını, akut ve tedavi edici bakım yerine, planlanmış toplum temelli bakıma dönüştürmektir. Model doğrultusunda hastalar rutin olarak tanılanır, bakıma aktif katılımları ve ayrıntılı olarak süreç hakkında bilgilendirilmeleri sağlanır, öz-yönetim için desteklenir. En uygun tedavi ve izlem planlanarak bakım sonuçlarında ve kalitesinde iyileşme; sonuç olarak hasta memnuniyetinde artış beklenir (70).

2.3.1. Kronik Hastalıkların Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Kronik hastalıklarının önlenmesi ve yönetimi başta aile hekimlerinin, alanında uzman hekimlerin ve hemşirelerin olmak üzere sağlık ekibinin tüm üyelerinin görevleri arasında bulunmaktadır (2).

Hasta merkezli kronik bakımın uygulanmasında ve hastaların desteklenmesinde anahtar konumundaki profesyonel hemşiredir (72). Kronik hastalıkların yönetiminde hemşirelerin rollerini şu şekilde sıralamaktadır (2,15,72,73)

- Uygun politikaların oluşturulmasını desteklemek,
- Hasta eğitimini ve bunun için gerekli teknolojilere erişimi sağlamak,
- Etkin sevk sisteminin ve temel sağlık hizmetlerine ilişkin standartların geliştirilmesinde aktif rol almak,
- Kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, endokrin sistem hastalıkları ve kronik solunum hastalıkları gibi sık görülen sağlık sorunlarının bakımına yönelik kanıta dayalı rehberleri ve standartları kullanmak,
- Meme ve serviks kanserleri, DM, HT ve diğer kardiyovasküler risk faktörlerinin erken tanısında maliyeti düşük, etkin yaklaşımların geliştirilmesinde aktif rol almak,
- Sağlık ekibinin tüm üyelerine ve hastalara yönelik eğitim ve uygulama becerilerinin geliştirilmesini içeren eğitim programları planlamak,
- Kronik hastalığı olan bireylerin öz-yönetimini desteklemek,
- Hasta ve sağlık bakım ekibi arasındaki işbirliğini ve iletişimin sürekliliğini organize etmek,
- Bakımdaki engellerin ortadan kaldırılması amacıyla sürdürülebilir sağlık harcamaları için stratejilerin geliştirilmesine destek olmak.

Kronik hastalık bakımında görev alan hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin bu nedenlerden dolayı verdikleri bakımı ve kronik hastalık yönetimi yeterliliğinin hastalar tarafından nasıl değerlendirildiğini belirlemeleri sonucunda bakımı yeniden yönlendirmeleri ve hastaları desteklemeleri gerekmektedir (15).

2.4. Hastaların Bakım Beklentileri

Hastaların beklentileri içerisinde; kendilerine hizmet veren sağlık kurumlarında personeli tanıma (74), sağlık profesyonellerinin güler yüzlü olması, hasta ve yakınlarına saygı ve nezaket göstermeleri, sorulan sorulara açık ve net yanıt vermeleri (75) kendi izinleri olmadan hiçbir tetkik ve tedavinin yapılmaması, hastanede kaldıkları süre boyunca ibadetlerini yapabilme (74), bakım hizmetlerine her zaman ve kolayca ulaşılabilmesi konuları yer almaktadır (75).

Üstünova ve Nahcivan'ın Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan hastalarla yaptıkları araştırmada kronik hastalıkları olan bireyler tedavi ve bakım süreçlerindeki kararlara katılımlarının olmadığını, buna rağmen bakımdan memnun kaldıklarını belirtmeleri, hastaların bakım sürecinde kararlara katılma beklentilerinin olmadığını düşündürmektedir. Bunun aksine; Bostan (2006) ve Karaca (2014), hastaların bakım alma sürecinde kendiyile ilgili yapılacak işlemlerde kararlara katılma ve tercih hakkını kullanma konularında beklentileri olduğunu bildirmektedir (17,74). Ayrıca; hastalar konfor ve güven içerisinde olmayı da beklemektedirler (17).

Üstünova ve Nahcivan'ın yaptığı araştırmada hastalığa ilişkin bilgi verilen hastaların bakım memnuniyeti, bilgi verilmeyenlere göre yüksek çıkmıştır (16). Hastalar tıbbi hizmetleri alırken, kendilerine her türlü konuda bilgi verilmesini istemektedir (16,17).

Dede ve ark.'ın farklı kronik hastalıkları olan bireylerle yaptığı araştırmada ise sürekli bir hekim tarafından izlenen ve birinci basamak sağlık kurumlarında düzenli olarak izlenen hastaların memnuniyet ortalamaları daha yüksek bulunması, hastaların sürekli izlem beklentilerini göstermektedir (18).

Hemşirelik girişimlerinin hastaların beklentilerine yönelik geliştirilmesi ve bunların uygulanan bakıma yansıtılması ile hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetin artırılmasına katkı sağlanacağı bildirilmektedir (76).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, kronik hastalığı olan bireylerin sağlık ekibi tarafından verilen bakımı değerlendirmeleri amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Adana il merkezinde bulunan Balcalı Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Genel Dahiliye Polikliniğine ayaktan tedavi için gelen hastalara uygulanmıştır. Poliklinik yakınında kullanılabilecek boş ve uygun bir oda olmadığından araştırma verileri polikliniğin içerisinde bulunan bekleme salonunda yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ç.Ü Balcalı Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Genel Dahiliye polikliniğinde ayaktan tedavi gören tüm hastalar oluşturmuştur.

Örneklem sayısı şu şekilde hesaplanmıştır:

Türkiye’de kronik hastalıkların görülme sıklığı incelendiğinde ilk üç sırada HT (%24), Yüksek LDL kolesterol (%12.5) ve DM (%11) bulunmaktadır (1). Bu sebeple araştırmanın belirlenen üç hastalıktan en az birine sahip bireylerle yürütülmüştür. Ç.Ü. Balcalı Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Genel Dahiliye Polikliniğinde Ocak-Şubat-Mart 2015 tarihlerinde ayaktan tedavi gören 1350 hasta’nın 284’ünde bu 3 kronik hastalıktan en az birisinin görüldüğü saptanmıştır. Veriler doğrultusunda güç analizi yapılarak, %80 üzeri güç ile örneklem büyüklüğü (N) için 215 tane hasta alınması belirlenmiştir [Evren için tahmin edilen varyans ($p=0,21037$ $q=0,78963$), güven düzeyine karşılık gelen tablo değeri ($t=1,96$), tolerans miktarı ($d=0,05$)].

3.3.1. Araştırmaya Alınma Ölçütleri

Örnekleme dahil edilme kriterleri şunlardır:

- 6 ay veya daha uzun süredir belirlenen kronik hastalıklardan (HT, DM, kolesterol) en az birine sahip olmak
- Araştırmaya katılmaya engel olacak herhangi bir işitme, görme ve zihinsel problemi bulunmamak
- Soruları yanıtlayabilecek bilişsel yeterliliğe sahip olmak
- 18 yaş ve üzerinde olmak

3.3.2. Araştırma Sonlandırma Ölçütleri

Katılımcının anket formları uygulanırken herhangi bir zamanda araştırmadan ayrılmak istemesidir.

Araştırma süresince 224 hastaya ulaşılmıştır. 3 hasta sorulan sorulardan hoşlanmadığını, 4 hasta soruların uzun sürdüğünü söyleyerek araştırmaya devam etmek istemediler. Değerlendirme toplam 217 hasta üzerinden yapılmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan, araştırmaya katılan bireylere özgü sosyodemografik özellikler ile kronik hastalığa yönelik Kişisel Bilgi Formu (Ek-I) ve Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu (KHBDÖ) (Ek-II) ile toplanmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim ve çalışma durumu gibi sosyodemografik özellikleri ve kronik hastalık tanısı, süresi, tanı yaşı, ilaç kullanımı, alternatif tıp yöntemi kullanıp kullanmadıkları, sağlık eğitimi alma ve düzenli kontrole gitme durumu, beslenme alışkanlıkları gibi hastalığa ait özelliklerini belirleyen açık ve kapalı uçlu olmak üzere 29 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu

Orjinal ismi Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) olan ölçek kronik bakım modeline dayalı olarak 2005 yılında Glasgow ve arkadaşları tarafından farklı kronik hastalıklar üzerinde çalışılarak geliştirilmiştir (77). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği ise 2011 yılında İncirkuş ve Nahcivan tarafından yapılmıştır (78).

Kronik hastalığı olan bireylere sunulan bakım ve hizmetlerin hastalar tarafından değerlendirilmesini sağlayan ölçek, beş alt boyuttan ve 20 maddeden oluşan bir araçtır. Hastalar tarafından bakımın değerlendirilmesini sağlayan, uygulanması kolay, kısa bir formdur. Ayrıca KHBDÖ'nün kronik hastalara sunulan bakımın kalitesi hakkında da bilgi verdiği belirtilmektedir (77,78,79).

KHBDÖ'nün alt boyutları; hasta katılımı (1-3. maddeler), karar verme desteği (4-6. maddeler), amaç belirleme/rehberlik (7-11. maddeler), problem çözme (12-15 maddeler) ve izlem/koordinasyondur (16-20. maddeler). Ölçeğin toplam puanı ve her bir alt boyutun ortalama puanı 5'li likert tipi bir derecelendirmeye ölçülür. Bunlar; 1=hiçbir zaman, 2=nadiren, 3=bazen, 4=çoğu zaman ve 5=her zaman'dır (min-max=1-5) (78).

KHBDÖ öz-yönetim desteği sağlamada çok gerekli olan unsurları değerlendirir. Planlı, proaktif, toplum temelli bakımda ve sağlık hizmetlerinin farklı alanlarında kullanılması için hazırlanmıştır (80). Bu anket kronik hastalığa sahip bireylerin

görüşlerine dayalı bakım kalitesini değerlendirmek için en iyi ölçek olarak kabul edilmektedir (10). Hastalar sağlık ekibi tarafından sağlanan kronik hastalık bakımını puanlar ve hayatlarına olan etkilerini tespit ederler (80). Ölçek puanındaki artış, kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin yüksek ve kronik hastalık yönetiminin etkili olduğunu gösterir (78).

Ölçeğin orijinal dildeki geçerlik ve güvenirlik çalışma sonuçlarına göre, Cronbach alfa katsayısı 0.93, alt ölçeklerin katsayısı ortalama 0.84'tür ($\alpha = 0.77-0.90$). Test tekrar-test korelasyon kat sayısı 0.58'dir (77). Ölçeğin Türkçe formunda yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmasının sonucunda, Cronbach alfa katsayısı tüm ölçekte 0.91 olarak bulunmuştur (78).

3.5. Ön Uygulama

Örneklem büyüklüğünün yaklaşık %5'i yani 10 hasta ile ön görüşme yapıp kişisel bilgi formunun anlaşılabilirliği değerlendirilmiştir. Soruların hastalar tarafından anlaşıldığı görüldüğü için formda herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Daha sonra veri toplamaya başlanmıştır. Kişisel bilgi formu ve ölçek yaklaşık 7-15 dk'da doldurulmaktadır.

3.6. Verilerin Toplanması

Hastalarla poliklinik içerisinde yer alan bekleme salonunda görüşülmüş ve veriler yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 20) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Örnek sayısı 30'dan büyük olan gruplar için "Kolmogorov Smirnov" test istatistiğine göre, örnek sayısı 30'dan küçük olan gruplar için "Shapiro-Wilk" test istatistiğine göre verilerin normal olup olmadığına bakılmıştır.

Normal dağılıma uygun olan ölçüm değerleri için parametrik olan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında "Independent Sample t" (t tablo değeri), bağımsız üç

veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “ANOVA” (F tablo değeri) yöntemi ve bunlara ait ikili karşılaştırmalar için “Tukey” ya da “Tamhane” testleri kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U Testi” (Z tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H Testi” (χ^2 tablo değeri) yöntemi ve bunlara ait ikili karşılaştırmalar için “Bonferroni Düzeltmesi” kullanılmıştır.

Ölçüm değerlerinin birbirleriyle ilişkisinin incelenmesinde ise Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yürütülmesi için gerekli olan Etik Kurul izni (EK 3) Çukurova Üniversitesi Etik Kurulundan ve Kurum İzni (EK 4) Ç.Ü. Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Başhekimliğinden alınmıştır.

Araştırmaya katılmak isteyen bireylerden yazılı bilgilendirilmiş onam (EK 5) alınmıştır. Okuryazar olmayan ya da imza atmak istemeyen katılımcılardan sözlü onam alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Örneklemi Tanıtıcı Bulgular

4.1.1. Sosyodemografik Özellikler

Çizelge 1’de örneklemi oluşturan hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların %69,6’sı kadın %30,4’ü erkektir

Çalışmaya dahil olan hastaların yaş ortalaması $57,84 \pm 11,70$ tür (min-max= 18-90). %33,1’inin 64 yaş ve üzeri yaş grubunda olduğu, %24,9’unun 50-56 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Örneklemenin %93,5’i evli ve %59’u ev hanımı olduğunu belirtmiştir. %12,4’ü herhangi bir işte çalıştığını ve bunlardan 17’si tam gün çalıştığını ifade etmiştir. Hastaların %96,8’inin sosyal güvencesi vardır.

Örneklemenin %91,2’si ekonomik durumlarının orta derecede olduğunu belirtmiştir. Hastaların %96,3’ü ailesiyle yaşamaktadır. Örneklemenin %26,3’ünün ilkokul mezunu olduğu, %23,5’inin okuryazar olmadığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların %73,3'ünün günlük ihtiyaçlarını kendisinin karşıladığı, %6,5'inin kendisinin karşılayamadığı ve %20,2'sinin kısmen kendi karşıladığı belirlenmiştir

Çizelge 1. Sosyodemografik Özelliklerin Yüzde Dağılımı

Değişken (N=217)	N	%
Yaş [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 57,84 \pm 11,70$]		
49 Yaş ve Altı	44	20,3
50-56 Yaş	54	24,9
57-63 Yaş	47	21,7
64 Yaş ve Üzeri	72	33,1
Cinsiyet		
Erkek	66	30,4
Kadın	151	69,6
Medeni Durum		
Evli	203	93,5
Bekar	14	6,5
Meslek		
Emekli	67	30,9
Ev Hanımı	128	59,0
Memur	11	5,1
Serbest Meslek	9	4,1
Öğrenci	2	0,9
Çalışma Durumu		
Evet	27	12,4
Hayır	190	87,6
Çalışma Şekli		
Tam Gün	17	63,0

Yarım Gün	5	18,5
Diğer (Haftanın belirli günleri)	5	18,5
Sosyal Güvence		
Var	210	96,8
Yok	7	3,2
Ekonomik Durum		
Kötü	6	2,8
Orta	198	91,2
İyi	13	6,0
Beraber Yaşanılan Kişi		
Yalnız	2	0,9
Aile	209	96,3
Diğer (Arkadaş-Akraba)	6	2,8
Eğitim Durumu		
Okuryazar Değil	51	23,5
Okuryazar	31	14,3
İlkokul	57	26,3
Ortaokul	16	7,4
Lise	34	15,6
Üniversite	28	12,9
Günlük İhtiyaçları Kendi Karşılama*		
Evet	159	73,3
Hayır	14	6,5
Kısmen	44	20,2

*Yardım alanların bakıcısı, çocuğu ve eşi tarafından yardım edildiği belirlenmiştir.

4.1.2. Hastalık ve Tedavi Özellikleri

Çalışmaya dahil olan hastaların hastalıklarına ilişkin özellikleri (Çizelge 2) incelendiğinde 158 hastanın (%72,8) hipertansiyon, 41 hastanın (%18,9) diyabet, 18 hastanın (%8,2) kolesterol hastalığına sahip olduğu belirlenmiştir. Bu kronik hastalıkları için %29'u tanı yılının 1 yıl+1 gün – 5 yıl olduğunu, %18,4'ü tanı yılının 17 yıl+1 gün ve daha uzun süre olduğunu belirtmiştir. %76,5'inin bu kronik hastalığına eşlik eden başka kronik hastalığa/hastalıklara da sahip olduğu saptanmıştır. %50,6'nın 1 kronik hastalık, %49,4'ünün 2 veya daha fazla kronik hastalığa sahip olduğu belirlenmiştir. Birden fazla kronik hastalığı olan hastaların %32,5'inde eşlik eden bu hastalığa tanı koyulan sürenin 5 yıl ve daha az olduğu, %24,1'inde eşlik eden bu hastalığa tanı koyulan sürenin 15 yıl+1 gün ve daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya dahil olan hastaların tedavilerine ilişkin özellikleri (Çizelge 3) incelendiğinde %65,6'nın kronik hastalık için kullandığı ilaçla ilgili bilgisi olduğu, %83,9'unun ilaçlarını düzenli kullandığı, %14,7'sinin tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullandığı saptanmıştır. Hastaların %87,6'ı sahip olduğu kronik hastalık/hastalıklar

nedeniyle son 1 yılda hiç hastaneye yatmadığını, %12,4'ü 1 kez veya birden fazla kez hastaneye yattığını, %82,5'inin ilaç tedavisine uyduğu, %74,7'inin ilaç kullanımı sırasında yardım almadığı belirtmiştir.

Çizelge 2. Hastaların Hastalıklarına İlişkin Özelliklerin Yüzde Dağılımı

Değişken (N=217)	N	%
Var olan Kronik Hastalık		
Hipertansiyon	158	72,8
Diyabetes Mellitus	41	18,9
Kolesterol	18	8,3
Kronik Hastalık Tanı Yılı		
1 Yıl ve Daha Az	36	16,6
1 Yıl+1 Gün - 5 Yıl	63	29,0
5 Yıl+1 Gün - 9 Yıl	27	12,4
9 Yıl+1 Gün - 13 Yıl	29	13,4
13 Yıl+1 Gün - 17 Yıl	22	10,2
17 Yıl+1 Gün ve Daha Fazla	40	18,4
Eşlik Eden Hastalık		
Evet	166	76,5
Hayır	51	23,5
Eşlik Eden Kronik Hastalık Sayısı		
1 Kronik Hastalık	84	50,6
2 veya Daha Fazla Hastalık	82	49,4
Eşlik Eden Hastalık Tanı Yılı		
5 Yıl ve Daha Az	54	32,5
5 Yıl+1 Gün - 10 Yıl	43	25,9
10 Yıl+1 Gün - 15 Yıl	29	17,5

15 Yıl+1 Gün ve Daha Fazla	40	24,1
----------------------------	----	------

Çizelge 3. Hastaların Tedavilerine İlişkin Özelliklerin Yüzde Dağılımı

Değişken (N=217)	N	%
Kullanılan İlaç Hakkında Bilgi Durumu		
Var	139	65,6
Yok	73	34,4
Düzenli İlaç Kullanım Durumu		
Evet	182	83,9
Hayır	35	16,1
Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Durumu*		
Evet	32	14,7
Hayır	185	85,3
Son 1 Yılda Hastaneye Yatış		
Hiç	190	87,6
1 Kez veya Daha Fazla	27	12,4
İlaç Tedavisine Uyma		
Evet	179	82,5
Hayır	38	17,5
İlaç Kullanım Sırasında Yardım Alma**		
Evet	55	25,3
Hayır	162	74,7

* Bitkisel Ürünler

**Yardım alanların bakıcısı, çocuğu ve eşi tarafından yardım edildiği belirlenmiştir.

4.1.3. Sağlık Eğitimi Alma ve Doktor Kontrolüne Gitme Özellikleri

Örnekleme oluşturan hastaların %53'ünün hastalıklarıyla ilgili sağlık eğitimi aldığı belirlenmiştir. Hastaların sağlık eğitimini nereden aldıkları incelendiğinde %42,4'ünün hekimden, %36,7'sinin kitle iletişim araçlarından eğitim aldığı belirlenmiştir. Sadece 17 hasta (%10.8) hemşireden eğitim aldığını belirtmiştir.

Örneklemin %78,3'ünün düzenli doktor kontrolüne gittiği ve bu hastalardan %34,7'sinin 3 ayda 1, %30,6'sının da ayda 1 kez doktor kontrolüne gittiği belirlenmiştir (Çizelge 4).

Çizelge 4. Hastaların Sağlık Eğitimine ve Doktor Kontrolüne İlişkin Özelliklerin Yüzde Dağılımı

Değişken (N=217)	N	%
Sağlık Eğitimi Alma Durumu		
Evet	115	53,0
Hayır	102	47,0

Eğitimin Alındığı Yer*		
Hekim	67	42,4
Hemşire	17	10,8
Kitle İletişim Araçları	58	36,7
Diğer (Aile bireyleri, Akraba)	16	10,1
Düzenli Doktor Kontrolüne Gitme		
Evet	170	78,3
Hayır	47	21,7
Doktor Kontrolüne Gitme Sıklığı		
Ayda 1	52	30,6
3 Ayda 1	59	34,7
6 Ayda 1	47	27,6
Yılda 1	12	7,1

*Soruya birden fazla cevap verdiği için “N” değişmiş ve yüzdeler bu “N” üzerinden hesaplanmıştır.

4.1.4. Beslenme ve Sigara/Alkol Kullanım Özellikleri

Hastaların %66,4’ünün diyetine uygun beslendiği, %60,9’unun beslenme alışkanlığının karışık (bitkisel+hayvansal) olduğu, %48,4’ünün günde 3 öğün besin tükettiği, %18,4’ünün düzensiz beslendiği belirlenmiştir.

Hastaların sigara ve alkol alışkanlıkları sorulduğunda; %14,7’i sigara kullandığını ve yaklaşık olarak günlük 1 paket sigara tükettiklerini ifade etmişlerdir. 2 hastanın (%0,9) alkol tükettiği belirlenmiştir (Çizelge 5).

Çizelge 5. Hastaların Beslenme ve Sigara/Alkol Kullanım Durumlarına ilişkin Özelliklerin Yüzde Dağılımı

Değişken (N=217)	N	%
Diyete Uygun Beslenme		
Evet	144	66,4
Hayır	73	33,6
Beslenme Alışkanlığı		
Sebze-Meyve (Bitkisel)	71	32,6
Hayvansal Gıda	14	6,5
Karışık	132	60,9
Günde Tüketilen Öğün Sayısı		

2 Öğün	28	12,9
3 Öğün	105	48,4
4 Öğün	16	7,4
3 Ana 3 Ara Öğün	28	12,9
Düzensiz	40	18,4
Sigara Kullanımı		
Evet → [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 0,98 \pm 0,52$]	32	14,7
Hayır	185	85,3
Alkol Kullanımı		
Evet	2	0,9
Hayır	215	99,1

4.2. KHBDÖ Madde Puan Ortalamaları ve Ölçek Maddelerine Verilen Yanıtların İncelenmesi

Bu araştırmada 217 hastaya ait elde edilen ölçüm puanlarıyla hesaplanan kronik hastalık bakımı değerlendirme ölçeği toplam puan ortalamasının $2,43 \pm 0,64$ olduğu belirlenmiştir. Ölçek toplam puanından alınan en düşük puanın 1,20; en yüksek puanın 3,35 olduğu tespit edilmiştir.

Alt boyut madde puan ortalamaları incelendiğinde ölçek puanları; Hasta Katılımı $2,45 \pm 1,14$, Karar Verme $2,97 \pm 0,95$, Amaç Belirleme $2,34 \pm 0,77$, Problem Çözme $2,51 \pm 0,76$, İzlem/Koordinasyon $2,14 \pm 0,77$ şeklindedir. En yüksek ortalamaya sahip alt boyutun “Karar Verme” olduğu, en düşük ortalamaya sahip alt boyutun “İzlem/Koordinasyon” olduğu belirlenmiştir (Çizelge 6).

Çizelge 6. Ölçeğin Alt Boyutlarına Ait Bilgilerin İncelenmesi

N=217		$\bar{X} \pm S.S.$	Min	Max
KHBDÖ toplam		2,43±0,64	1,20	3,35
KHBDÖ Alt Boyutları	Hasta Katılımı	2,45±1,14	1,00	5,00
	Karar Verme	2,97±0,95	1,00	5,00
	Amaç Belirleme	2,34±0,77	1,00	4,80

	Problem Çözme	2,51±0,76	1,00	4,75
	İzlem/Koordinasyon	2,14±0,77	1,00	4,60

Çizelge 7. Hastaların KHBDO'ye Verdikleri Yanıtların Yüzde Dağılımı

Son 6 ay içinde kronik hastalığımla ilgili bakım aldığımda ; Değişken (N=217)		Hiçbir Zaman N (%)	Nadiren N (%)	Bazen N (%)	Çoğu Zaman N (%)	Her Zaman N (%)
HASTA KATILIMI	1.Tedavi planım yapılırken görüşlerim alındı.	89 (40,9)	21 (9,7)	36 (16,6)	52 (24,0)	19 (8,8)
	2.Tedavim konusunda karar vermen için başka seçenekler sunuldu.	126 (58,2)	30 (13,8)	17 (7,8)	27 (12,4)	17 (7,8)
	3.İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi.	70 (32,2)	26 (12,0)	23 (10,6)	61 (28,1)	37(17,1)
KARAR VERME	4. Sağlığım için yapmam gerekenler yazılı olarak verildi.	103 (47,5)	22 (10,1)	50 (23,1)	27 (12,4)	15 (6,9)
	5.Bakımımın iyi düzenlenmiş olmasından memnun kaldım.	17 (7,8)	16 (7,4)	52 (24,0)	42 (19,3)	90 (41,5)
	6. Kendi bakımımı sağlamak için yaptığım şeylerin sağlığımı nasıl etkileyeceği açıklandı.	63 (29,2)	27 (12,4)	32 (14,7)	55 (25,3)	40(18,4)
AMAÇ BELİRLEME	7.Kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu.	99 (45,6)	42 (19,4)	29 (13,4)	27 (12,4)	20 (9,2)
	8.Beslenme ya da egzersiz yapma davranışlarımı geliştirmem için yardım edildi.	77 (35,5)	34 (15,7)	45 (20,7)	30 (13,8)	31(14,3)
	9.Tedavi planımın bir kopyası\örneği bana verildi.	46 (21,2)	14 (6,5)	47 (21,7)	45 (20,7)	42(19,4)
	10.Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edildim.	181 (83,4)	17 (7,8)	12 (5,5)	4 (1,8)	3 (1,5)
	11.Sağlık alışkanlıklarım ile ilgili sorular soruldu.	85 (39,2)	33 (15,2)	38 (17,5)	42 (19,4)	19 (8,7)
PROBLEM ÇÖZME	12. Doktorum ya da hemşiremin gerekli olan tedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim.	11 (5,1)	7 (3,2)	16 (7,4)	69 (31,8)	114 (52,5)
	13. Günlük yaşamımda uygulayabileceğim bir tedavi planı yapmam için yardım edildi.	96 (44,2)	41 (18,9)	42 (19,4)	31 (14,3)	7 (3,2)
	14. Zor zamanlarımda bile kendime bakabilmem için yapmam gerekenler konusunda yardım edildi.	124 (57,1)	42 (19,4)	23 (10,6)	18 (8,3)	9 (4,1)
	15. Hastalığımanın hayatımı nasıl etkilediği soruldu.	132 (60,8)	31 (14,3)	24 (11,1)	17 (7,8)	13(6,0)
İZLEME / KOORDİNASYON	16. Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı.	208 (95,9)	6 (2,8)	2 (0,9)	1 (0,4)	-
	17. Hastalığım konusunda bana yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya teşvik edildim.	191 (88,0)	16 (7,4)	7 (3,2)	3 (1,4)	-
	18. Diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacım olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirildim.	99 (45,6)	27 (12,4)	24 (11,1)	31 (14,3)	36(16,6)
	19. Diğer branşlardaki hekimlere gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı.	40 (18,4)	44 (20,3)	37 (17,1)	40 (18,4)	56(25,8)
	20. Diğer hekimlerle yaptığım görüşmeler konusunda sorular soruldu.	56 (25,8)	44 (20,3)	36 (16,6)	32 (14,7)	49(22,6)

Çalışmaya dahil edilen hastaların ölçek maddelerine verdikleri yanıtların sayı ve yüzde dağılımları Çizelge 7’de gösterilmiştir. Çizelge incelendiğinde; Hasta Katılımı alt boyutunda yer alan üç maddeye de katılımcıların çoğunluğu **hiçbir zaman** şeklinde yanıt vermişlerdir: “*Tedavi planım yapılırken görüşlerim alındı*” (%40.9); “*Tedavim konusunda karar vermem için başka seçenekler sunuldu*” (%58.2) ve “*İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi*” (%32.2).

Karar Verme alt boyutunda hastaların çoğunluğu “*Sağlığım için yapmam gerekenler yazılı olarak verildi*” (%47.5), “*Kendi bakımımı sağlamak için yaptığım şeylerin sağlığımı nasıl etkileyeceği açıklandı*” (%29.2) maddelerine **hiçbir zaman**; “*Bakımımın iyi düzenlenmiş olmasından memnun kaldım*” (%41.5) maddesine **her zaman** yanıtını vermişlerdir.

Amaç Belirleme alt boyutunda hastaların büyük çoğunluğu “*Kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu*” (%45.6), “*Beslenme ya da egzersiz yapma davranışlarımı geliştirmem için yardım edildi*” (%35.5), “*Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edildim*” (%83.4) ve “*Sağlık alışkanlıklarım ile ilgili sorular soruldu*” (%39.2) maddelerine **hiçbir zaman**; “*Tedavi planımın bir kopyası/örneği bana verildi*” (%21.7) maddesine **bazen** yanıtını vermişlerdir.

Problem Çözme alt boyutunda hastaların yarısından fazlası (%52.5) “*Doktorum ya da hemşiremin gerekli olan tedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim*” maddesine **her zaman** yanıtını vermişlerdir. “*Günlük yaşamımda uygulayabileceğim bir tedavi planı yapmam için yardım edildi*” (%44.2), “*Zor zamanlarımda bile kendime bakabilmem için yapmam gerekenler konusunda yardım edildi*” (%57.1) ve “*Hastalığımdan hayatımı nasıl etkilediği soruldu*” (%60.8) maddelerine **hiçbir zaman** yanıtını vermişlerdir.

İzlem/Koordinasyon boyutunda “*Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı*” (%95.9), “*Hastalığım konusunda bana yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya hiçbir zaman teşvik edildim*” (%88.0), “*Diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacım olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirildim*” (%45.6) ve “*Diğer hekimlerle yaptığım görüşmeler konusunda sorular soruldu*” (%25.8) maddelerine hastaların büyük çoğunluğu **hiçbir zaman** yanıtını vermişlerdir. Bunun

yanında “Diğer branşlardaki hekimlere gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı” (%25.8) maddesine **her zaman** yanıtını vermişlerdir.

Çizelge 8. Var Olan Hastalık Tanıları ile KHBDÖ’den Alınan Toplam Puan ve Alt Boyut Puan ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Değişken (N=217)	Var Olan Hastalık			İstatistiksel Analiz ve Olasılık
	HT	DM	Kolesterol	
N	158	41	18	
HASTA KATILIMI	2,3 [1,0-5,0]	2,0 [1,0-5,0]	2,5 [1,0-4,7]	$\chi^2=1,084$ p=0,582
KARAR VERME	3,0 [1,0-5,0]	3,0 [1,0-5,0]	2,8 [1,3-4,3]	$\chi^2=0,039$ p=0,981
AMAÇ BELİRLEME	2,3 [1,0-4,8]	2,2 [1,0-4,0]	2,2 [1,2-3,6]	$\chi^2=1,273$ p=0,529
PROBLEM ÇÖZME	2,5 [1,0-4,8]	2,3 [1,0-4,5]	2,5 [1,0-3,5]	$\chi^2=1,541$ p=0,463
İZLEM/ KOORDİNASYON	2,0 [1,0-4,6]	2,4 [1,0-3,6]	2,0 [1,0-4,0]	$\chi^2=2,054$ p=0,358
TOPLAM PUAN	2,45±0,65	2,39±0,63	2,43±0,60	F=1,068 p=0,370

Hastaların var olan hastalık ile KHBDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; Hastalarda var olan hastalık tanısına göre hasta katılımı, karar verme, amaç belirleme problem çözme, izlem/koordinasyon alt boyutları ve genel puan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür (Çizelge 8).

Hastaların KHBDÖ’ye verdikleri cevaplar doğrultusunda ölçeğin 5 alt boyutunun kendi aralarında ve toplam puan ile ilişkileri Çizelge 9’da ayrıntılı bir biçimde incelenmiştir.

Çizelge 9. Hastaların Ölçek Toplam Puan ve 5 Alt Boyut puan ilişkilerinin incelenmesi

KORELASYON	Hasta Katılımı	Karar Verme	Amaç Belirleme	Problem Çözme	İzlem/ Koordinasyon	Toplam Puan
HASTA KATILIMI	#	r=0,453 p=0,000	r=0,376 p=0,000	r=0,363 p=0,000	r=0,243 p=0,000	r=0,630 p=0,000
KARAR VERME	-	#	r=0,576 p=0,000	r=0,551 p=0,000	r=0,337 p=0,000	r=0,763 p=0,000
AMAÇ BELİRLEME	-	-	#	r=0,608 p=0,000	r=0,450 p=0,000	r=0,814 p=0,000
PROBLEM ÇÖZME	-	-	-	#	r=0,410 p=0,000	r=0,768 p=0,000
İZLEM/KOORDİNASYON	-	-	-	-	#	r=0,693 p=0,000
TOPLAM PUAN	-	-	-	-	-	#

Hasta katılımı ile karar verme ($r=0,453$; $p=0,000$), amaç belirleme ($r=0,376$; $p=0,000$) ve problem çözme ($r=0,363$; $p=0,000$) arasında zayıf derecede; izlem/koordinasyon ($r=0,243$; $p=0,000$) arasında çok zayıf derecede pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Hasta katılımı puanı arttıkça, karar verme, amaç belirleme, problem çözme ve izlem/koordinasyon alt boyutlarının puanı artacak; hasta katılımı puanı azaldıkça diğer alt boyutların puanları azalacaktır.

Karar verme ile amaç belirleme ($r=0,576$; $p=0,000$) ve problem çözme ($r=0,551$; $p=0,000$) arasında orta derecede, izlem/ koordinasyon ($r=0,337$; $p=0,000$) ile arasında zayıf derecede olmak üzere pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Karar verme puanı arttıkça, amaç belirleme, problem çözme ve izlem/koordinasyon puanı artacak; karar verme puanı azaldıkça, bu üç alt boyutun puanı da azalacaktır.

Amaç belirleme ile problem çözme ($r=0,608$; $p=0,000$) arasında orta derecede, amaç belirleme ile izlem/koordinasyon ($r=0,450$; $p=0,000$) arasında zayıf derecede, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Amaç belirleme puanı arttıkça, problem çözme ve izlem/koordinasyon puanı artacak; amaç belirleme puanı azaldıkça, problem çözme ve izlem/koordinasyon puanı azalacaktır.

Problem çözme ile izlem/koordinasyon arasında zayıf derecede, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,410$; $p=0,000$). Problem çözme

puanı arttıkça, izlem/koordinasyon puanı artacak; problem çözme puanı azaldıkça, izlem/koordinasyon puanı azalacaktır.

Ölçekte elde edilen toplam puanın alt boyut puanları ile ilişkisi incelendiğinde ise sonuçlar şu şekilde bulunmuştur:

- Hasta katılımı ile toplam puan arasında orta derecede, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,630$; $p=0,000$).
- Karar verme ile toplam puan arasında yüksek derecede, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,763$; $p=0,000$).
- Amaç belirleme ile toplam puan arasında yüksek derecede, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,814$; $p=0,000$).
- Problem çözme ile toplam puan arasında yüksek derecede, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,768$; $p=0,000$).
- İzlem/koordinasyon ile toplam puan arasında orta derecede, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,693$; $p=0,000$).

Çıkan bu sonuçlar; karar verme, amaç belirleme ve problem çözme alt boyutlarının hasta katılımı ve izlem/koordinasyon alt boyutlarına oranla hasta memnuniyetini daha fazla etkilediğini göstermektedir. Tüm alt boyutların puanları arttıkça, toplam puan artacak; karar verme puanı azaldıkça, toplam puan azalacaktır.

4.3. Örneklemen Özellikleri ile KHBDÖ Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması

Çalışmaya dahil olan hastaların cinsiyetlerine göre kronik hastalık bakımı değerlendirme ölçeğinden almış oldukları puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,553$; $p=0,011$). Erkeklerin bu ölçekten almış oldukları ortalama puan, kadınların ortalama puanından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ve erkeklerin kronik hastalık bakımından, kadınlara göre daha memnun olduğu belirlenmiştir.

Hastaların mesleklerine göre kronik hastalık bakımı değerlendirme ölçeğinden almış oldukları puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=8,536$; $p=0,035$). İstatistiksel olarak anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığının

tespiti için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucu emekli ve serbest meslekte çalışanlar ile ev hanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Emekli ve serbest meslekte çalışan hastaların kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeğinden almış olduğu puanlar, ev hanımlarının almış olduğu puanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ev hanımlarının kronik hastalık bakımından, emekli ve serbest meslekte çalışan hastalara göre daha az memnun olduğu görülmüştür.

Hastaların çalışma durumlarına göre kronik hastalık bakımı değerlendirme ölçeğinden almış oldukları puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-1,992$; $p=0,046$). Çalışanların bu ölçekten almış olduğu puanların, çalışmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışanların kronik hastalık bakımı açısından, çalışmayanlara göre daha memnun olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların sosyal güvenceye sahip olma durumuna göre kronik hastalık bakımı değerlendirme ölçeğinden almış oldukları puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,443$; $p=0,015$). Sosyal güvencesi olmayanların bu ölçekten almış olduğu puanların, sosyal güvencesi olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Sosyal güvencesi olmayan hastaların kronik hastalık bakımı açısından, sosyal güvencesi olanlara göre daha az memnun olduğu tespit edilmiştir.

Diğer değişkenlere göre kronik hastalık bakımı değerlendirme ölçeğinden almış oldukları puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$) (Çizelge 10).

Çizelge 10. Sosyodemografik Özelliklerin KHBDO Açısından İncelenmesi

Değişken (N=217)	N	KHBDO	İstatistiksel Analiz Olasılık
		$\bar{X} \pm S. S.$ ya da Median [Min-Max]	
Yaş			
49 Yaş ve Altı	44	2,48±0,67	F=0,746 p=0,526
50-56 Yaş	54	2,46±0,68	
57-63 Yaş	47	2,31±0,60	
64 Yaş ve Üzeri	72	2,47±0,62	
Cinsiyet			
Erkek	66	2,60 [1,20-4,0]	Z=-2,553 p=0,011
Kadın	151	2,35 [1,2-4,55]	
Medeni Durum			
Evli	203	2,35 [1,20-4,55]	Z=-1,259 p=0,208
Bekar	14	2,55 [1,20-3,95]	
Meslek			
Emekli ⁽¹⁾	67	2,60 [1,20-4,00]	$\chi^2=8,536$ p=0,035 “1,4-2”
Ev Hanımı ⁽²⁾	128	2,30 [1,30-3,95]	
Memur ⁽³⁾	11	2,50 [1,20-3,40]	
Serbest Meslek ⁽⁴⁾	9	2,70 [1,75-4,55]	
Çalışma Durumu			
Evet	27	2,65 [1,20-4,55]	Z=-1,992 p=0,046
Hayır	190	2,35 [1,20-4,00]	
Sosyal Güvence			
Var	210	2,40 [1,20-4,55]	Z=-2,443 p=0,015
Yok	7	1,90 [1,40-2,30]	
Ekonomik Durum			
Kötü	6	2,40 [1,7-3,1]	$\chi^2=0,917$ p=0,632
Orta	198	2,40 [1,2-4,0]	
İyi	13	2,7 [1,4-4,6]	
Beraber Yaşanılan Kişi			
Aile	209	2,40 [1,20-4,55]	Z=-0,400 p=0,690
Diğer (Arkadaş, Akraba)	6	2,35 [1,75-3,45]	
Eğitim Durumu			
Okuryazar Değil	51	2,35 [1,40-3,85]	$\chi^2=9,549$ p=0,089
Okuryazar	31	2,40 [1,60-3,95]	
İlkokul	57	2,45 [1,45-3,85]	
Ortaokul	16	2,28 [1,20-3,90]	
Lise	34	2,28 [1,40-4,00]	
Üniversite	28	2,83 [1,20-4,55]	
Günlük İhtiyaçları Kendi Karşılması			
Evet	159	2,40 [1,20-4,55]	$\chi^2=5,332$ p=0,070
Hayır	14	2,53 [1,45-3,10]	
Kısmen	44	2,15 [1,20-3,95]	

Çalışmaya dahil olan hastaların eşlik eden hastalıklara ait tanı yılı gruplarına göre kronik hastalık bakımı değerlendirme ölçeğinden almış oldukları puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=3,798$; $p=0,012$). İstatistiksel olarak anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için varyansların homojenliği incelenmiş ve varyansların homojen olmasından dolayı Tukey ikili karşılaştırmaları yapılmıştır. Eşlik eden hastalığı tanı süresi 10 yıl+1 gün-15 yıl olanlar ile 15 yıl+1 gün ve daha fazla süre olmuş olan hastaların almış oldukları ortalama puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Eşlik eden hastalığına 15 yıl+1 gün ve daha fazla süreyle tanı konmuş hastaların kronik hastalık bakımı değerlendirme ölçeğinden almış oldukları ortalama puan, eşlik eden hastalığına 10 yıl+1 gün-15 yıl süreyle tanı konmuş hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür. Eşlik eden hastalığına 15 yıl+1 gün ve daha fazla süreyle tanı konmuş hastaların kronik hastalık bakımı açısından, 10 yıl+1 gün-15 yıl süreyle tanı konmuş hastalara göre daha az memnun olduğu tespit edilmiştir(Çizelge 11).

Diğer değişkenlere göre kronik hastalık bakımı değerlendirme ölçeğinden almış oldukları puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$) (Çizelge 12).

Çizelge 11. Hastalığa İlişkin Özelliklerin KHBDO Açısından İncelenmesi

Değişken (N=217)	N	KHBDO	İstatistiksel Analiz Olasılık
		$\bar{X} \pm S.S.$ ya da Median [Min-Max]	
Var olan Kronik Hastalık			
Hipertansiyon	158	2,45±0,65	F=1,068 p=0,370
Diabetes Mellitus	41	2,39±0,63	
Kolesterol	18	2,43±0,60	
Kronik H. Tanı Yılı			
1 Yıl ve Daha Az	36	2,18 [1,20-3,80]	$\chi^2=4,507$ p=0,479
1 Yıl+1 Gün - 5 Yıl	63	2,50 [1,20-4,55]	
5 Yıl+1 Gün - 9 Yıl	27	2,30 [1,45-3,85]	
9 Yıl+1 Gün - 13 Yıl	29	2,45 [1,45-3,95]	
13 Yıl+1 Gün – 17 Yıl	22	2,30 [1,50-3,90]	
17 Yıl+1 Gün ve Daha Fazla	40	2,40 [1,40-4,00]	
Eşlik Eden Hastalık			
Evet	166	2,38 [1,20-4,55]	Z=-0,519 p=0,604
Hayır	51	2,45 [1,45-4,00]	
Eşlik Eden H. Sayısı			
1 Kronik Hastalık	84	2,39±0,64	t=-0,793 p=0,429
2 veya Daha Fazla Hastalık	82	2,47±0,66	
Eşlik Eden H. Tanı Yılı			
5 Yıl ve Daha Az ⁽¹⁾	54	2,42±0,63	F=3,798 p=0,012 “3-4”
5 Yıl+1 Gün - 10 Yıl ⁽²⁾	43	2,43±0,64	
10 Yıl+1 Gün - 15 Yıl ⁽³⁾	29	2,74±0,70	
15 Yıl+1 Gün ve Daha Fazla ⁽⁴⁾	40	2,20±0,59	

Çizelge 12. Tedaviye İlişkin Özelliklerin KHBDO Açısından İncelenmesi

Değişken (N=217)	N	KHBDO	İstatistiksel Analiz Olasılık
		$\bar{X} \pm S. S.$ ya da Median [Min-Max]	
Kullanılan İlaç Hakkında Bilgi Durumu			
Var	139	2,47±0,70	t=1,452
Yok	73	2,34±0,52	p=0,148
Düzenli İlaç Kullanım Durumu			
Evet	182	2,40 [1,40-4,55]	Z=-1,082
Hayır	35	2,25 [1,20-3,45]	p=0,279
Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı			
Evet	32	2,20 [1,45-4,00]	Z=-1,138
Hayır	185	2,40 [1,20-4,55]	p=0,255
Son 1 Yıl Hastane Yatış			
Hiç	190	2,35 [1,20-4,00]	Z=-1,178
1 Kez veya Daha Fazla	27	2,50 [1,45-4,55]	p=0,239
İlaç Tedavisine Uyma			
Evet	179	2,40 [1,40-4,55]	Z=-1,815
Hayır	38	2,18 [1,20-4,00]	p=0,070
İlaç Kullanım Sırasında Yardım Alma			
Evet	55	2,46±0,62	t=0,399
Hayır	162	2,42±0,64	p=0,690

Çalışmaya dahil olan hastaların kronik hastalıklarıyla ilgili sağlık eğitimi alma durumuna göre kronik hastalık bakımı değerlendirme ölçeğinden almış oldukları puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (t=4,864; p=0,000). Hastalıklarıyla ilgili sağlık eğitimi alanların bu ölçekten almış olduğu ortalama puanların, hastalıklarıyla ilgili sağlık eğitimi almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastalıklarıyla ilgili sağlık eğitimi alanların kronik hastalık bakımı açısından, eğitim almayana göre daha memnun olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların düzenli doktor kontrolüne gitme durumlarına göre kronik hastalık bakımı değerlendirme ölçeğinden almış oldukları puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (Z=-3,308; p=0,001). Düzenli olarak doktor kontrolüne giden hastaların bu ölçekten almış olduğu puanların, düzenli olarak doktor kontrolüne

gitmeyen hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Düzenli olarak doktor kontrolüne gidenlerin kronik hastalık bakımı açısından daha memnun olduğu görülmüştür(Çizelge 13).

Diğer değişkenlere göre kronik hastalık bakımı değerlendirme ölçeğinden almış oldukları puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$) (Çizelge 14).

Çizelge 13. Sağlık Eğitimine ve Doktor Kontrollüne İlişkin Özelliklerin KHBDÖ Açısından İncelenmesi

Değişken (n=217)	N	KHBDÖ	İstatistiksel Analiz* Olasılık
		$\bar{X} \pm S. S.$ ya da Median [Min-Max]	
Sağlık Eğitimi Alma Durumu			
Evet	115	2,62±0,67	t=4,864 p=0,000
Hayır	102	2,22±0,53	
Düzenli Doktor Kontrolü			
Evet	170	2,43 [1,40-4,55]	Z=-3,308 p=0,001
Hayır	47	2,10 [1,20-3,45]	
Kontrole Gitme Sıklığı			
Ayda 1	52	2,60 [1,45-4,00]	$\chi^2=1,903$ p=0,593
3 Ayda 1	59	2,35 [1,60-3,90]	
6 Ayda 1	47	2,40 [1,40-4,55]	
Yılda 1	12	2,33 [1,65-3,90]	

Çizelge 14. Beslenmeye ve Sigara kullanımına İlişkin Özelliklerin KHBDÖ Açısından İncelenmesi

Değişken (n=217)	N	KHBDÖ	İstatistiksel Analiz* Olasılık
		$\bar{X} \pm S. S.$ ya da Median [Min-Max]	
Diyete Uygun Beslenme			
Evet	144	2,43±0,66	t=0,008
Hayır	73	2,43±0,61	p=0,994
Beslenme Alışkanlığı			
Sebze-Meyve (Bitkisel)	71	2,35 [1,30-4,00]	$\chi^2=1,683$
Hayvansal Gıda	14	2,58 [1,60-3,45]	p=0,431
Karışık	132	2,35 [1,20-4,55]	
Günde Tüketilen Öğün			
2 Öğün	28	2,53 [1,50-4,55]	$\chi^2=5,615$ p=0,230
3 Öğün	105	2,30 [1,40-4,00]	
4 Öğün	16	2,33 [1,45-3,40]	
3 Ana 3 Ara Öğün	28	2,65 [1,20-3,90]	
Düzensiz	40	2,38 [1,30-3,45]	
Sigara Kullanımı			
Evet	32	2,68 [1,40-4,00]	Z=-1,059
Hayır	185	2,35 [1,20-4,55]	p=0,290

5. TARTIŞMA

İnsan ömrünün giderek uzaması ve yaşam tarzının değişmesi kronik hastalıkların da öneminin artmasına neden olmuştur. Geçmişten günümüze kronik hastalığı olan bireylere sağlanan bakımı değerlendiren çalışmalar yapılmış bu sayede hastalara uygulanan kronik hastalık bakımının iyileştirilmesi amaçlanmıştır. Hipertansiyon, diyabet ve yüksek kolesterol hastalıklarından en az birine sahip hastaları kapsayan çalışmamızda, hastaların kendilerine uygulanan bakımı değerlendirmeleri istenmiştir. Çalışmamız sonucunda bazı önemli bulgular elde edilmiştir.

Çoğunluğu 64 yaş ve üzeri (%33.1), kadın (%69.6), evli (%93.5), Ekonomik durumu orta (%91.2), ilkokul mezunu (%26.3) ve Hipertansiyon tanısı (%72.8) olan bireylerin oluşturduğu örneklem grubumuzun KHBDÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması $2,43 \pm 0,64$ olarak tespit edilmiştir. Başka bir deyişle kronik hastalığı olan bireyler aldıkları bakımdan hiçbir zaman ya da nadiren memnun kaldıklarını ifade etmişlerdir.

Literatür bilgileri incelendiğinde KHBDÖ'nün yurt dışında ve ülkemizde farklı kronik hastalıklarda kullanıldığı görülmektedir. Çalışmamızda hastaların var olan hastalığa göre memnuniyet puan ortalamaları sırasıyla; HT hastalarının $2,45 \pm 0,65$, DM hastalarının $2,39 \pm 0,63$ ve Kolesterol hastalarının $2,43 \pm 0,60$ bulunmuştur. Glasgow ve ark.'nın (77) ölçeği geliştirme çalışmasında farklı kronik hastalıklara sahip bireyler araştırmaya dahil edilmiş ve çalışmada memnuniyet puanları diyabetli hastalarda $2,83 \pm 1,0$; depresyon hastalarında $2,71 \pm 1,1$; artritli hastalarda $2,67 \pm 1,1$; ağrılı hastalarda $2,64 \pm 1,0$; hipertansiyon hastalarında $2,62 \pm 1,0$ ve astım hastalarında $2,40 \pm 1,0$ olarak bulunmuştur. Bu çalışmada gruplar arasında total puanda anlamlı bir fark görülmemiş yalnızca diyabetli hastalarda izlem/koordinasyon alt ölçek puanının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun nedeni diyabet hastalarının tedavi sonrasında daha sık takip edilmeleri ve bakım almaları olabilir (77). Çalışmamızda ise hastalarda var olan kronik hastalıklar ile KHBDÖ toplam puanı arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir. Amerika'da tip 2 DM'li 363 hastayı kapsayan çalışmada bakımdan memnuniyet puanı $3,2 \pm 0,9$ bulunmuştur (81).

Rosemann ve ark.'nın (82) Almanya'da yaptığı, osteoartrit ve buna eşlik eden kronik hastalıkları olan hastaların bakımı değerlendirdikleri çalışmada eşlik eden

hastalık tanısına göre memnuniyet puan ortalamaları DM’li hastalarda 2.73; koroner kalp hastalığı olanlarda 2.49; astım/KOAH hastalarında 2.44; HT hastalarında 2.43 ve depresyon hastalarında 2.26 olduğu saptanmıştır. Hollanda’da ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması KOAH veya DM hastalıklarından birine sahip hastalarla yapılmış, çalışma sonucunda kronik bakım memnuniyeti DM hastalarında 3.2 ± 1.0 ve KOAH hastalarında 2.3 ± 0.8 bulunmuştur (83). Görüldüğü gibi her iki çalışmada da DM’li hastalar kendilerine verilen bakımdan, hem araştırmalarda yer alan diğer kronik hastalığı olan bireylerden hem de bizim çalışmamızda yer alan diyabet hastalarından daha fazla memnun kalmışlardır (82,83). Yine Almanya’da depresyon hastalarına yönelik yapılan başka bir çalışma da ise hastaların kronik hastalık bakımından memnuniyet puan ortalaması 3.25 ± 0.79 bulunmuştur (84). Avrupanın beş farklı ülkesini kapsayan ve koroner kalp hastaları ile yapılan çalışmada genel KHBDÖ toplam puan 2.84 olarak tespit edilmiştir (85). Amerikada yapılmış, İspanyolca konuşan ve DM’li olan bireyleri kapsayan çalışmada ise KHBDÖ toplam puan ortalaması 3.17 ± 0.82 bulunmuştur (79).

Ülkemizde de bu konuda yapılan az sayıda araştırma mevcuttur. KHBDÖ’nün Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında en çok HT ve DM olmak üzere farklı kronik hastalığı olan bireyler yer almıştır. Araştırma sonucunda hastaların memnuniyet puan ortalaması 2.54 ± 0.94 bulunmuştur (86). 2013’te Kaya ve ark. (87) tarafından yapılan ve değişik kronik hastalıkları kapsayan çalışma sonucunda ise hastaların memnuniyet düzeyinin $2,44\pm0,74$ olduğu görülmüştür. Bu sonuç çalışmamız ile benzerdir (87). KOAH’lı hastalar ile yapılan bir araştırma sonucunda hastaların kronik hastalık bakım yönetimlerinden memnuniyet puan ortalaması (1.69 ± 0.37) diğer çalışmalara kıyasla düşük bulunmuştur (16). Üstünoğlu ve Nahcıvan, hastaların memnuniyetlerini düşüren nedenleri kurumsal olarak sağlık hizmetleri sunum planı, karar verme desteği ve izlem/koordinasyondaki yetersizliklerine; hasta katılımı, amaç belirleme ve problem çözme kapsayan, hastalardaki “öz-yönetim” desteğinin sağlanamamasına dayandırmaktadır (16). Hastaların %30’u kanser ve solunum sistemi hastalıklarına sahip olanlardan oluşan bir araştırmada kanser tanılı hastaların (2.67 ± 0.63) diğer gruplara göre KHBDÖ’den aldıkları puan daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca araştırma grubunun memnuniyetinin ortlaması 2.54 ± 0.5 olarak bulunmuştur (15). Yakın zamanda yapılan ve farklı kronik hastalıkları kapsayan bir başka çalışmada ise KHBDÖ toplam puan

ortalaması 2.81 bulunmuştur (18). Araştırmamız sonucunda elde ettiğimiz kronik bakım memnuniyet puanı literatür bilgilerini destekler niteliktedir (15,18,86,87).

Çalışmamızda alt ölçekler arasındaki sıralama en yüksekten düşüğe; karar verme (2,97±0,95), problem çözme (2,51±0,76), hasta katılımı (2,45±1,14), amaç belirleme (2,34±0,77) ve izlem/koordinasyon (2,14±0,77) şeklindedir. Çalışma verilerimize göre alt ölçek puan sıralaması, Türkiye’de yapılan iki çalışma (86,87), Amerika’da yapılan bir çalışma (88) sonuçları ile aynı çıkmıştır. Ayrıca; literatürde yer alan diğer çalışmalarla da sonuçlarımız benzerlik göstermektedir (14,77,79,82). Yapılan bir çok çalışmada en düşük puanı izlem/koordinasyon alt ölçeği almıştır (14,77,79,82,84,85,86,89,90). Bu sonuçlar kronik hastalık tedavilerinin planlanmasından sonra hastaların izlemlerine yönelik sağlık sistemindeki yetersizliğin hem ülkemizde hem de yurt dışında ne kadar fazla olduğunu göstermektedir. Ülkemizde yapılan, kanser hastalarını da kapsayan bir çalışmada bu verilerin aksine en düşük puanın hasta katılımı alt boyutunda olduğu bildirilmiştir (15).

Katılımcıların karar verme alt boyutundan en yüksek puanı aldıkları görülmektedir. Bu boyutta yer alan maddeler verilecek sağlık hizmetlerinin planlanması ve bu planlamada hastanın karar sürecine katılımını yansıtmaktadır (14). Verilen yanıtlar incelendiğinde; çoğunluk sağlıkları için yapmaları gerekenlerin yazılı olarak verilmediğini (%47.5) ve kendi bakımlarını sağlamak için yaptıkları şeylerin sağlıklarını nasıl etkileyeceğinin açıklanmadığını (%29.2) belirtmişlerdir. Alınan bu yanıtlardan tedavi ve bakım sürecine hasta katılımının sağlanmasında yetersiz kaldığımız anlaşılmaktadır. Buna rağmen bu boyutun diğer bir maddesinde yer alan ‘*Bakımımın iyi düzenlenmiş olmasından memnun kaldım.*’ ifadesine çoğunluğun (%41.5) ‘her zaman’ yanıtını vermesi kronik hastalık bakımında olması gereken uygulamalar konusunda bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu göstermektedir. Bulgularımız Üstünoğlu’nın (14) çalışma sonuçları ile benzer bulunmuştur.

Problem çözme alt boyutunda tedavi planı düzenlenirken yaşanabilecek engelleri ifade eden ‘*Günlük yaşamımda uygulayabileceğim bir tedavi planı için yardım edildi.*’, ‘*Zor zamanlarımda bile kendime bakabilmem için yapmam gerekenler konusunda yardım edildi.*’ ve ‘*Hastalığımdan hayatımı nasıl etkilediği soruldu.*’ maddeleri yer almaktadır (77). Hastaların çoğunluğu bu maddelerin yapılmadığını ifade etmişlerdir. Sağlık bakım ekibinin hasta ile engelleri aşma konusunda iş birliği yapmadığını

düşünebiliriz. Problem çözme alt boyutunda yer alan diğer bir maddede doktor ya da hemşirelerin gerekli olan tedaviyi önerirken hastanın değerlerini, inançlarını ve geleneklerini dikkate alıp almadığı sorgulanmaktadır. Katılımcıların %52.5'inin her zaman yanıtını vermeleri sağlık profesyonellerinin hastaya ve kültürel özelliklerine saygı duyduklarını göstermektedir. Ülkemizde yapılan başka çalışmalarda da sağlık ekibinin kültürel özellikleri dikkate aldığı görülmektedir (15,16).

Hastanın kendi bakımına katılmasının, iyilik halinin ve üretkenliğinin artmasına, daha kolay hedef belirlemesine ve kronik hastalığın neden olduğu stres ile baş etmesine yönelik etkisi güçlüdür. Hastanın tüm bakım ve tedavileriyle ilgili kararlara katılımı bakım politikalarının temelini oluşturmaktadır (15). Hasta katılımı alt boyutunda hastalar tüm maddelere katılmadıklarını ifade etmişlerdir. Başka bir ifade ile sağlık profesyonelleri tarafından hastaların tedavi planları yapılırken görüşleri alınmıyor, karar vermeleri için başka seçenekler sunulmuyor ve ilaç etkileşimleri ile ilgili sorun yaşıyıp yaşamadıkları sorgulanmıyor diyebiliriz.

Amaç belirleme boyutu hastaların kronik bakım süreci boyunca işbirlikçi hedefleri için bilgi edinmelerini içerir (77). İncirkuş'a göre (86) bu boyut öz-yönetim desteğini göstermektedir. Çalışmamızda bu alt boyutta alınan düşük puan çalışmaya katılan hastaların öz-yönetimlerinin düşük olduğunu ve bu konuda bakım sağlayıcılar tarafından desteklenmediklerini göstermektedir.

Kronik bakım modelinin tüm bileşenleri için önemli bir alt boyut olarak ifade edilen (77,86) izlem/koordinasyon boyutu literatürde yer alan bir çok çalışmada (14,77,79,82,85,86,87,88,89,90) olduğu gibi çalışmamızda da en düşük puanı almıştır. İzlem/koordinasyon; hasta bakımını koordine etmeyi, ilerlemeleri değerlendirmeyi, bakım sağlayıcılar ve hasta arasındaki iletişimini artırarak tedaviyi güçlendirmeyi sağlamaktadır (77). Kaya ve ark.'nın yaptıkları çalışmada izlem/koordinasyon puanının düşük olmasını çalışma merkezinin bir üniversite hastanesi aile hekimliği polikliniğinde yapılmasından kaynaklı olabileceğini, polikliniğin randevu takip sisteminin olmaması ve poliklinik hizmeti veren kişilerin sürekli değişiyor olmasının hastalara izlem/koordinasyon açısından yeterince desteklenmediklerini hissettirmiş olabileceğini ifade etmiştir (87).

Alt boyutların birbirleriyle ve toplam KHBDÖ puanı ile ilişkilerinin incelenmesinde istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar tespit edilmiştir. Toplam puanı

yüksek derecede, pozitif yönlü etkileyen alt boyutlar amaç belirleme ($r=0.814$), problem çözme ($r=0.768$) ve karar vermedir ($r=0.763$). İzlem/koordinasyon ($r=0.693$) ve hasta katılımı ($r=0.630$) alt boyutları toplam puanı orta derecede ve pozitif yönlü etkilemektedir. Diğer bir ifade ile kronik bakımı oluşturan herhangi bir alt boyut puanının artması hasta memnuniyetinin de artmasını sağlar. Literatürde alt boyutların birbirleriyle ve toplam puanla ilişkilerini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Hastaların sosyodemografik ve hastalık özellikleri ile bakım memnuniyetleri arasındaki ilişki incelendiğinde bazı önemli sonuçlar bulunmuştur. Literatürde yer alan bazı çalışmalarda yaş (15,77,86), cinsiyet (77), medeni durum (18,82), eğitim (15,16,86,88,89,91) ve çalışma durumu (86,91) ile KHBDÖ skorları için gruplar arasında anlamlı farklılık görülmüştür. Bu ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı çalışmalar da mevcuttur: yaş (16,79,81,82,84,87,91), cinsiyet (15,16,81,84,86), medeni durum (15,16,86), eğitim (77,79,81,84,87,90,92), çalışma durumu (16). Çalışmamızda da erkeklerin bayanlardan; emekli ve serbest meslekte çalışanların ev hanımlarından; herhangi bir işte çalışanların çalışmayanlardan; sosyal güvencesi olanların olmayanlardan daha memnun olduğu tespit edilmiştir. Bununla beraber yaş, medeni durum, ekonomik durum, beraber yaşanan kişi ile kronik bakım memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir.

Çalışmamızda eğitim durumu-bakım memnuniyeti arasında anlamlı fark bulunmasa da üniversite mezunları diğer gruplardan daha yüksek puan ortalaması almıştır. Kaya ve ark.'nın (87) çalışmasında aynı şekilde eğitim ve bakım memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış olmasına rağmen eğitim seviyesi orta okul ve üzeri olanların KHBDÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Bu durum, bakım algısının eğitim düzeyiyle ilişkili olduğunu düşündürdüğü gibi sağlık çalışanlarının eğitim düzeyi yüksek olanları kendi bakımlarına daha fazla katabildiklerini de düşündürebilir (87).

Hastalık bilgileri ve bakım memnuniyeti arasındaki ilişki incelendiğinde çalışmamızda eşlik eden hastalıklara ait tanı yılı grubu ile toplam puan arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Bu fark 10 yıl+1 gün- 15 yıl süreyle tanı konmuş hasta ile 15 yıl+ 1 gün ve daha fazla süre ile tanı konmuş hasta grupları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. Çalışmamızda kronik hastalık tanısı, tanı yılı, eşlik eden hastalık/hastalıklar, beslenme alışkanlıkları, sigara içme durumu, ilaç kullanımı,

kullanılan ilaç sayısı, ilaçları düzenli kullanma durumu, tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumu ile kronik bakım memnuniyeti arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Literatürde yer alan farklı çalışmalarda da hastalık özelliklerinin memnuniyet ile ilişkisi incelenmiştir. Rosemann ve ark. (82) ile İncirkuş (86) tarafından yapılan çalışmalarda hastalık süresi ile kronik bakım memnuniyeti arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bunun aksine Üstünova (14) tarafından KOAH'lı hastalar ile yapılan çalışmada hastalık süresi arttıkça hasta memnuniyetinin olumlu yönde arttığı bildirilmiştir. Eşlik eden hastalıklar ile bakım memnuniyeti arasındaki ilişkinin incelendiği Üstünova (14) ve İncirkuş (86)'un çalışmalarında, eşlik eden hastalık ile bakım memnuniyeti arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Ayrıca, Gensichen ve ark. (84) tarafından yapılan çalışmada da eşlik eden hastalık sayısının bakım memnuniyetini etkilemediği tespit edilmiştir. Çalışmamızda; eşlik eden hastalık sayısı açısından KHBDO puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmamıza katılan hastaların sağlık eğitimi alma durumları açısından KHBDO skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). sağlık eğitim alanların KHBDO skorları, eğitim almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Sağlık eğitimi alma açısından KHBDO puan ortalamasının değerlendirildiği İncirkuş'un (86) ve Üstünova'nın (14) çalışmalarında da benzer sonuçlar tespit edilmiştir. Bu iki çalışmada ortak olarak bilgi kaynağı hemşire olanların bakım memnuniyeti yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise sağlık eğitimi alanların bilgi kaynağı incelendiğinde %42.4'ü hekimden, %36.7'si kitle iletişim araçlarından, %10.8'i ise hemşireden eğitim aldığını ifade etmiştir. Çalışma sonuçlarımıza göre hemşirelerin sağlık eğitimi verme konusunda geri planda kaldığını ve hemşirelerin bu konuda daha aktif olmaları gerektiğini söyleyebiliriz.

Çalışmamızda düzenli doktor kontrolüne giden hastaların bakım memnuniyeti, düzenli doktor kontrolüne gitmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Ludt ve ark.'nın (85) yaptığı çalışmada da benzer şekilde doktora sık başvuranlar ile KHBDO puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Bunun aksine Kaya ve ark. (87)'in çalışmasında sık doktor ziyaretleri ile KHBDO puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

“Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık ekibi tarafından verilen bakımı değerlendirmeleri” adlı çalışmamıza kronik hastalığı olan 217 hasta katılmıştır. Hastaların kronik bakım memnuniyet ortalaması 2.43 ± 0.64 olarak belirlenmiştir. Alt ölçeklerin puan ortalamaları; Hasta Katılımı 2.45 ± 1.14 , Karar Verme 2.97 ± 0.95 , Amaç Belirleme 2.34 ± 0.77 , Problem Çözme 2.51 ± 0.76 , İzlem/Koordinasyon 2.14 ± 0.77 şeklindedir. Diğer çalışmalarla benzer şekilde en yüksek puan karar verme en düşük puan izlem/koordinasyon alt boyutundan alınmıştır.

Araştırmaya katılanların çoğunluğunu 64 yaş ve üzeri, kadın, evli, ekonomik durumu orta, ilkokul mezunu ve HT’li olan bireyler oluşturmaktadır. Kronik hastalık bakımından memnuniyet puan ortalamaları ile cinsiyet, çalışma durumu, meslek, sosyal güvence, eşlik eden hastalığa ait tanı yılı, hastalıkla ilgili sağlık eğitimi alma durumu, düzenli doktor kontrolüne gitme durumu arasında anlamlı sonuçlar tespit edilmiştir. Bu doğrultuda;

- Hastaların, kendi tedavi ve bakımı boyunca karar verme aşamasından itibaren her aşamada aktif rol almaları konusunda öz-yönetimlerinin desteklenmesi
- Aynı kronik hastalığa sahip kişilerden oluşturulmuş hasta grupları için var olan hastalığa yönelik eğitim ya da sağlık programlarının düzenlenmesi
- Hemşirelerin eğitici rollerini hasta bakımında daha aktif kullanmalarının sağlanması ve eğitim sisteminde holistik yaklaşıma önem verilmesi
- Bakım memnuniyetinin ve hasta beklentilerinin hemşireler tarafından değerlendirilmesi, bunun sonucunda bakımın yeniden planlanması
- Öncelikle hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin kronik hastalıklar ile ilgili güncel literatürü takip ederek bilgilerini güncel tutması
- Sağlık ekibi içerisinde hemşirelerin hasta bakımının koordinatörlüğünü üstlenmesi ekip içi iletişimi sağlaması ve güçlendirmesi
- Kronik hastalıklarda uygulanan bakımın geliştirilmesi adına hasta perspektifinden bakımı değerlendiren KHBDÖ’nün farklı alanlarda ve geniş çaplı araştırmalarda sağlık profesyonelleri tarafından kullanılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. **T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu.** Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 909, Ankara, **2013**.
2. **Durna Z.** Kronik Hastalıklar ve Önemi. Durna Z. ed. Kronik Hastalıklar ve Bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2012**; 1-8.
3. **Özcanarslan F.** Kronik hastalıkların önemi ve korunma. Ovayolu N., Ovayolu Ö., ed. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar. Adana, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, **2016**; 589-596.
4. **Türkmen E.** Kronik Hastalıklar ve Önemi. Durna Z. ed. Kronik Hastalıklar ve Bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2012**; 37-50.
5. **WHO.** World Health Statistics 2016: Monitoring Health for the SDGS, Sustainable Development Goals. World Health Organization, Geneva: **2016**.
6. **Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK).** Ölüm Nedeni İstatistikleri-2015. Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21526> Erişim Tarihi: 20.12.2016
7. **Koşar C., Besen Büyükkaya D.** Kronik Hastalıklarda Hasta Aktifliği: Kavram Analizi. *DEUHFED*, **2015**; 8 (1):45-51.
8. **Korkmaz M.** Kronik hastalıklarda kanıta dayalı uygulamalar. Ovayolu N, Ovayolu Ö. Ed. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, **2016**; 653-662.
9. **Sevinç S.** Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Yönetimi. Ovayolu N., Ovayolu Ö., ed. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar. Adana, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, **2016**; 184-243.
10. **Houle J, Authier M, et al.** Patients' experience of chronic illness care in a network of teaching settings. *Can Fam Physician*, **2012**; 58(73):1367-1373.
11. **Eğlence R.** Kronik Hastalıklar ve Spritüel Bakım. Ovayolu N., Ovayolu Ö., ed. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar. Adana, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, **2016**; 687-696.
12. **Haskett T.** Chronic İllness Management: Changing the System. *Home Health Care Management & Practice*, **2006**; 18(6):492-494.
13. **Kocaçal Güler E, Eser İ.** Hastanın Bakıma Katılımında Hemşirenin Rolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2008**; 3(9):103-117.
14. **Üstünova E.** Toplumda Yaşayan Koah'lı Hastaların Kronik Bakım Yönetimi ve İlişkili Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul: **2013**.
15. **Karabulutlu Yılmaz E, Atman R, Yağcı S,** Kronik Hastalığı Olan Bireylere Verilen Bakımın Değerlendirilmesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **2015**, 3(1):16-30.
16. **Üstünova E, Nahcivan N.** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Kronik Hastalık Yönetimine İlişkin Değerlendirmeleri ve İlişkili Faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **2015**; 23(1):11-22.

17. **Bostan S.** Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti Sunumu. *Sağlık Hakkı Dergisi*, **2006**; 1(1).
18. **Dede ve ark.** Kronik Hastalığı Nedeniyle Ayaktan İzlenen Hastaların Aldıkları Sağlık Hizmetlerinin Niteliğini Etkileyen Değişkenler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **2016**; 15(3):238-247
19. **Tel Aydın H.** Önemli Bir Sağlık Sorunu-Etkili Bir Yaklaşım: Kronik Hastalıklar-Sağlığı Geliştirme. *Sağlıkla Hemşirelik Dergisi*, **2013**; 6:12-14.
20. **WHO.** Global Status Report on Noncommunicable Diseases. World Health Organization, Geneva: **2014**
21. **Şenuzun F., Özer S.** Hipertansiyon ve Bakım. Durna Z. ed. Kronik Hastalıklar ve Bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2012**; 95-110.
22. **Badır A.** Hipertansiyon. Karadakovan A., Eti Aslan F. ed. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, **2014**; 549-562.
23. **Türk Kardiyoloji Derneği.** Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu, **2015**.
24. **Arteriyel hipertansiyon Klavuzu 2013 ESH/ESC.** [Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi](#). **2014**; [42\(4\)](#): 1-72.
25. **Babalık E.** Hipertansiyon Patofizyolojisi. *Klinik Gelişim*, **2005**; 18(2):25-32.
26. **Kumbasar D, Candemir B.** Sistemik Hipertansiyon. İliçin G, Biberoglu K, Süleymanlar G, Ünal S. ed. İç Hastalıkları, Güneş Tıp Kitabevleri, 2.cilt, **2012**; 359-379.
27. **Hauston MC.** Hipertansiyon El Kitabı. Altun A, Yetkin E, Sivri N, çev. ed. Akademisyen Kitabevi, **2013**; 61-86.
28. **Demirci Karakurt P., Kaya M.** Hipertansiyon ve Evde Bakım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2007**; 10(1): 97-104.
29. **Türk Kardiyoloji Derneği.** Kalp Yetersizliği Akut Koroner Sendromlar Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu. **2007**; 59-68.
30. **Olgun N., Eti Aslan F., Coşansu G., Çelik S.** Diabetes Mellitus. Karadakovan A., Eti Aslan F. ed. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, **2014**; 769-806.
31. **Vardar İnkaya B., Karadağ E.** Tip 2 Diyabetli Bireylerin Hastalıkları ve Tedavilerine Yönelik Tutumlarını Etkileyen Faktörler. **2011**; 3(1): 1-8.
32. **Aydın R., Oğuz S.** Diyabetli Hastaların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. **2010**; 2(1): 28-34.
33. **Diyabet Hemşireliği Derneği.** 2011 Diyabet Eğitimcileri İçin Diyabet Ajandası, **2011**.
34. **International Diabetes Federation:** IDF Diabetes Atlas. 6th edition, **2013**.
35. **T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.** Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2011-2014). Ankara, **2011**.
36. **Uluslararası Diyabet Liderler Zirvesi.** Türkiye’de ve Bölge Ülkelerinde Diyabet Sorunu. Türkiye: **2013** Erişim: <http://www.diabetcemiyeti.org/c/turkiye-de-ve-bolge-ulkelerinde-diyabet-sorunu> Erişim Tarihi: 19.12.2014

37. **Satman I, Yilmaz T, Sengul A, ve ark.** Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması (TURDEP-II). 2011 Erişim: http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf Erişim Tarihi: 10.12.2014
38. **Durna Z.** İç Hastalıkları Hemşireliği. Akademi Basın ve Yayıncılık, Kasım, **2013**.
39. **American Diabetes Association (ADA).** Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, **2010**; 33(1): 562-569.
40. **Karadakovan A, Eti Aslan F.** Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Akademisyen Tıp Kitapevi, Geliştirilmiş 3. Baskı, **2013**.
41. **American Diabetes Association (ADA).** Clinical Practice Recommendations. ADA Standarts Of Medical Care İn Diabetes. *Diabetes Care*, **2008**; 31(1):12-54.
42. **Terkeş N., Bektaş H.** Diyabetes Mellitus Hastalarında Komplikasyonları Önlemeye Yönelik Tedavi ve Hemşirelik Bakımı. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi*, **2012**; 4(1):50-64.
43. **Akdemir N, Birol L.** İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Genişletilmiş 2.Baskı, Sistem Ofset, Ankara: **2005**
44. **Kıyanççek Z., Dedeli Ö.** Yaşlı Bireylerde Diyabet ve Hemşirelik Yönetimi. Hemşirelik Bakımı. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi*, **2012**; 4(1):43-49.
45. **Samancıoğlu S.** Endokrin Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Yönetimi. Ovayolu N., Ovayolu Ö., ed. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar. Adana, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, **2016**; 311-348.
46. **Dinççağ N.** Diabetes Mellitus Tanı ve Tedavisinde Güncel Durum. *İç Hastalıkları Dergisi*, **2011**; 18(4):181-223. Erişim: http://www.ichastaliklaridergisi.org/managete/fu_folder/2011-04/html/2011-18-4-181-223.htm
47. **American Diabetes Association (ADA).** Insulin Basics. Erişim: <http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/treatment-and-care/medication/insulin/insulin-basics.html> Erişim Tarihi: 22.12.2014
48. **ADA.** Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, **2016**; 39(1):1-119.
49. **Aksu H., Yurtsev E.** Gebelik, Diyabet ve Hemşirelik Bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, **2009**; 50-58.
50. **Ovayolu N., Ovayolu Ö.** Diyabette Özyönetim ve Diyabet Hemşiresinin Etkileri. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi*, **2014**; 6(2):21-26.
51. **Onat A, ve ark.** Hiperlipidemi ve Ateroskleroz. Bristol-Myers Squibb, İstanbul: **2007**.
52. **Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED).** Diyabet ve Hiperlipidemi. Diabetes Mellitus Çalışma ve Eğitim Grubu Hasta Eğitim Kitapçıkları Serisi 11, İstanbul: **2011**.
53. **Kılıçarslan A., Öz ŞG.** Hiperlipidemiye Güncel Bakış. *İç Hastalıkları Dergisi*, **2012**; 19: 1-8.
54. **TEMED.** Lipid Metabolizma Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Ankara: **2015**.
55. **Ersoy Özyardımcı C., Ersoy A.** Dislipidemide Güncel Tanı ve Tedavi Yaklaşımları. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2013**; 39(3): 205-209.

56. **Sürücü HA.** Metabolik Hastalıklar ve Hemşirelik Yönetimi. Ovayolu N., Ovayolu Ö., ed. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar. Adana, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, **2016**; 525-542.
57. **National Institutes of Health**, National Cholesterol Education Program Expert Panel. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) Final Report. National Heart, Lung, and Blood Institute, **2002**; 02-5215.
58. **Harris H., Smith JC.** Caring for Patients with Metabolic Syndrome. *American Nurse Today*, **2014**; 9(4).
59. **Yeşil P.** Kronik hastalıkların ekonomik yükü. Ovayolu N, Ovayolu Ö. ed. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, **2016**; 645-653.
60. **Tanrıverdi G.** Bakım verenler açısından kronik hastalık yükü. Ovayolu N, Ovayolu Ö. ed. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, **2016**; 635-644.
61. **Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat A.Y.** Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yüğü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **2011**; 3(3):513-552.
62. **Dedeli Ö, ve Ark.** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yüğü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Solunum Hastalıkları*, **2015**; 25(3):1-6.
63. **Biçer EB.** Kronik Hastalıkların Ekonomik yükü. *Sağlıkla Hemşirelik Dergisi*, **2013**; 6: 15-18.
64. **Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J, Miranda-Castillo C.** Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. *Health Qual Life Outcomes*, **2009**; 7(84).
65. **Aktaş A.** İnmeli Hasta Yakınlarına Verilen Eğitimin Hasta ve Yakınının Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresif Belirti Düzeyi Üzerine Etkisi. Hemşirelik Programı Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul: **2010**.
66. **Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK).** Sağlık Harcamaları İstatistikleri- 2015. Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21527> Erişim Tarihi: 20.12.2016
67. **WHO.** World Health Statistics 2011 (pdf). World Health Organization, **2011**. Erişim: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf?ua=1
68. **Akalın E, Tanrıöver Durusu M, Sayan F.** Sürdürülebilir Sağlık Sistemi İçin Kronik Hastalık Yönetiminde Elektronik Sağlık Kayıtlarının Rolü. TUSİAD, İstanbul: **2012**.
69. **Koşar C, Besen D.** Kronik Hastalıklarda Hasta Aktifliği: Kavram Analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, **2015**; 8(1):45-51
70. **İncirkuş K, Nahcivan ÖN.** Kronik Hastalık Yönetimi İçin Bir Rehber: Kronik Bakım Modeli. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **2015**; 23(1):66-75.
71. **Wagner EH, Bennett SM, Austin BT, Greene SM, Schaefer JK.** Finding Common Ground: Patient-Centeredness and Evidence-Based Chronic Illness Care. *The Journal Of Alternative And Complementary Medicine*, **2005**; 11(1):7-15.
72. **International Council Of Nurses (ICN).** Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care. International Nurses Day, **2010**; 1-69.

73. **Watts SA, et al.** Nurse Practitioner-led Multidisciplinary Teams To Improve Chronic Illness Care: The Unique Strengths Of Nurse Practitioners Applied To shared Medical appointments/Group visits. *Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners*, **2009**; 21:167-172.
74. **Karaca Burçakoğlu Ş.** Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi ve Hasta Beklentileri Konusunda Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Aydın: **2014**.
75. **Geçkil E., Dündar Ö., Şahin T.** Adıyaman İl Merkezindeki Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, **2008**; 41-51.
76. **Cerit B.** Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **2016**; 27-36.
77. **Glasgow RE, Wagner EH, et. al.** Development and validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC). *Medical Care*, **2005b**; 43(5):436-444.
78. **İncirkuş K, Nahcivan N.** Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu'nun Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, **2011**; 4(1):102-109.
79. **Aragones 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):1-10.
80. **Maindal HT, Sokolowski I, Vedsted P.** Adaptation, Data Quality And Confirmatory Factor Analysis Of The Danish Version Of The PACIC Questionnaire. *European Journal of Public Health*, **2010**; 22(1):31-36.
81. **Glasgow RE, et al.** Use Of The Patient Assessment Of Chronic Illness Care (PACIC) With Diabetic Patients. *Diabetes Care*, **2005a**; 28, 2655-2661.
82. **Rosemann T, Laux MD, Droesemeyer S, Gensichen J, Szecsenyi J.** 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.
83. **Wensing M, et al.** 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).
84. **Gensichen J, et al.** The Patient Assessment Of Chronic Illness Care Questionnaire: Evaluation In Patients With Mental Disorders In Primary Care. *Community Ment Health Journal*, **2011**; 47:447-453.
85. **Ludt S, et al.** Identifying Factors Associated With Experiences Of Coronary Heart Disease Patients Receiving Structured Chronic Care And Counselling In European Primary Care. *BMC Health Services Research*, **2012**; 12(221).
86. **İncirkuş K.** Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Aracı'nın geçerlik ve güvenilirliği. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul: **2010**.
87. **Kaya Apaydın Ç, Akman M.** Kronik Hastalık Bakımının Hasta Perspektifinden Değerlendirilmesi. *Turkish Family Physician*, **2013**; 4(3).

88. **Jackson G, et al.** Racial/Ethnic And Educational-Level Differences In Diabetes Care Experiences In Primarycare. *Primary Care Diabetes*, **2008**; 2:39-44.
89. **Schmitt diel J, et al.** Patient Assessment Of Chronic Illness Care (PACIC) and Improved Patientcentered Outcomes For Chronic Conditions. *J Gen Intern Med*, **2007**; 23(1):77-80.
90. **Cramm JM, Nieboer AP.** Chronically Ill Patients' Self-Management Abilities To Maintain Overall Well-Being: What Is Needed To Take The Next Step In The Primary Care Setting?. *BMC Family Practice*, **2015**; 16, 123.
91. **Taggart J, et al.** PatientsAssessment of Chronic Illness Care (PACIC) in two Australian studies: structure and utility. *J Eval Clin Pract*, **2011**; 17(2):215-221.
92. **Randell RL, et al.** Patient Perception of Chronic Illness Care In A Large Inflammatory Bowel Disease Cohort. *Inflamm Bowel Dis.*, **2013**; 19:1428-1433.

EKLER

EK 1- Kişisel Bilgi Formu

1-Yaş:

2- Cinsiyet: ☐1. Erkek ☐2.Kadın

3- Medeni Durum: ☐1.Evli ☐2. Bekar

4- Mesleğiniz:

5-Halen para kazandıran bir işte çalışıyor musunuz? ☐ 1-Evet ☐ 2-Hayır

6-Çalışma şekliniz nedir? ☐1. Tam gün ☐2. Yarım gün ☐3. Diğer:.....

7- Sağlık Güvenceniz: ☐ 1. SGK ☐ 2. Yeşil kart ☐ 3.Özel sağlık sigortası

8- Maddi durum algısı: ☐1. Muhtaç durumdayım ☐ 2.Ancak geçinebiliyorum
☐3. Orta derecede iyi ☐4. İyi ☐5. Çok iyi

9- Kiminle yaşıyorsunuz? ☐1. Yalnız yaşıyorum ☐2.Ailemle ☐3. Diğer:.....

10- Eğitim Durumunuz: ☐1.okur-yazar değil ☐2.okur-yazar ☐3. İlkokul
☐4. Ortaokul ☐5. Lise ☐6. Üniversite

11- Şu anda hangi kronik hastalık tanısı ile hastaneye başvurduunuz?

12- Bu hastalık tanısını ne zaman aldınız?

13-Hastalığınıza eşlik eden başka bir kronik hastalığınız/hastalıklarınız var mı?

☐ 1-Evet ☐ 2-Hayır

Cevabınız “Evet” ise hastalığınızı ve ne zaman tanı konulduğunu yazınız.

.....
.....

14- Kronik hastalığınız için sürekli kullandığınız ilaçlar nelerdir?

.....
.....

15- İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz? ☐1. Evet ☐2. Hayır

Cevabınız hayır ise nedeni :

16-Hastalığınız ile ilgili kullandığınız herhangi bir alternatif tıp yöntemi var mı?

☐1. Evet ☐2. Hayır

Cevabınız evet ise kullandığınız yöntemi yazınız :

17- Kronik hastalığınız ya da komplikasyonları nedeniyle son bir yılda kaç kez hastaneye yattınız?.....kez

18- Yatış nedeniniz nedir ?

19- Hastalığınız ile ilgili hiç sağlık eğitimi\bilgilendirme eğitimi aldınız mı?

☐1. Evet ☐2. Hayır

Cevabınız “Evet” ise hastalıkla ilgili eğitim\bilgiyi nereden aldınız? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

☐Hekim ☐Hemşire ☐Gazete ☐Tv ☐İnternet ☐Diğer (belirtiniz).....

20- Düzenli doktor kontrolüne gidebiliyor musunuz?

☐1. Evet ☐2. Hayır

Cevabınız Evet ise ne sıklıkla :

☐1. Ayda bir ☐2. 3 ayda bir ☐3. 6 ayda bir ☐4. Yılda bir

Cevabınız Hayır ise gidememe nedeniniz :

21- Diyetinize uygun beslenebiliyor musunuz? ☐1. Evet ☐2. Hayır

22-Beslenme alışkanlığınız ne ağırlıklı?

☐1. Sebze- meyve (bitkisel) ☐2. Hayvansal gıda ☐3. Karışık

23- Günde kaç öğün besin alıyorsunuz?

☐1. 2 öğün ☐2. 3 öğün ☐3. 4 öğün ☐4. 3 ana 3 ara öğün ☐5. düzensiz

24-Sigara kullanıyor musunuz?

☐1. Evet ☐2. Hayır

Evet ise günde kaç tane içiyorsunuz adet/paket/yıl

25- Alkol kullanıyor musunuz? ☐1. Evet ☐2. Hayır

Evet ise ne sıklıkla alkol kullanıyorsunuz?

26. İlaç tedavisine uyuyor musunuz? ☐1. Evet ☐2. Hayır

27- İlaç kullanırken yardım alıyor musunuz? ☐1. Evet ☐2. Hayır

Evet ise kimden yardım alıyorsunuz?

28- Günlük ihtiyaçlarınızı tek başınıza karşılayabiliyor musunuz?

☐1. Evet ☐2. Hayır ☐3.Kısmen

29- Eklemek istediğiniz bir şey var mı?

EK 2-Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği- Hasta Formu (KHBDÖ)

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. Bize verdiğiniz bilgiler gizli tutulacak ve doktorunuz, hastaneniz, kliniğiniz veya diğer sağlık görevlileri ile paylaşılmayacaktır.

Lütfen aşağıda yer alan her bir ifadeyi dikkatlice okuyarak, **son 6 ay içinde hastalığınız ile ilgili aldığınız bakımı değerlendiriniz**. Bakımınızla ilgili olan ifadeleri 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.

Son 6 ay içinde kronik hastalığınızla ilgili bakım aldığınızda;	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Tedavi planım yapılırken görüşlerim alındı.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Tedavim konusunda karar vermem için başka seçenekler sunuldu.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Sağlığım için yapmam gerekenler yazılı olarak verildi.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Bakımımın iyi düzenlenmiş olmasından memnun kaldım.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Kendi bakımı sağlamak için yaptığım şeylerin sağlığımı nasıl etkileyeceği açıklandı.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. Beslenme ya da egzersiz yapma davranışlarımı geliştirmem için yardım edildi.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. Tedavi planımın bir kopyası\örneği bana verildi.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edildim.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Sağlık alışkanlıklarım ile ilgili sorular soruldu.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
12. Doktorum ya da hemşiremin gerekli olan tedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

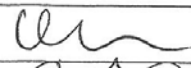
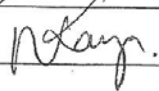
13. Günlük yaşamımda uygulayabileceğim bir tedavi planı yapmam için yardım edildi.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14. Zor zamanlarımda bile kendime bakabilmem için yapmam gerekenler konusunda yardım edildi.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
15. Hastalığımın hayatımı nasıl etkilediği soruldu.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
16. Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
17. Hastalığım konusunda bana yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya teşvik edildim.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
18. Diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacım olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirildim.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
19. Diğer branşlardaki hekimlere gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
20. Diğer hekimlerle yaptığım görüşmeler konusunda sorular soruldu.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

EK 3-Etik Kurul Kararı

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı	Tarih
50	5 Şubat 2016

KARAR NO 19- Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde, Öğr. Gör. Dr. Gülşah Tanrıverdi yönetiminde, Selva Ezgi Aşkar tarafından yürütülmesi öngörülen, "Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Ekibi Tarafından Verilen Bakımı Değerlendirmeleri" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Doç Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Mehmet Kanadaş Kardiyoloji Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Doç Dr Suat Gezer Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

EK 4-Ç.Ü. Balcalı Hastanesi Kurum İzni

Tarih ve Sayı: 24/02/2016-E.28630



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
Balcalı Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 45868485-044/
Konu : Selva Ezgi AŞGAR'ın Tez Çalışması
Hk.

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 24/02/2016 tarihli, 28283 sayılı ve "Selva Ezgi AŞGAR'ın Tez Çalışması Hk." konulu yazı,

Fakülteniz Hemşirelik Bölümü Öğretim Görevlisi Dr. Gülşah TANRIVERDİ'nin Danışmanı Olduğu 2014921007 no'lu Öğrencisi Selvi Ezgi AŞGAR'ın "Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Ekibi Tarafından Verilen Bakımı Değerlendirmeleri" başlıklı Tez çalışmasını Genel Dahiliye Polikliniği'nde yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.
Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Rıza Dinçer YILDIZDAŞ
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Mevcut Elektronik İmzalar

RIZA DİNÇER YILDIZDAŞ (BALCALI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ - Başhekim Yardımcısı) 24/02/2016 17:09

Adres: Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Başhekimliği 01330 Balcalı, Sarıçam /
Adana
Telefon: 0 (322) 338 60 60 Faks: 0 (322) 338 69 00
e-Posta: hastane@cu.edu.tr Elektronik Ağ: www.cu.edu.tr

Bilgi için: Tulin BOZDUMAN
Unvan: İyici(Ş)

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

E K 5-Hasta Bilgilendirme Ve Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Katıldığınız bu çalışma bilimsel bir araştırmadır. Araştırmanın adı ve amacı Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık ekibi tarafından verilen bakımı değerlendirmeleri dir. Bu araştırmanın yapılabilmesi için Çukurova Üniversitesi Etik Kurulu'ndan ve tedavi gördüğünüz genel dahiliye polikliniğinden izin alınmıştır.

Bu araştırmaya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmaya katıldığınız takdirde araştırmacı sizinle görüşecek ve çeşitli bilgiler toplayacaktır. Bunlar laboratuvar sonuçlarınız, kişisel bilgileriniz, hastalığınıza ve aldığınız bakıma ait bilgiler olacaktır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya neden olmaz ya da bakım sürecinizi etkilemez . Bu araştırmada yer almanız için size hiçbir ödeme yapılmayacaktır ayrıca, hiçbir parasal yükümlülük altına girmeyeceksiniz. Size uygulanacak anket formlarında isim belirtilmeyecektir.

Yukarıda yazılı olarak belirtilen ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün:

Açıklamaları yapan araştırmacı:

Adı soyadı :

Adı Soyadı : Selva Ezgi Aşkar

Tel :

Yüksek Lisans Öğrencisi

Adres :

Adres : Sağlık Bilimleri Fakültesi Tarih

ve imza:

Tarih ve imza:

ÖZGEÇMİŞ

10.07.1990 tarihinde Antakya’da doğdu. 2004 yılında Sellahiddin Güzel ilköğretim okulundan, 2008 yılında Necmi Asfuroğlu (Y.D.A) Lisesi’nden mezun oldu. 2013 yılında Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümünden mezun olup aynı yıl Adana merkez’de bir özel hastanenin Erişkin Genel Yoğun bakım ünitesinde yoğun bakım hemşiresi olarak meslek hayatına başladı. 2014 yılından Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans programına başladı. 2013 yılından beri farklı özel hastanelerde ortopedi ve cerrahi Servislerinde klinik hemşiresi olarak çalıştı. Şu anda Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde yenidoğan hemşiresi olarak çalışmaktadır.