T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

KRONİK HASTALIK YÖNETİMİNDE AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNİN ROLÜ; İŞ YÜKÜ, İŞ KONTROLÜ VE SOSYAL DESTEĞİN ETKİSİ

ETHEM ERGİN ERSİN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Sema DALKILIÇ

HAZİRAN - 2025
YOZGAT

T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

KRONİK HASTALIK YÖNETİMİNDE AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNİN ROLÜ; İŞ YÜKÜ, İŞ KONTROLÜ VE SOSYAL DESTEĞİN ETKİSİ

ETHEM ERGİN ERSİN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Sema DALKILIÇ

HAZİRAN - 2025
YOZGAT

	YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ **LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ** **LİSANSÜSTÜ TEZ ONAY FORMU**

T.C.

YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Enstitümüzün Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Ethem Ergin Ersin'in hazırladığı "**Kronik Hastalık Yönetiminde Aile Sağlığı Merkezlerinin Rolü; İş Yükü, İş Kontrolü ve Sosyal Desteğin Etkisi"** başlıklı tezi ile ilgili tez savunma sınavı, Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri gereğince 19/06/2025 Perşembe günü saat 13:00'da yapılmış, tezin onayına oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir.

Başkan **:** ……

Jüri Üyesi **:** ……

(Danışman)

Jüri Üyesi **:**……

Jüri Üyesi **:** ……

Jüri Üyesi **:** ……

ONAY:

Bu tezin kabulü, Enstitü Yönetim Kurulu'nun ……../……../….. tarih ve …… sayılı Enstitü Yönetim Kurulu Kararı ile onaylanmıştır.

…...../……../…….

Prof. Dr. Ümit BUDAK

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

TEZ BEYANI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin içerdiği yenilik ve sonuçların başka bir yerden alınmadığını, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan eder, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İmza

Ethem Ergin ERSİN

19/06/2025

ÖN SÖZ

Kronik Hastalık Yönetiminde Aile Sağlığı Merkezlerinin Rolü; İş Yükü, İş Kontrolü ve Sosyal Desteğin Etkisi adlı çalışmamızda, Yozgat ili ve ilçelerinin de içinde bulunduğu Aile Sağlığı Merkezlerine ulaşarak, bu merkezlerdeki Aile Hekimi, hemşire ve ebe gibi yardımcı sağlık personellerinin de kronik hastalıkların yönetimindeki etkinliklerini belirlemeye çalıştık. Çalışmamız sırasında kullandığımız anket formlarına katılım aşamasında çeşitli sebeplerden (yıllık izin, iş yoğunluğu, rapor, vs.) dolayı katılımlarda aksaklık olmasına rağmen büyük oranda ve pozitif yaklaşımlarla çalışmamızı tamamlamış olduk.

Yapmış olduğum bu çalışmama ek olarak Bozok Üniversitesi Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans eğitim süresince fikir, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım ve bu araştırmanın planlanmasından yazım aşamasına kadar fikir ve görüşleriyle beni destekleyen ve kesinlikle hakkını ödeyemeyeceğim değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Sema DALKILIÇ'a, çalışma arkadaşım Ali ASLAN'a, teşekkürler ediyor ve saygılarımı sunuyorum.

Ethem Ergin ERSİN

19/06/2025

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KRONİK HASTALIK YÖNETİMİNDE AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNİN ROLÜ, İŞ YÜKÜ, İŞ KONTROLÜ VE SOSYAL DESTEĞİN ETKİSİ

ETHEM ERGİN ERSİN

YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI: DR. ÖĞR. ÜYESİ SEMA DALKILIÇ

Bu araştırmada, aile sağlığı merkezlerinde (ASM) görev yapan sağlık çalışanlarının kronik hastalık yönetim düzeyleri incelenmiş, iş yükü, iş kontrolü ve sosyal destek faktörleriyle ilişkisi ele alınmıştır.

Araştırmanın evrenini Yozgat il merkezi ve ilçelerinde yer alan 47 Aile Sağlığı Merkezi (ASM) oluşturmaktadır. Yaklaşık 300 sağlık çalışanı arasından %95 güven düzeyi ve %5 hata payı ile belirlenen minimum 169 kişilik örneklem büyüklüğü aşılmış, 174 katılımcıya ulaşılmıştır. Veri toplamak için Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği ile İsveç İş Yükü-Kontrol-Destek Ölçeği kullanılmış; veriler SPSS 25.0 programında tanımlayıcı istatistikler, t-testi, ANOVA ve regresyon analizleriyle değerlendirilmiştir. Katılımcıların çoğunluğu 31–40 yaş aralığında, yüksek lisans mezunu, evli ve 11–20 yıl arasında deneyime sahip olup, gelir ve giderlerinin denk olduğunu belirtilmiştir. Cinsiyet, yaş ve mesleki deneyim gibi demografik değişkenlerin kronik hastalık yönetimi üzerinde anlamlı etkileri bulunmuştur. Regresyon analizine göre sosyal destek, kronik hastalık yönetimini en güçlü ve anlamlı şekilde olumlu etkilerken, iş yükü ve iş kontrol düzeyi bu yönetimi olumsuz etkilemektedir. Bulgular, kronik hastalık yönetiminin yalnızca klinik değil, örgütsel ve psikososyal faktörlerle de yakından ilişkili olduğunu ortaya koymakta; bu nedenle ASM çalışanlarının iş yükünün dengelenmesi, kontrol alanlarının artırılması ve sosyal desteklerinin güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

2025, x + 61 sayfa

Anahtar Kelimeler: Kronik hastalık yönetimi, Aile hekimliği, İş yükü, İş konrolü, Sosyal destek

ABSTRACT

MASTER THESIS

THE ROLE of FAMILY HEALTH CENTERS in CHRONIC DISEASE MANAGEMENT and THE IMPACT of WORKLOAD, JOB CONTROL and SOCIAL SUPPORT

ETHEM ERGİN ERSİN

YOZGAT BOZOK UNIVERSITY

GRADUATE EDUCATION INSTITUTE

DEPARTMENT OF HEALTH MANAGEMENT

SUPERVISOR: DR. ÖĞR. ÜYESİ SEMA DALKILIÇ

This study examined the level of chronic disease management among healthcare professionals working in Family Health Centers (FHCs) and explored its relationship with workload, job control, and social support.

The study population consists of 47 Family Health Centers (FHCs) located in the central district and counties of Yozgat. Out of approximately 300 healthcare professionals, a minimum sample size of 169 was determined with a 95% confidence level and 5% margin of error, and data were collected from 174 participants. The data collection tools included the Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) Scale and the Swedish Demand-Control-Support Questionnaire. Data were analyzed using SPSS 25.0 with descriptive statistics, t-test, ANOVA, and regression analysis. Most participants were aged between 31–40, held a master's degree, were married, had 11–20 years of professional experience, and reported a balance between income and expenses. Demographic variables such as gender, age, and professional experience were found to have significant effects on chronic disease management. According to the regression analysis, social support had the strongest and most significant positive effect on chronic disease management, while workload and low job control negatively affected it. The findings indicate that chronic disease management is closely related not only to clinical but also to organizational and psychosocial factors; therefore, balancing workload, increasing areas of job control, and strengthening social support for FHC staff are essential for effective chronic disease management.

2025, x + 61 Pages

Keywords: Chronic disease management, Family medicine, Workload, Job control, Social support

İÇİNDEKİLER

Sayfa

LİSANSÜSTÜ TEZ ONAY FORMU ii

TEZ BEYANI iii

ÖN SÖZ iv

ÖZET v

ABSTRACT vi

İÇİNDEKİLER vii

TABLOLAR LİSTESİ ix

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ x

1. GİRİŞ 1

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE 3

2.1.Kronik Hastalık 3

2.1.1. Kronik Hastalık Tanımı 3

2.1.2. Kronik Hastalık Yönetimi 6

2.1.3. Kronik Hastalıkların Sağlık Yönetimindeki Önemi 8

2.1.4 Aile Sağlığı Merkezlerinde Kronik Hastalık Yönetimi 9

2.2. Aile Hekimliği 11

2.2.1. Aile Hekimliği Tanımı ve Gelişimi 11

2.2.2. Aile Hekimliğinin Önemi ve Gelişiminde Rol Oynayan Faktörler 14

2.3. İş Yükü, İş Kontrolü ve Sosyal Destek 15

2.3.1. İş Yükü 15

2.3.2. İş Kontrolü 16

2.3.3. Sosyal Destek 17

3. GEREÇ VE YÖNTEM 20
3.1. Araştırmanın Tipi 20
3.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi 20
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 21
3.4. Veri Toplama Aracı ve Verilerin Analizi 22
3.5. Veri Toplama araçlarının normallik, geçerlik ve güvenirlikleri 23
3.5.1. Veri Toplama Araçlarının Normal Dağılım Analizi 23
3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Geçerlik ve Güvenirliği 23
3.6. Sınırlılık ve Varsayımlar 26
3.7. Araştırma İzinleri 26
4. BULGULAR 27
4.1. Katılımcılara ve Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler 27
5. TARTIŞMA 33
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 40
7. KAYNAKÇA 44
EKLER 56
Ek - 1. Etik İzni 56
Ek - 2. İzin Yazısı 57
Ek - 3. Anket Formu 58
Ek - 4. Ölçek Kullanım İzni 60

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo **Sayfa**

Tablo 2.1. Kronik hastalık risk faktörleri 4

Tablo 2.2. Kronik hastalıklar risk faktörleri ve yönetim stratejileri 6

Tablo 3.1. Ölçeklerin basıklık ve çarpıklık değerleri..... 23

Tablo 3.2. Ölçeklerin güvenilirlik analizi sonuçları (Cronbach Alpha Değerleri) 24

Tablo 3.3. Kronik Hastalık Yönetimi Ölçeği için ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizi (DFA) modeli 24

Tablo 3.4. İş yükü – Kontrol- Destek ölçeği için ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizi (DFA) Modeli..... 25

Tablo 3.5. Uyum iyiliği indeksleri ve eşik değerleri..... 26

Tablo 4.1. Katılımcılara ait demografik bilgiler 27

Tablo 4.2. Aile hekimliklerinin kronik hastalıklarla ilgili sorulara verdiği yanıtlar..... 28

Tablo 4.3. Ölçek ve boyutlarına ait tanımlayıcı istatistikler..... 29

Tablo 4.4. Demografik verilere göre kronik hastalık yönetimi puanlarının karşılaştırılması..... 30

Tablo 4.5. Kronik hastalık yönetimi ile iş yükü-kontrol ve destek puanları arasındaki etkinin Regresyon Analizi sonuçları..... 31

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklamalar
ABD	**:** Amerika Birleşik Devleti
AD	**:** Anabilim Dalı
ASM	**:** Aile Sağlığı Merkezleri
Doç. Dr	: Doçent Doktor
Dr. Öğr. Üyesi	**:** Doktor Öğretim Üyesi
TÜİK	**:** Türkiye İstatistik Kurumu
AH	**:** Aile Hekimliği
WHO	**:** World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
HYP	**:** Hastalık Yönetim Platformu
KOAH	**:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
WONCA	**:** World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Dünya AileHekimleri Örgütü)
AAFP	**:** American Academy of Family Physicians (Amerikan Aile Hekimliği Akademisi)

1. GİRİŞ

Aile sağlığı merkezleri (ASM) ve aile hekimliğinin temel görevleri arasında; diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi ve obezite gibi hastalıklarla mücadele etmek, sağlıklı beslenmeyi teşvik etmek ve kişiye yönelik koruyucu hekimlik uygulamalarını hayata geçirmek yer almaktadır. Bu amaçlar kapsamında Aile hekimlerinin bu tarz uygulamaları gerçekleştirirken hastalarının tansiyon takipleri, kilo durum takipleri, hiperlipidemi açısından yapılan takipler, sağlıklı beslenme, egzersiz ve diyetisyen kontrolleri gerekirse ilaç tedavileri gibi çok yönlü hizmetler üzerinde durmaları gerekmektedir.

Öte yandan, aile sağlığı merkezlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının karşılaştığı iş yükü, kronik hastalık yönetimi süreçlerini doğrudan etkileyen önemli bir faktör olarak değerlendirilebilir. İş yükü sağlık çalışanlarında tatmini azaltırken, tükenmişliği artırmaktadır (Atalay ve Çakırel, 2022). Yüksek iş yüküne maruz kalan sağlık çalışanlarının hasta takibinde, eğitim süreçlerinde ve önleyici sağlık hizmetlerinde performanslarının olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (Dyrbye vd., 2017). Bu bağlamda, aile sağlığı merkezi çalışanlarının iş yükü düzeyinin kronik hastalık yönetimi üzerindeki etkisinin incelenmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına yönelik önemli katkılar sağlayacaktır.

Küresel ölçekte değerlendirildiğinde, kronik hastalıklara sahip olan nüfusun bir hayli fazla ve bu durumun ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğu bilinmektedir. Türkiye de de durum benzerdir. TÜİK (2019) verilerine göre yaklaşık 22 milyon birey en az bir kronik hastalıkla yaşamaktadır. Bu verilerden hareketle Dünyada ve Türkiye genelinde kronik hastalıkların takibi büyük önem arz etmekte olup yapılan literatür taramalarında, özellikle Türkiye de kronik hastalık yönetiminin yeterli sayıda olmadığı düşünülmektedir.

Gelişmiş ülkeler kronik hastalıkların önlenmesine yönelik çalışmalara daha fazla ağırlık verirken gelişmekte olan ülkeler ise kronik hastalıklardan çok, akut enfeksiyon hastalıklarıyla mücadele etmektedir. Kronik hastalıklar, topluma ve bireye sosyal ve ekonomik yükü fazla olan hastalıklardır, bu sebeple bu hastalıkların kontrolüne yönelik sağlık politikalarına ve etkili girişimlere ihtiyaç duyulmaktadır. Kronik hastalıklar konusunda var olan bilimsel bilgi ve deneyimler uygulamaya dönüştürülürse bu hastalıkların topluma olan yükü ciddi bir şekilde azaltılabilir (Ünal vd.,2013).

Ülkemizdeki hipertansiyon, obezite, hiperlipidemi ve diyabet gibi kronik hastalıkların sıklıkla görüldüğü gerçeğinden yola çıkıldığı takdirde özellikle Covid-19 pandemisinden sonra yüksek riske haiz olan bu popülasyonda, kronik hastalıklarla mücadele edilmesi gerekliliği ortaya çıkmakta olup bu anlamda ASM'lerin önemli görevlerinin olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda çalışmamızda ASM'lerde görev yapan sağlık çalışanlarının kronik hastalık yönetimindeki etkilerinin ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.

Türkiye genelinde kronik hastalık yönetimi ile alakalı yapılan çalışmalarda hastalıklar bazında özellikle KOAH, diyabet, kanser, ankilozan spondilit ve Behçet hastalığı gibi rahatsızlıklar üzerine çalışmalar yapılmıştır. Türkiye ölçeğinde konu ile alakalı olarak; pandemi döneminde kronik hastalıklarla yaşam, iller bazında Hatay ve İzmir de aile hekimlerinin kronik hasta yönetim algıları, kronik hastalıklı çocuğu olan annelerde sağlık okuryazarlığı ve hastalık yönetimi ilişkisi, kronik hastalık yönetiminde hasta rolü, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumun değerlendirilmesi, kronik hastalıklara sahip olmanın COVID-19'un morbidite ve mortalitesi üzerine etkilerinin araştırılması, altmış yaş ve üzeri romanlarda kronik hastalık sıklığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi gibi sınırlı sayıda çalışmalar bulunmaktadır (Özsoy, 2017; Pelin, 2017; Tüzüner, 2018; Uzun, 2021; Kara, 2022; Karaca, 2022).

Açıklanan bu kavramlar neticesinde tezin konusu, aile sağlığı merkezlerinin kronik hastalık yönetimi üzerindeki etkileridir. Amacı, aile sağlığı merkezlerinin kronik hastalık yönetiminde rolünü ortaya çıkarmak ve sağlık çalışanlarının iş yüklerinin kronik hastalık yönetimine etkisini belirlemektir. Yozgat il genelindeki ASM'lerde çalışan aile hekimlerinin ve diğer sağlık çalışanlarının bu konudaki bilgileri ve etkilerine ulaşmak hedeflenmiştir.

Türkiye de kronik hastalık yönetimi konusu daha çok hastalık bazında ele alınmış olup, il bazında Yozgat il geneli ASM'lerin kronik hastalık yönetimi üzerindeki etkilerinin tespiti çalışması ilk olacaktır.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Tezin bu bölümünde kronik hastalık, aile hekimliği, iş yükü, iş kontrolü ve sosyal destek kavramları açıklanmıştır.

2.1.Kronik Hastalık

Kronik hastalık tanımı, kronik hastalık yönetiminin tanımı ve kronik hastalık yönetiminin sağlık yönetimi açısından önemi bu başlık altında tartışılmıştır.

2.1.1. Kronik Hastalık Tanımı

Kronik hastalıkların tanımı ABD Kronik Hastalıklar Komisyonu tarafından 60 yıl kadar öncesine dayanmaktadır (Tüzüner, 2018). ABD kronik hastalık komisyonuna göre kronik hastalık; "*Genellikle tam iyileşme sağlanamayan, sürekliliği olan, yavaş ilerleyen, genelde kalıcı arızalara sebep olan, oluşmasında kişisel, genetik ve sosyoekonomik etkenlerin rol oynadığı, sıklıkla non enfeksiyöz karakterde hastalıklar*" şeklinde tanımlanmıştır (Bilir, 2006).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise kronik hastalıkları "uzun süren ve yavaş ilerleme gösteren hastalıklar" şeklinde ve kronik durumu (chronic condition) ise "birkaç veya on yıl boyunca sürekli bakım gerektiren sağlık problemleri" olarak tanımlanmaktadır. Kronik hastalıklar, yaşamın uzun bir dönemine yayılarak sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektiren, fizyolojik fonksiyonlarda yavaş ve ilerleyici değişikliklere yol açan, geri dönüşümsüz bozulmalarla karakterize hastalıklardır (Eser, 2014).

Kronik hastalıklar, genellikle uzun süre devam eden ve tam tedavisi mümkün olmayan hastalıklardır. Bu hastalıklar, gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Kronik hastalıkların risk faktörleri Tablo 2.1'de ifade edilmiştir.

Tablo 2.1. Kronik hastalık risk faktörleri

Faktörler	**Açıklama**
Sigara içmek	Sigara kullanımı kalp hastalıklarına ve kansere, felç gibi nörolojik rahatsızlıklara, solunumsal rahatsızlıklara, amfizem diyabet ve kronik bronşlarda etkileyen kronik obstrüktif akciğer hastalığına (KOAH) neden olmaktadır.
Aşırı alkol kullanmak	Aşırı alkol kullanımı, bağımlılık ve öğrenme, hafıza ve ruh sağlığı sorunları gibi ciddi sorunlara yol açabilir. Aşırı alkol kullanımına bağlı kronik sağlık sorunları arasında yüksek tansiyon, kalp hastalığı, felç, karaciğer hastalığı ve bazı kanser türleri bulunmaktadır.
Kötü beslenme ve Fiziksel hareketsizlik	Kötü beslenme ve fiziksel hareketsizlik, obezite ve tip 2 diyabet, kalp hastalığı, felç, bazı kanser türleri ve depresyon gibi diğer kronik hastalıklar için önemli risk faktörleridir.
Sağlığın sosyal belirleyicileri (Sağlığı etkileyen tıbbi olmayan faktörlerdir)	Yoksulluk, Güvenli olmayan veya sağlıksız ortamlar, Kötü ve güvensiz konutlar, Aktif ve sağlıklı bir yaşam için yeterli gıdaya erişim eksikliği, Kaliteli eğitime ve iyi iş olanaklarına erişim eksikliği. Bu faktörler kişinin sağlığını olumsuz etkiler ve kronik hastalık için risk faktörleridir.
Genetik faktörler	Kalp hastalığı, diyabet, osteoporoz veya kanser gibi kronik bir hastalığın aile geçmişinde var olması hastalığın ortaya çıkma olasılığını yükseltmektedir.

(Kaynak: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2020. https://www.cdc.gov/chronic-disease)

Kronik hastalıkların önlenmesi; sigara kullanımını bırakmak, sağlıklı beslenmek, düzenli fiziksel aktivite yapmak, aşırı alkol tüketiminden kaçınmak, düzenli sağlık taramalarına katılmak ve yeterli uyku gibi yaşam tarzı değişiklikleriyle mümkündür. Ağız sağlığına dikkat etmek ve ailenizin sağlık geçmişini bilmek de koruyucu stratejiler arasında yer alır. Ailenin sağlık geçmişini bilmek, kanser, kalp hastalığı, diyabet veya osteoporoz gibi kronik hastalıkları önlemede yardımcı olabilir, çünkü bu hastalıkların aile geçmişinde yer alması bir risk faktörüdür (Centers for Disease Control and Prevention, 2020).

Tör (2024), kronik hastalıklardan korunma düzeylerini aşağıda ifade edildiği şekilde açıklamıştır;

Temel korunma: Hastalıkların risk faktörleri henüz ortaya çıkmadan önce uygulanan koruma düzeyidir. Toplumun sosyoekonomik düzeyinin yükseltilmesi, sağlıklı yaşamı teşvik eden yasal düzenlemelerin yapılması ve çevresel koşulların iyileştirilmesi gibi halk sağlığı temelli yaklaşımları içerir.

Birincil korunma: Kronik hastalıklara neden olan risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasına yönelik koruyucu önlemleri kapsamaktadır. Bu kapsamda tütün ve alkol kullanımının önlenmesi, düzenli fiziksel aktivite yapılması ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının geliştirilmesi gibi davranışsal müdahaleler öne çıkar.

İkincil korunma: Hastalığın erken dönemde tanınmasını amaçlayan koruma düzeyidir. Sağlıklı bireyler arasında yapılan taramalar, periyodik muayeneler ve risk altındaki bireyler için uygulanan laboratuvar testleri bu kapsamda değerlendirilir.

Üçüncül korunma: Kronik hastalık tanısı almış bireylerde komplikasyonların, yetersizliklerin ve işlev kayıplarının önlenmesini hedefler. Bu düzeyde tedaviye uyumun artırılması, sağlık durumunun izlenmesi, rehabilitasyon hizmetleri ve hastaların sosyal yaşama katılımının desteklenmesi ön plandadır.

Kronik rahatsızlıklar uzun dönem seyrinde insanların yaşam kalite düzeylerini etkileyecek seviyede devamlılık arz eden hastalıklardır. Kronik hastalıkların tedavi süreçleri geniş zaman aralığında ve düzenli bir şekilde yapılmalıdır. Bu hastalıkların belirtileri düzenli bir biçimde kontrol altına alınmadığı durumlarda hastaların bedenlerinde hücresel seviyelerde zararlara yol açar. Örneğin, diyabet; zamanla retinopati, norodejeneratif hastalıklar ve obezite gibi ek rahatsızlıklar çıkmasına sebeptir ve bu sebeple bu hastalıkların belirtilerini ve bu tarz uzun dönemdeki etkilerini azaltacak tedavi yöntemleri düzenli bir şekilde kullanılmalıdır. Ek olarak diyabet, hipertansiyon, koroner arter hastalıkları gibi rahatsızlıkların solunumsal enfeksiyonlar veya apandisit gibi cerrahi rahatsızlıklardan farkı antibiyotik kullanımı veya cerrahi gibi yöntemler ile tedavi edilememeleridir. Bu nedenle, "hastalık" kavramına "kronik" ifadesinin eklenmesi, modern tıbbın 20. yüzyılda ulaştığı gelişim düzeyini ve hastalıkların uzun süreli yönetimine yönelik yaklaşımların önem kazandığını yansıtmaktadır (Tanlı, 2008).

Aşağıda yer alan Tablo 2.2, en yaygın kronik hastalık türleri, temel özellikleri ve yaygın yönetim stratejilerini içermekle beraber bilgi amaçlı verilmiştir.

Tablo 2.2. Kronik hastalıklar risk faktörleri ve yönetim stratejileri

Kronik Hastalık	Risk Faktörleri	Yönetim Stratejileri
Diyabet (Tip 2)	Obezite, fiziksel inaktivite, genetik yatkınlık, kötü beslenme, ileri yaş	Sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz, kan şekeri kontrolü, ilaç tedavisi (metformin vb.), düzenli doktor kontrolü
Hipertansiyon	Aşırı tuz tüketimi, obezite, stres, sedanter yaşam tarzı, aile öyküsü	Tuz kısıtlaması, DASH diyeti, stres yönetimi, düzenli egzersiz, antihipertansif ilaçlar
Kardiyovasküler Hastalıklar	Sigara, yüksek kolesterol, yüksek tansiyon, diyabet, hareketsiz yaşam tarzı	Kolesterol düşürücü ilaçlar (statinler), kalp dostu diyet (Akdeniz diyeti), egzersiz, sigarayı bırakma
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)	Sigara kullanımı, hava kirliliği, mesleki maruziyet, genetik yatkınlık	Sigarayı bırakma, bronkodilatör ilaçlar, akciğer rehabilitasyonu, hava kalitesini iyileştirme
Kanser (Genel)	Sigara, alkol, işlenmiş gıdalar, genetik faktörler, radyasyon maruziyeti	Erken teşhis (mamografi, kolonoskopi vb.), sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, düzenli taramalar
Obezite	Yüksek kalorili beslenme, fiziksel inaktivite, hormonal bozukluklar, stres	Kalori kontrolü, sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz, davranış terapisi
Osteoporoz	Düşük kalsiyum alımı, D vitamini eksikliği, hareketsizlik, menopoz	Kalsiyum ve D vitamini takviyesi, ağırlık taşıyan egzersizler, ilaç tedavisi (bifosfonatlar)
Alzheimer ve Demans	Yaşlılık, genetik faktörler, düşük eğitim seviyesi, kalp hastalıkları	Akıl egzersizleri, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, sosyal etkileşim, ilaç tedavisi (donepezil, memantin)

(Kaynak: World Health Organization (WHO), 2023; American Diabetes Association (ADA), 2022; Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), 2023; American Heart Association (AHA), 2022; Alzheimer's Association, 2022; Hunter & Bierma-Zeinstra, 2019; Levey, Becker ve Inker, 2015. Yazar tarafından bu kaynaklardan derlenerek oluşturulmuştur.)

2.1.2. Kronik Hastalık Yönetimi

Kronik hastalıkların artan yaygınlığı, bu hastalıkların kontrolü ve yönetimine yönelik programların önemini artırmıştır. Kronik hastalık yönetimi, bakımın sürekliliğinin sağlanması, ekip çalışmasının desteklenmesi, bakım kalitesinin iyileştirilmesi, hasta sağlığının geliştirilmesi ve sağlık hizmeti maliyetlerinin azaltılmasında önemli ve etkili bir yöntemdir (Yazıcıoğlu ve Bağçivan, 2022). Kalender vd. (2014) kronik hastalıkların yönetiminin, sadece hastalık tedavisi olmadığını, hastanın güçlenmesini ve hastalıkla yaşamayı öğrenebilmesi için eğitim gibi çeşitli yöntemlerle hazırlanmasını, hastanın öz yönetim becerisi kazanmasını içerdiğini ifade etmiştir. Başarılı bir kronik hastalık yönetiminde, hastaneye yatışlarda, acil sağlık hizmetine başvuruda, hastalığın psikolojik veya fizyolojik etkilerinde azalma beklenirken kişinin yaşam kalitesinde artış beklenmektedir (Kalender vd., 2014). İncirkuş ve Nahcivan (2015) kronik hastalık başarısını; hasta katılımının artırılması, sağlık

profesyonellerinin iş yükünün azaltılması, bakım koordinasyonunun güçlendirilmesi, dijital destek sistemlerinin entegrasyonu ve sağlık profesyonellerinin eğitiminde öz-yönetim becerilerine daha fazla yer verilmesi gibi unsurlarla ilişkilendirmiştir.

Kronik hastalık yönetiminde birçok model kullanılabileceğini ifade eden İncirkuş ve Nahçivan (2015) en etkili olanın Kronik Bakım Modeli olduğunu vurgulamaktadır. Kronik bakım modeli, kronik hastalık bakımını organize etmek ve iyileştirmek için hasta öz bakımını, bakım vericiler ve sistem düzeyinde müdahaleleri içeren proaktif, planlı bir yaklaşıma dayalı olarak yapılandırılmış bir modeldir (Konakçı vd., 2022). Yapılan araştırmalarda Kronik bakım modeli hasta güçlendirme, öz yönetim desteği ve klinik ve davranışsal sonuçların iyileştirilmesi için yararlı bir çerçeve olduğu kanıtlanmıştır (Gee vd., 2015).

Kronik hastalıkların yönetimine, multidisipliner bir bakış açısından bakmak gerekir. Bu süreçte ilk amaç tıbbi açıdan tedavinin yapılması değil, aynı zamanda hasta olan kişilerin yaşam tarzlarındaki değişmeleri kabullenmeleri ve rahatsızlıklarıyla başa çıkma yeteneklerini geliştirmeleri için destek olan diğer başka yöntemleri de içerir. Kronik hastalıkların yönetimin de çeşitli yönetim programları önemli yer tutmaktadır. Bu programlar, hastaların rahatsızlıklarıyla alakalı olarak bilgi seviyelerinin artırılması, tedavi süreçlerinde katılımlarının artırılması ve hayat tarzı değişikliklerinin, yeniliklerin teşvik edilmesi gibi maddeleri içerir. Örneğin, diyabet hastalarına yönelik eğitim programları, kan şeker seviyelerinin kontrolünü optimal seviyelere getirerek, karşılaşılabilecek komplikasyonlarında önüne geçilmektedir (Norris vd., 2002).

Kronik rahatsızlıkların yönetiminde entegre bakım modelleri de önemli yer tutmaktadır. Bu modeller, sağlık hizmetlerinin çeşitli seviyelerinde koordinasyonu sağlamak için üretilmişlerdir. Hastaların birden fazla sağlık hizmeti sağlayıcısı ile olan etkileşimlerini düzenleyerek tedavi sürekliliğini artırmayı amaçlar. Bu tür modeller, özellikle yaşlı nüfus için önemlidir çünkü bu grup, genellikle birden fazla kronik hastalıkla başa çıkmak zorundadır.

Sağlık Bakanlığı, kronik hastalıkların yönetimi konusunda çeşitli programlar ve platformlar sunmaktadır. Özellikle "Hastalık Yönetim Platformu" (HYP), birinci basamak sağlık hizmetlerinde kronik hastalıkların erken teşhisi, izlenmesi ve yönetilmesi amacıyla geliştirilmiş bir sistemdir. HYP, aile hekimlerinin kayıtlı bireyleri kronik hastalık risk faktörleri açısından taramalarına ve izlemelerine olanak tanır. Ayrıca, klinik kılavuz önerileri

sunarak hekimlerin süreçleri standartlara uygun yönetmelerine yardımcı olur (Sağlık Bakanlığı, 2023).

2.1.3. Kronik Hastalıkların Sağlık Yönetimindeki Önemi

Kronik hastalıklar, sadece bireylerin sağlığını değil, aynı zamanda sağlık sistemlerini ve ekonomik yapıyı doğrudan etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yaygın kronik hastalık durumu, sağlık politikalarının bu hastalıkların önlenmesine ve yönetimine odaklanmasını zorunlu kılmaktadır. Kronik hastalıkların önlenmesi, yönetimi ve kontrol altına alınması, sağlık politikalarının temel önceliklerinden biri haline gelmiştir. Sağlık sistemleri, kronik hastalıkların yükünü azaltmak için erken tanı, önleyici sağlık hizmetleri, hasta eğitimi ve entegre bakım modellerine odaklanmaktadır. Önleyici sağlık hizmetleri, kronik hastalıkların ortaya çıkmasını önlemek veya geciktirmek için büyük önem taşır (WHO, 2019).

Bu hastalıklar yalnızca fiziksel sağlık üzerinde değil, aynı zamanda sosyal ve psikolojik sağlık üzerinde de derin etkiler yaratmaktadır. Bu nedenle, kronik hastalıkların yönetiminde psikososyal desteğin sağlanması önemlidir. Psikolojik danışmanlık ve destek grupları, hastaların hastalıklarıyla başa çıkmalarına yardımcı olabilir (Bodenheimer, Lorig, Holman, & Grumbach, 2002a). Aile desteği, kronik hastalıklarla başa çıkmada kritik bir rol oynar. Aile üyelerinin hastalık yönetimine dahil olması, hastaların tedaviye uyumunu artırabilir ve hastalıkla başa çıkmalarını kolaylaştırabilir. Ayrıca, toplum temelli destek mekanizmaları, sosyal izolasyonu önleyerek hastaların yaşam kalitesini artırabilir (Gallant, 2003).

Kronik hastalıklar, sağlık eşitsizliklerinin fazla olduğu toplumlarda kendini daha da çok hissettirmektedir. Sosyoekonomik açıdan yeterli olmayan düzeye sahip bireyler, bu hastalıklar özelinde daha yüksek risk altındadır. Yetersiz beslenme, düşük eğitim düzeyi ve sınırlı sağlık hizmetlerine erişim gibi sosyal belirleyiciler, kronik hastalık riskini artıran başlıca faktörlerdir (Marmot, 2005). Bu nedenle, sağlık politikalarının dezavantajlı gruplara öncelik tanıyan kapsayıcı ve eşitlikçi yaklaşımlar geliştirmesi gerekmektedir.

Kronik hastalıklar hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde hızla artmakta; sağlık hizmetlerini zorlamakta ve sağlık bütçeleri üzerinde ciddi yük oluşturmaktadır. Kronik hastalıklar ile etkili mücadele, önemli stratejiler geliştirilmesi ve hedefe yönelik politikaların uygulanmasıyla mümkün olabilir (Ünal vd., 2013).

Ekonomik açıdan bakıldığında, kronik hastalık giderleri sağlık sistemine fazla maliyet olarak yansımaktadır. Bu hastalıkların tedavisi, takibi ve yönetim süreci üst seviye sağlık giderlerine yol açmaktadır. Örneğin, ABD'de bu tür hastalıklar, toplam sağlık giderlerinin hemen hemen %90'ını oluşturmaktadır (Buttorff, Ruder, & Bauman, 2017). Ayrıca, bu hastalıklar iş gücü kaybı, üretkenlikte azalma ve erken emeklilik gibi dolaylı maliyetlerle de ilişkili olup ulusal çapta ekonomileri olumsuz bir şekilde etkilemektedir (Bloom ve vd., 2012).

Sağlık yönetim sistemlerinde teknolojik gelişmelerin rolü giderek artmaktadır. Kronik hastalık yönetiminde de dijital teknoloji kullanımı oldukça önemlidir. Mobil sağlık uygulamaları, elektronik sağlık kayıtları (EHR), telemonitoring sistemleri ve büyük veri analizleri, hasta takibi ve kişiselleştirilmiş tedavi süreçlerinde yaygın olarak kullanılmaktadır (Kvedar, Coye, & Everett, 2014; Kitsiou, Paré, & Jaana, 2013). Bu teknolojik ürünler, hastaların sürekli olarak sağlık verilerini takip eder ve gerekli durumlarda bu verileri sağlık profesyonelleri ile paylaşabilmektedir (Kvedar, Coye, & Everett, 2014). Örneğin, kardiyolojik açıdan yetmezlik ile karşı karşıya olan hastalar için geliştirilen telemonitoring sistemleri, hastaların evde sağlık durumlarını takip ederek hastaneye yatış oranlarını azaltabilir (Chaudhry ve vd., 2010).

Özellikle, hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalıkları gibi kronik rahatsızlıkların takibinde, dijital sağlık çözümleri hastaların tedaviye uyumunu artırarak komplikasyon riskini azaltmaktadır Dijital sağlık teknolojilerinin entegrasyonu, hem sağlık hizmet sunucuları hem de hastalar için zaman ve maliyet tasarrufu sağlarken, kronik hastalık yönetiminde proaktif bir yaklaşımı teşvik etmektedir (Bashshur vd., 2014). Dolayısıyla, sağlık yönetimi sistemlerinin dijital altyapılarla güçlendirilmesi, kronik hastalıklarla mücadelede sürdürülebilir ve etkin çözümler sunar.

2.1.4. Aile Sağlığı Merkezlerinde Kronik Hastalık Yönetimi

Kronik hastalıklar dünya ölçeğinde ölüm ve yaşam kalitesinde düşüşe yol açan önemli sağlık sorunları arasındadır. Dünya Sağlık Örgütüne (WHO) göre kalp hastalıkları, şeker hastalığı, solunumsal hastalıklar ve kanser gibi hastalıklar dünya ölçeğindeki ölüm oranlarının yaklaşık %71 ini oluşturmaktadır (WHO. 2021). Bu hastalıklar uzun takip dönemi gerektirdiğinden, birinci basamak sağlık hizmetlerinde, yani aile sağlığı merkezlerinde yönetimi önemli bir yere sahiptir. Erken tanı, düzenli takip ve hasta eğitimi gibi yaklaşımlar, kronik hastalıkların ilerleme hızını azaltabilir ve yaşam kalitesini artırabilir (Miller ve Rollnick, 2013).

ASM'lerde sunulan kronik hastalık yönetimi hizmetleri; hastalıkların izlenmesi, ilaç tedavisinin düzenli takibi, yaşam tarzı değişikliklerinin teşvik edilmesi ve hasta eğitimi gibi temel unsurları kapsamaktadır. Bu hizmetler, yalnızca bireyin sağlığını korumayı değil, aynı zamanda sağlık sistemine olan yükü azaltmayı da amaçlamaktadır (WHO, 2020).

Dennis ve arkadaşlarının (2008) araştırmasına göre, kronik hastalıkların birinci basamakta etkili şekilde yönetilebilmesi için aşağıdaki temel stratejilerin uygulanması gerekmektedir:

- Hasta öz-yönetiminin desteklenmesi: Bireylerin kendi sağlık durumlarını takip etmeleri ve yönetmeleri teşvik edilmelidir.
- Multidisipliner ekiplerle hizmet sunumu: Farklı sağlık disiplinlerinden profesyonellerin iş birliği içinde çalışması, bakımın bütüncül olmasını sağlar.
- Klinik bilgi sistemlerinin etkin kullanımı: Hasta kayıtlarının dijital ortamda takibi, karar destek sistemlerinin entegrasyonu ve veri odaklı yaklaşım önemlidir.
- Sağlık çalışanlarının eğitimi: Sürekli eğitim programlarıyla personelin bilgi ve beceri düzeyi artırılmalıdır.
- Kronik hastaların kayıt altına alınması: Riskli bireylerin belirlenmesi ve izlem süreçlerinin planlanması için sistematik kayıt tutma önemlidir.
- Eğitim materyalleri sunulması: Hastalara yönelik basit ve anlaşılır kaynaklarla bilgi desteği sağlanmalıdır.
- Hasta eğitimi oturumları düzenlenmesi: Grup temelli veya bireysel eğitimlerle hastalığın yönetimine dair bilgi aktarımı yapılmalıdır.
- Motivasyonel danışmanlık verilmesi: Hastaların davranış değişikliğine istekli hale gelmeleri için destekleyici yaklaşımlar uygulanmalıdır.

Bu stratejiler, özellikle diyabet, hipertansiyon ve kalp hastalıkları gibi yaygın kronik hastalıklarda; hasta memnuniyetini, sağlık sonuçlarını ve tedaviye uyumu artırmakta; sağlık hizmetlerinin genel kalitesine de olumlu katkı sağlamaktadır (Dennis vd., 2008).

Kronik hastalıkların tedavisi genellikle uzun süreli ilaç kullanımı gerektirir. Aile sağlığı merkezleri, hastaların ilaçlarını doğru şekilde kullanmalarını sağlar ve tedaviye uyumlarını izler. Ayrıca, olası yan etkiler konusunda bilgilendirme yapılır ve hastaların ilaçlarını düzenli kullanmaları teşvik edilir (Kaya ve Gamsızkan, 2022).

Kronik hastalıkların yönetiminde hasta eğitimi hayati bir rol oynar. Hastaların hastalıkları hakkında bilgi sahibi olması, tedaviye uyum sağlamalarını ve yaşam tarzı değişikliklerine daha kolay adapte olmalarını sağlar. Aile hekimleri, hastalara doğru beslenme, düzenli egzersiz, sigarayı bırakma ve stres yönetimi gibi konularda rehberlik eder. Kronik hastalıkların yönetiminde hastaların yaşam tarzı değişiklikleri yapması gereklidir. Aile sağlığı merkezleri, sağlıklı beslenme, egzersiz, alkol ve sigara kullanımını bırakma gibi davranış değişikliklerini teşvik eder. Bu değişiklikler, hastalıkların ilerlemesini yavaşlatır ve hastaların yaşam kalitesini artırır (Üstünova ve Nahcivan, 2015). Kronik hastalıkların yönetiminde sadece tedavi değil, önleyici sağlık hizmetleri de büyük önem taşır. Aile sağlığı merkezleri, risk faktörlerini belirleyerek koruyucu sağlık hizmetleri sunar. Örneğin, aile hekimleri düzenli tarama programları yaparak hipertansiyon, diyabet ve kanser gibi hastalıkları erken teşhis eder.

Aile sağlığı merkezlerinde kronik hastalık yönetimi, bireylerin yaşam kalitesini artırmak ve hastalıkların ilerlemesini önlemek için kritik bir öneme sahiptir. Aile hekimleri, hastalıkların erken teşhisi, düzenli izlenmesi, tedaviye uyum sağlanması ve hasta eğitimi gibi çeşitli yöntemlerle hastalara kapsamlı bir hizmet sunar.

ASM'lerin kronik hastalık yönetimindeki etkinliği, aynı zamanda teknolojik çözümlerin ve sosyal destek sistemlerinin entegrasyonu ile artmaktadır. Elektronik sağlık kayıtları, mobil uygulamalar ve dijital izlem sistemleri, hastaların düzenli takibini kolaylaştırmakta; sosyal destek ise hastaların motivasyonunu ve tedaviye bağlılığını güçlendirmektedir. Kronik hastalıkların yaşam boyu süren bir takip ve müdahale süreci gerektirdiği düşünüldüğünde, ASM'lerin birey ve toplum sağlığının korunmasındaki rolü vazgeçilmezdir.

2.2. Aile Hekimliği

Aile hekimliğinin tanımı, tarihçesi ve gelişimi bu başlık altında değerlendirilmiştir.

2.2.1. Aile Hekimliği Tanımı ve Gelişimi

Aile hekimliği, bireylerin yaş, cinsiyet ve hastalık türü gözetmeksizin sürekli ve kapsamlı sağlık hizmeti almasını sağlayan birinci basamak tıp disiplinidir. Aile hekimi; kişiye yönelik cinsiyet, yaş, hastalık ayrımı yapmaksızın birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici ve koruyucu sağlık hizmetlerini sürekli vermekle yükümlü gerektiğinde gezici hizmet sunan, tam gün çalışan, kişilerin ilk başvuru yaptıkları ve kolaylıkla ulaşabilecekleri yerde bulunan aile

hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının gerekli kıldığı eğitimleri alan tabiplerdir (Özgül Mengüllüoğlu, 2015). İlk tanımı 1974 yılında Leeuwenhorst Çalışma Grubu tarafından yapılmıştır. Bu tanıma göre, aile hekimi; bireylere, ailelere ve topluluklara kişisel ve sürekli sağlık hizmeti sunan, hastalarının sağlık durumlarını fiziksel, sosyal ve psikolojik faktörleri göz önünde bulundurarak değerlendiren bir hekimdir. Aynı zamanda, kronik hastalık yönetimi, önleyici sağlık hizmetleri ve erken teşhis gibi konularda da önemli bir rol üstlenmektedir (Party, 1974).

Dünya Aile Hekimleri Örgütü (WONCA) tarafından 1991 yılında yapılan tanımlamada, aile hekimlerinin her bireye kapsamlı sağlık hizmeti sunma ve gerektiğinde diğer sağlık profesyonellerini yönlendirme sorumluluğu taşıdığı vurgulanmıştır. Aile hekimleri, ırk, din, kültür veya sosyoekonomik durum fark etmeksizin her bireye hizmet vermekte, hastalarına sürekli bakım sağlamakta ve toplum sağlığı açısından sorumluluk üstlenmektedir (Bentsen vd., 1993). WONCA'nın 2005 yılında yaptığı en güncel tanıma göre, aile hekimleri hastalarını kültürel ve sosyal bağlamlarıyla birlikte ele alan, uzun vadeli sağlık yönetimini üstlenen ve hastalıkların önlenmesi ile sağlığın geliştirilmesi süreçlerinde önemli rol oynayan uzman hekimlerdir. Aile hekimliği, yalnızca tedavi edici hizmetler değil, aynı zamanda koruyucu, sağaltıcı ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini de kapsayan, birey merkezli bir tıp disiplinidir (WONCA, 2005).

Tıp bilimi tarih boyunca sürekli değişim ve gelişim göstermiştir. Aile hekimliği de genel pratisyenlikten evrilerek ortaya çıkan bir uzmanlık alanıdır (McWhinney & Freeman, 2009). 20. yüzyılın başlarında ABD ve Avrupa'da tıpta uzmanlaşma süreci hız kazanırken, birinci basamak sağlık hizmetlerinde pratisyen hekimlerin rolü giderek daha kritik hale gelmiştir. Ancak, pratisyen hekimlerin tıp mesleği içindeki önemi zamanla azalmış ve bu durum aile hekimliği alanının standartlaştırılması ihtiyacını doğurmuştur (Geyman, 1979).

II. Dünya Savaşı sonrasında, özellikle ABD'de 1969 yılında kurulan Amerikan Aile Hekimliği Akademisi (AAFP), aile hekimliğinin ayrı bir tıbbi uzmanlık dalı olarak kabul edilmesini sağlamıştır.

1978 Alma-Ata Konferansı, birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemini vurgulamış ve tüm bireylerin erişilebilir, kapsamlı sağlık hizmeti alması gerektiğini belirtmiştir. Konferansta, aile

hekimlerinin sağlık hizmetlerinin temel taşı olduğu ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğinde kritik rol oynadığı kabul edilmiştir (WHO, 1978).

1995 yılında Avrupa Konseyi, aile hekimlerinin en az iki yıl süren bir uzmanlık eğitimi almasını zorunlu kılmıştır. 2005 yılında ise "Family Practice" terimi "Family Medicine" olarak revize edilerek aile hekimliği disiplininin uluslararası standartları belirlenmiştir (American Board of Family Medicine, 2005).

Türkiye'de sağlık hizmetleri Osmanlı döneminden itibaren merkeziyetçi bir anlayışla yürütülmüştür. Cumhuriyetin ilanından sonra sağlık hizmetleri daha çok koruyucu sağlık uygulamalarına odaklanmış, ancak birey ve aile merkezli birinci basamak sağlık hizmetleri uzun yıllar ihmal edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010).

1980'li yıllarda, aile hekimliği kavramı Türkiye'de tartışılmaya başlanmış ancak finansal ve yapısal sorunlar nedeniyle sistem tam anlamıyla hayata geçirilememiştir. 1983 yılında çıkarılan 2827 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, sağlık hizmetlerini yaygınlaştırmayı amaçlamışsa da, aile hekimliği modeli tam olarak uygulamaya konulamamıştır (Yıldırım, 2013).

2003 yılında yürürlüğe giren "Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)", Türkiye'de aile hekimliği sistemine geçişin önünü açmıştır. Program kapsamında birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve her bireyin bir aile hekimine kayıtlı olması gibi düzenlemeler getirilmiştir. 2005 yılında aile hekimliği pilot uygulama olarak başlatılmış ve kısa süre içinde Türkiye geneline yayılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003).

Bugün aile hekimleri, erken teşhis, düzenli takip, hasta eğitimi ve koruyucu sağlık hizmetleri gibi birçok alanda etkin rol oynayarak bireylerin sağlığını yönetmekte ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliğine katkı sağlamaktadır. Aile hekimliği uygulaması, Türkiye'de birey merkezli bir sağlık hizmeti sunma anlayışını güçlendirmiş ve sağlık göstergelerinde önemli iyileşmeler sağlanmasına yardımcı olmuştur (Akman, M. 2014). Özellikle anne-bebek ölümleri, aşılama oranları ve kronik hastalıkların kontrolü gibi alanlarda ilerleme kaydedilmiştir. Aynı zamanda hizmetlerin dijitalleşmesi ile birlikte hasta takibi de kolaylaşmıştır. e-Nabız sistemi ile bireylerin sağlık verilerine erişim hızlanmış ve kronik hastalığı olanların izlenmesine olanak sağlamıştır.

2.2.2. Aile Hekimliğinin Önemi ve Gelişiminde Rol Oynayan Faktörler

Aile hekimliği uygulamaları, sağlık hizmetlerinin birinci basamakta sunulmasıyla erişim kolaylığı sağlar. Bireylerin yaşadıkları yere yakın sağlık hizmeti alabilmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve etkinliğini artırır (Ergül ve Kalkım 2011). Koruyucu sağlık hizmetleri, aile hekimliğinin temelini oluşturur. Bireylerin hastalanmadan önce önleyici sağlık hizmetlerine yönlendirilmesi, sağlık sistemlerinin yükünü azaltmakta ve bireylerin yaşam kalitesini artırmaktadır (Oğrum ve Oktay 2019).

Bu disiplinin etkinliği, hekimlerin eğitim düzeyinin artması ve sistemin bütüncül yaklaşımla yapılandırılmasıyla doğrudan ilişkilidir. Aile hekimleri, sadece tedavi değil; hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunması ve palyatif bakım gibi alanlarda da profesyonel sorumluluk taşırlar (WONCA, 2002). Bu çerçevede, hekimlerin mesleki yeterlilikleri ve sürekli eğitimi, uygulamanın başarısında belirleyici faktörlerdendir (Lale, 2013).

Aile hekimliği programının başarılı bir biçimde hayata geçirilmesi için devlet politikaları ve finansal projeler önemli bir yerdedir. Ülkelerin sağlık sistem programlarında aile hekimliğine ayrılan bütçeler, toplumun var olan sağlık durumlarının korunması ve hastanelerdeki sağlık hizmet maliyetlerinin en aza indirilmesi bakımından önemli bir yere sahiptir (Açıkgöz vd.,2018). Aile hekimliğinde bilgi işlem teknoloji programlarının kullanımı, verilen bu hizmet etkinliğinde bariz artışa neden olmuştur. Elektronik ortamlar da yapılan sağlık durum kayıtları ve tele-tıp programları sayesinde hastaların takibi ve tedavi süreleri daha hızlı şekilde halledilmekte ve verimli hale gelmektedir (Pıçak ve İsmailoğulları, 2010). Bu dijital dönüşüm, yalnızca iş süreçlerinin hızlandırılmasıyla kalmayıp, hasta verilerinin daha etkin izlenmesini, kişiselleştirilmiş tedavi planlarının geliştirilmesini ve hasta memnuniyetinin artırılmasını da sağlamaktadır. Böylece; dijital uygulamaların kullanımı, hizmet kullanımında, hastane yatışında, hastane yatış süresinde, acile başvuru sayısında ve mortalite de azalmalara sebep olmaktadır (Bashshur vd., 2014).

Aile hekimliği sistemi, bireyler ve aileler daha güvenli bir ilişki kurulmasını sağlamakla beraber, hekimlerde var olan etkili iletişim teknikleri, hastalar üzerindeki memnuniyet seviyelerini artırmaktadır ve bu da tedavi sürecinin daha kısa, daha verimli olmasıyla sonuçlanmaktadır (Karahan vd., 2017).

2.3. İş Yükü, İş Kontrolü ve Sosyal Destek

Bu başlık altında iş yükü, iş kontrolü ve sosyal destek kavramları tartışılmıştır.

2.3.1. İş Yükü

Sağlık sistemlerinde, hizmet kalitesi ve performansın ölçülmesinde iş yükü önemli bir kavram olarak öne çıkmaktadır (Fishbein vd., 2020). Belirli bir iş süreci çerçevesinde bir hedefe ulaşmak amacıyla gerçekleştirilen tüm görevler iş yükü kapsamında değerlendirilmektedir. İş yükü, belirlenen süre içinde yapılması gereken işin beklenen düzeyde tamamlanabilmesi için yürütülen faaliyetlerin tümünü ifade eder (Kanbur, 2018). Örgütsel düzlemde verimlilikle, bireysel düzeyde ise işe harcanan zaman ve çaba ile ilişkilidir. Bu nedenle, iş yükü hem çalışanlar hem de kurumlar açısından dikkate alınması gereken temel bir unsur niteliğindedir.

Aynı zamanda, iş yükü "belirli bir zaman aralığında, bir kişi ya da bir ekip tarafından gerçekleştirilen toplam iş miktarı" şeklinde tanımlanmaktadır (Way & MacNeil, 2006). İşin niteliği ile çalışan sağlığı ve iş başarısı arasında karmaşık bir ilişki mevcuttur. Bireysel düzeyde, çalışma ortamının fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerini kapsayan çeşitli faktörler, çalışanların sağlığını ve genel iyilik hâlini etkileyebilir. Örgütsel düzeyde ise sağlıksız iş ortamlarının olumsuz etkileri, hizmet ve ürün kalitesinin düşmesinden üretkenlik kaybına kadar pek çok alanda kendini gösterebilir (Way & MacNeil, 2006).

Sağlık yöneticileri, sağlık çalışanlarının maruz kaldığı iş yükünü sistemli bir biçimde izlemeli ve ihtiyaç duyulan insan kaynağı ya da diğer kaynaklar için taleplerini gerekçelendirirken bu verilere dayalı kanıtlar sunmalıdır. Mart ve Nisan 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilen çevrim içi kesitsel bir anket çalışmasında, Amerika Birleşik Devletleri'nde görev yapan sekizyüz on hastane hemşiresinden elde edilen veriler doğrultusunda; iş yükü, hemşirelikte ekip çalışması ve hemşire yorgunluğu arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Araştırma bulguları, hemşirelik ekip çalışmasının, iş yükü ile yorgunluk arasındaki ilişki üzerinde düzenleyici bir rol oynadığını ortaya koymuştur (Cho, Sagherian, Scott ve Steege, 2022).

Diğer bir çalışmada ise, Amerika Birleşik Devletleri'nde 2020 yılının Mayıs ayından Ekim ayına kadar olan süreçte henüz kış aylarındaki COVID-19 vaka artışları ve delta varyantı yükselişi yaşanmadan önce sağlık çalışanlarının zaten yüksek düzeyde stres, endişe ve yoğun iş yüküyle karşı karşıya oldukları bildirilmiştir. Bu dönemde 20.000'den fazla sağlık

çalışanının katılımıyla gerçekleştirilen bir ankette, katılımcıların %43'ü aşırı iş yükü yaşadığını, %38'i kaygı ve depresyon belirtileri gösterdiğini, %49'u ise kendini tükenmiş hissettiğini ifade etmiştir (Prasad vd., 2021).

2.3.2. İş Kontrolü

İş kontrolü, bir çalışanın yaptığı işle ilgili sahip olduğu bilgi ve becerileri işine etkin bir şekilde yansıtabilmesi ve bu çerçevede kararlar alabilme yetkinliğine sahip olması anlamına gelmektedir. Bu durum, çalışanın görevlerini ne ölçüde bağımsız bir şekilde yürütebildiği, karar alma süreçlerine ne derece katılabildiği ve işini planlayıp organize edebilme kapasitesiyle doğrudan ilişkilidir. İş kontrolü, aynı zamanda çalışanlara verilen görevleri nasıl yerine getireceklerine dair inisiyatif kullanma özgürlüğünü de içerir. Bu bağlamda, çalışanın kendi iş sürecine yön verebilmesi, kendini yetkin, değerli ve işine katkı sağlayan biri olarak hissetmesi açısından büyük önem taşır. Özellikle bilgi ve beceriler doğrultusunda karar alma serbestisinin bulunması, çalışanın motivasyonunu ve iş tatminini artırarak daha verimli ve etkili bir performans sergilemesine olanak tanır. Dolayısıyla, iş kontrolünün yüksek olduğu çalışma ortamlarında, çalışanların özerklik düzeyi de artar ve bu durum hem bireysel hem kurumsal başarıya olumlu katkı sağlar (T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2020; Kanbur, 2018; Bolat, 2011).

İş kontrolü işi yapanın, işi ile alakalı olarak sahip olduğu yetenek, bilgi, beceri ve bu verilerin iş yerlerinde uygulama imkanlarına ek olarak işleri ile alakalı sahip oldukları yetki seviyelerinide göstermektedir (Demiral vd., 2007). Bu nedenle, çalışanların iş üzerinde yeterli düzeyde kontrole sahip olabilmeleri için, bilgi, beceri, yetenek, yetki ve kurumsal kaynaklarla yeterince donatılmış olmaları gerekmektedir. Ancak bu donanımlar tek başına yeterli değildir; çalışanların aynı zamanda bu kaynakları etkili bir biçimde kullanabileceklerine dair kendilerine güven duymaları ve yetkinliklerine inanmaları da büyük önem taşımaktadır (Bolat, 2011).

İş kontrolü ile alakalı olarak yapılan birtakım çalışmalarda, örneğin Way (2008) tarafından gerçekleştirilen araştırmada, hemşirelik mesleğine ait iş çevresi; iş talepleri, iş kontrolü ve destek unsurları bağlamında ele alınmış hem tedavi hizmetlerinde hem de birinci basamak alanlarda görev yapan hemşirelerin çalışma ortamına ilişkin algılarında iş kontrolüne sahip olmanın ne kadar önemli bir unsur olduğu vurgulanmıştır. Benzer şekilde, Xie ve arkadaşları

(2011), iş kontrolünün azalmasının hemşirelerde duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarısızlık hissini artırdığını belirtmişlerdir. Sahraian ve arkadaşları (2014) ise, hemşirelerin kontrol algısının iş stresinin ortaya çıkmasında belirleyici bir rol oynadığını ifade etmişlerdir.

2.3.3. Sosyal Destek

İnsan, doğası gereği sosyal bir varlık olup yaşamını sürdürebilmek için diğer insanlarla sürekli iletişim ve etkileşim halinde olmalıdır. Bireyin toplumdan ya da ait olduğu sosyal çevreden tamamen kopuk bir şekilde yaşaması neredeyse mümkün değildir. Ancak birey, bir grubun ya da toplumun parçası olarak yaşamını devam ettirirken zaman zaman çeşitli zorluklar, hastalıklar veya olumsuz yaşam deneyimleriyle karşılaşabilmektedir. Bu tür durumlarla başa çıkabilmek ve çözüm üretebilmek için yine çevresindeki insanlardan aldığı desteğe ihtiyaç duyar. Bu noktada, bireyin karşılaştığı sorunlarla mücadele ederken ailesinden, arkadaşlarından, sosyal çevresinden ya da özel ilişkilerinden elde ettiği sosyal destek büyük bir önem taşır (Çetinkaya & Korkmaz, 2019).

Bayın (2020), sosyal desteği bireyin diğer insanlarla kurduğu iletişim sonucunda ortaya çıkan, birelerin kabul gördüğünü ve değer verildiğini hissetmesine imkân tanıyan ve stresle baş etmesinde yardımcı olan bir algı olarak tanımlamaktadır. Gündoğan ve Sargın'a (2018) göre ise sosyal destek, kişinin çevresinde varlığını hissettiği ve güvendiği bireylerin sağladığı duygusal güven duygusudur. Yıldırım (2006), sosyal desteği bireyin çevresinden aldığı sosyal, psikolojik ve bireysel yardımı kapsayan bir destek türü olarak tanımlar. Bu bağlamda, aile üyeleri, iş ve sosyal çevredeki arkadaşlar, öğretmenler ya da komşular bireyin sosyal destek kaynaklarını oluşturmaktadır. Benzer şekilde, Bayraktar (2011) da aile bireylerinin sosyal destek açısından en temel kaynaklardan biri olduğunu belirtirken, eş, arkadaş, öğretmen, meslektaş ve komşuların da bireyin destek sisteminde önemli roller üstlendiğini ifade etmektedir.

Sosyal destek üzerine gerçekleştirilen araştırmalar, bu kavramın iki temel boyutuna dikkat çekmektedir. İlk olarak, sosyal desteğin bireyin genel sağlığıyla doğrudan ilişkili olduğu vurgulanmaktadır. İkinci olarak ise, bu desteğin en önemli işlevinin stres oluşturan yaşam olaylarının birey üzerindeki olumsuz etkilerini hafifletmek veya dengelemek suretiyle ruh sağlığını korumaya katkı sağladığı ifade edilmektedir (Elmacı, 2006). Bununla birlikte, farklı kaynaklardan gelen sosyal destek türlerinin bireyler üzerindeki etkilerinin eşit düzeyde

olmadığı da ortaya konmuştur. Sosyal desteğin birey üzerindeki etkisini belirleyen en önemli unsur, kişinin hangi tür desteğe ihtiyaç duyduğudur. Kişi, ihtiyaç duyduğu desteği doğru zamanda ve uygun biçimde aldığında, bu desteğin olumlu etkisi daha güçlü ve belirgin bir şekilde hissedilmektedir (Redman, 2006).

Hemşireler üzerinde yapılan bir diğer çalışmada (Akın, 2008), sosyal desteğin yaşam doyumu, örgütsel destek algısı ve iş-aile çatışmaları ile olan ilişkisi ele alınmıştır. Araştırma bulgularına göre, bireyin algıladığı sosyal destek düzeyi arttıkça yaşam doyumu da yükselmektedir. Aynı zamanda, örgütsel destek algısı ile iş-aile çatışması arasında anlamlı ve olumsuz yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Diğer bir ifadeyle, çalışanların kurumlarından aldıkları destek seviyesi arttıkça iş ve aile yaşamı arasındaki çatışma düzeylerinin azaldığı gözlemlenmiştir. Elde edilen veriler, sosyal desteğin yalnızca bireysel iyilik halini değil, aynı zamanda iş-yaşam dengesini de olumlu yönde etkilediğini ortaya koymaktadır.

Abualrub (2004) ise, hemşireler üzerinde yaptığı sosyal destek araştırmasında; iş arkadaşlarından algılanan sosyal desteğin iş performansını artırdığını ve iş stresi seviyesini düşürdüğünü ortaya koymuştur. Sosyal desteğin hem fiziksel hem de psikolojik sağlık açısından önemli bir kaynak olduğu ve tedavi edici bir etkisinin bulunduğu kabul edilmektedir.

Sosyal destek, özellikle sağlık kurumlarında çalışan bireylerin maruz kaldığı psikolojik yıldırma (mobbing) ile mücadelede kritik bir öneme sahiptir. Çalışanlar, ailelerinden, iş arkadaşlarından ve gerektiğinde yöneticilerinden yeterli ve sürekli sosyal destek gördüklerinde, bu tür olumsuz davranışlara karşı daha güçlü bir dayanıklılık geliştirebilirler. Sosyal destek, bireylerin stresle başa çıkma kapasitelerini artırarak, psikolojik dayanıklılıklarını güçlendirmekle kalmaz; aynı zamanda iş yerindeki olumsuz etkilerin azaltılmasında da önemli bir koruyucu faktör olarak işlev görür. Bu nedenle, sağlık sektöründe sosyal destek mekanizmalarının etkin bir şekilde işletilmesi, çalışanların ruh sağlığının korunması ve iş ortamının iyileştirilmesi açısından hayati bir rol oynamaktadır.

Karasek (1979) tarafından geliştirilen İş yükü-kontrolü modeline sonradan sosyal destek boyutu da eklenmiştir. Modele göre psiko-sosyal iş yükü ve iş kontrolü arasındaki etkileşim, işten kaynaklanan stres düzeyini belirlemektedir (Bolat, 2011). İşe bağlı olarak oluşan stresin

modellenmesinde önemli bir yaklaşım olan bu modelde, stres kaynağı demografik değişkenlerden çok iş ile ilgili unsurlar olarak görülmektedir (Gök, 2019).

Sosyal destek, bireylerin sosyal, psikolojik ve genel sorunlara karşı stresle başa çıkmasında etkili olup ruh sağlığının korunmasında önemli bir rol oynamaktadır. Özellikle zorlu dönemlerde bireyin çevresindeki kişilerden aldığı yardım, sosyal destek olarak tanımlanmakta ve bu destek, iş yaşamında stres düzeyi ile iş doyumunu doğrudan etkilemektedir (Kurtuluş vd., 2023). Hekimler ve diğer sağlık personelinin iş tatmininin düşük olması, hasta bakım kalitesinin azalmasına, hasta sadakatinin düşmesine ve hastane kârlılığının gerilemesine yol açabileceğinden; hastane yönetimi, iş tatmini, iş stresi, performans ve işten ayrılma gibi unsurları düzenli olarak izlemeli ve olumsuz eğilimler görüldüğünde gerekli politika ve yönetsel önlemleri hayata geçirmelidir (Tekingündüz vd.,2015).

Sağlık sektörü, birçok stres kaynağını bünyesinde barındıran dinamik ve zorlu bir çalışma alanıdır. Bu alanda görev yapanlar, hem yoğun stres altındaki hastalara hizmet vermenin güçlüğüyle hem de günlük işlerinde sıkça karşılaştıkları stres yaratıcı durumlarla başa çıkmak zorundadır. Sağlık çalışanlarının iş ortamı, diğer meslek gruplarından bu yönüyle ayrılmaktadır. Yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül hastalara bakım verme, hasta ve yakınlarına duygusal destek sağlama gibi sorumluluklar ile birlikte, sağlık hizmetlerindeki yetersizlikler ve personelin dengesiz dağılımı gibi yapısal sorunlar da çalışanlarda gerginlik ve hayal kırıklığına yol açmaktadır (Atasoy ve Yorgun, 2013).

Dahil olunan örgüt kültürü bünyesinde stres oluşturabilecek etkenlerin, yönetici kademe tarafından kontrolü, tespiti ve bunları takiben kabulü yapıldıktan sonra işletmelerdeki iletişimin uyumlu bir bilinçle oluşturulması gerekmektedir (Ünsar ve Oran, 2016). Yönetim kademesinin önemli bir kısmını oluşturan insan kaynakları birimi de iş için uygun bireylerin seçimi ve işe kabulleri gibi konuları, işletmenin gerçekçi hedefleri doğrultusunda yapmalı, kurum içi iletişimi geliştirip örgütün devamlılığı için gerekli stratejik planları uygulamalıdır (Robbins ve Judge. 2012). Kurum içinde uyumlu bir şekilde çalışmakta olan verimli personelin diğer başka kurumlara gitmelerini önlemekte birimsel bazda insan kaynaklarının önemli görevleri arasında yer almaktadır (Ülgen ve Mirze, 2013).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Nicel araştırmalar çerçevesinde yürütülen araştırma tanımlayıcı türdedir. Araştırmada Yozgat ilinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personelinden anket yardımıyla veri toplanmış ve istatistiksel analizler ile veriler değerlendirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmanın amacı aile sağlığı merkezinde çalışan sağlık personelinin kronik hastalık yönetimindeki rolünün değerlendirilmesi ve iş yükü, iş kontrolü ve sosyal desteğin kronik hastalık yönetimine etkisinin araştırılmasıdır.

Kronik hastalıklar; seyri yavaş olan, uzun süreli izlem ve tedavi gerektiren bununla beraber vücudun diğer sistemlerini de etkileyip, kalıcı fizyolojik bozukluklara yol açan sağlık sorunlarındandır. (Akdemir ve Birol 2005; Özdemir ve Taşçı, 2013). Bu hastalıklar çoğu zaman vücudun birden fazla sistemini etkileyerek bireyin yaşam kalitesini ve işlevselliğini önemli ölçüde düşürmektedir (Bodenheimer vd., 2002b; World Health Organization, 2023).

Dünyadaki yaşlı nüfus oranının artması, kentleşme sürecindeki hızlı artış ve buna bağlı olarak artan stres faktörleri, artan teknolojik imkanların neticesinde hareketli yaşamın azalması ve beslenme şekillerinde meydana gelen değişiklikler de, kronik sayılabilen hastalık oranlarında artışa sebep olmuştur (Türkmen, 2012).

Kronik hastalıklar ve bu hastalıkların varlığı halinde meydana gelebilecek komplikasyonlar, bireyin hayati fonksiyonlarını olumsuz açıdan etkilemekte, iş hayatlarındaki verimliliği azaltmakta ve hayat kalitesini bozmaktadır. Ayrıca aile içindeki sosyal ilişkileri olumsuz açıdan etkilemekle birlikte ailenin hayat kalite seviyesini de düşürmektedir. Bununla birlikte sağlık harcamalarının artması, iş gücü kaybı ve üretkenlikte düşüş gibi etkiler yoluyla hem bireysel hem de ülke ekonomileri üzerinde ciddi bir yük oluşturmaktadır (Türkmen, 2012; Akdemir ve Akkuş, 2006; Bloom vd., 2012).

Tör (2024), Türkiyede yapılan kohort çalışmasına göre 55-64 yaş aralığında kronik hastalık bulunmayan birey sayısı %27, 65-74 yaş aralığında %15, 75+ yaş aralığında ise %16 olduğunu aktarmıştır. 2030 yılına kadar kronik hastalıkların ekonomik yükü 47 trilyon dolara ulaşılması beklendiğini ifade eden Tör (2024), kronik hastalıklar diğer bütün sebeplerin tümünden daha

çok mortaliteye sebep olduğunu, erken tanı, risk faktörlerinin önlenmesi ve zamanında tedaviyle bu hastalıkların büyük oranda azaltılması sağlanabileceğini belirtmiştir.

Kronik hastalık yönetimi, hastaların sosyal yaşam kalitelerinin artırılması, tetkiklerinin efektif şekilde takibi ve bunların beklenen sonuçlara olan iyileştirici etkisi, ekip çalışmalarının düzenlenmesi, sağlık maliyetlerin azaltılması ve hasta bakım kalitelerinin yükseltilmesi açısından büyük önem arz etmektedir.

Ülkemiz sağlık sistemi çerçevesinde, kronik hastalık yönetiminin aile sağlığı merkezlerinden başlayarak tüm sağlık birimlerinde sistematik biçimde yürütülmesi büyük önem taşımaktadır. Yapılan literatür taramaları sonucunda, Türkiye'de bu konuya ilişkin sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Bunlar arasında; Tüzüner (2018) İzmir'de aile hekimlerinin ve asistanlarının yönetim algılarını; Karaca (2022) Hatay'da yönetimi etkileyen faktörleri ve hasta yönelimli yaklaşımları; Şeker (2024) ise Çukurova bölgesinde birinci basamakta çalışan hekimlerin tutumlarını incelemiştir. Bu bağlamda, sunulan çalışma Yozgat ili özelinde kronik hastalık yönetimi ve personelin iş yükü, iş kontrolü ve sosyal destek değişkenleri ile birlikte odaklanan ilk çalışma olma özelliği taşımakta ve hem yerel hem de ulusal düzeyde sağlık sistemine katkı sağlamayı hedeflemektedir.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin birinci basamakta güçlendirilmesi, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel hedeflerinden biri olup, bu kapsamda aile sağlığı merkezlerinin kronik hastalıkların erken tanısı, takibi ve yönetimindeki rolü kritik hale gelmiştir. Ancak bu merkezlerde görev yapan sağlık personelinin artan iş yükü, zaman kısıtlılığı ve stres gibi faktörler, kronik hastalık yönetimini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu çalışmanın özgün değeri, sağlık çalışanlarının iş yükü, iş kontrolü ve sosyal destek düzeyi ile kronik hastalık yönetimi performansı arasındaki ilişkiyi ortaya koymasıdır. Araştırma sonuçları hem hizmet sunum kalitesinin artırılması hem de çalışan memnuniyetinin yükseltilmesi açısından yöneticilere ve politika yapıcılara veri temelli öneriler sunma potansiyeline sahiptir. Yozgat ili özelinde yapılan bu çalışma hem yerel sağlık hizmetlerine hem de ulusal düzeyde aile hekimliği sisteminin geliştirilmesine yönelik stratejik katkılar sunabilir

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Yozgat il merkezi ve ilçeler dahil toplam 47 Aile Sağlığı Merkezi bulunmaktadır. İl sağlık müdürlüğünden alınan verilere göre ASM' ler de görev alan toplam aile hekimi, hemşire, ebe

gibi sağlık çalışanlarının sayısı yaklaşık 300 kişidir. Evreni temsil edecek büyüklükte örnekleme ulaşmak hedeflenmiştir. %95 güven düzeyi ve %5 hata payı ile gerekli minimum örneklem büyüklüğü 169 kişi olarak hesaplanmıştır. Çalışma kapsamında Yozgat il merkezi, Sorgun, Yerköy, Şefaatli, Akdağmadeni ve Sarıkaya ilçeleri olarak, 185 kişiye ulaşılmış ancak bazı anketlerde eksik cevaplar olduğu için analize dahil edilmemiş, 174 katılımcı ile analizler yapılmıştır.

3.4. Veri Toplama Aracı ve Verilerin Analizi

Araştırmada üç bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. İlk bölümde sağlık personelinin demografik bilgilerine yönelik sorular yer almaktadır. İkinci bölümde hekim perspektifinden Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği yer almaktadır. Üçüncü bölümde ise çalışanların stres düzeyini ölçmek için İsveç İş Yükü-Kontrol-Destek Ölçeği kullanılmıştır.

Hekim Perspektifinden Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (Patient Assesment of Chronic İllness Care-PACİC)'nin Hekim perspektifi: Hekim perspektifinden, kronik hastalıkları olan bireylere sunulan bakımın kalitesini değerlendirmeye yönelik bir ölçektir. Bu ölçek, kronik hastalıklara sahip bireylere sunulan bakımın kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, toplam 20 maddeden oluşan ve beş alt boyutu kapsayan bir ölçektir:

1. Hasta Katılımı (1–3. maddeler),
2. Karar Verme Desteği (4–6. maddeler),
3. Amaç Belirleme/Rehberlik (7–11. maddeler),
4. Problem Çözme (12–15. maddeler),
5. İzlem ve Koordinasyon (16–20. Maddeler).

Türkçe geçerlik-güvenirliği İncirkuş (2010) tarafından yapılan ölçeğin kapsam geçerlik indeksi 0,85, Cronbach alfa katsayısı 0,91'dir. Alt boyutlarda bu katsayı 0,71 ile 0,79 arasında değişmektedir. Test-tekrar test korelasyon katsayısı ise 0,93'tür ve ölçeğin iç tutarlığının oldukça yüksek olduğu görülmüştür. Bu çalışmada PACIC ölçeği alt boyut ve toplam puan analizleri, her alt boyutun ve tüm ölçeğin ortalama puanı üzerinden hesaplanmıştır. Likert tipi puanlama 1 (Hiçbir zaman) ile 5 (Her zaman) arasında yapılmıştır. Ölçek hekim perspektifinden kronik hastalık yönetimi ölçecek şekilde kullanılmıştır. Karaca (2022) daha önce aynı ölçeği hekimlerin kronik hastalık yönetimlerini ölçmek için kullanmıştır.

İsveç İş Yükü-Kontrol-Destek ölçeği 17 sorudan oluşmaktadır. Ölçek, 5 maddelik iş yükü, 6 maddelik iş kontrolü (beceri kullanımı ve karar serbestliği) ve 6 maddelik sosyal destek olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. İş yükü ve iş kontrolüne ait maddeler "sıklıkla – hiçbir zaman", sosyal destek maddeleri ise "tamamen katılıyorum – tamamen katılmıyorum" şeklinde dört dereceli Likert tipi olarak değerlendirilmiştir. Puanlamada her alt boyut için ortalama değerler esas alınmış, iş yükü, iş kontrolü ve sosyal destek düzeyleri yüksek puan yüksek algı anlamında yorumlanmıştır.

Verilerin istatistiksel analizleri için SPSS 25.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin türü ve dağılımına göre tanımlayıcı istatistikler, t-testi, ANOVA ve regresyon analizleri uygulanmıştır. Ayrıca kullanılan ölçeklerin yapı geçerliliğini test etmek amacıyla AMOS programı ile doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır.

3.5. Veri Toplama araçlarının normallik, geçerlik ve güvenirlikleri

3.5.1. Veri Toplama Araçlarının Normal Dağılım Analizi

Verilerin dağılımının normal olup olmadığının belirlenmesi için ölçeklerin basıklık-çarpıklık değerleri hesaplanmıştır. Değerlerin normal dağılım olduğu (Tabachnick ve Fidell, 2013) kabul edilebilir, bu çalışmaya göre çarpıklık değerlerinin -1 ile +1 arasında ve basıklık değerlerinin 0 ile +1 arasında olması, normal dağılımı gösterdiği kabul edilmektedir. Tablo 3.1'de ifade edilmiştir.

Tablo 3.1. Ölçeklerin basıklık ve çarpıklık değerleri

ÖLÇEK	**Çarpıklık (Skewness)**	**Basıklık (Kurtosis)**
Kronik hastalık bakımı değerlendirme ölçeği	-0,684	0,814
İş yükü-kontrol ve destek ölçeği	-0,716	-0,425

3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Geçerlik ve Güvenirliği

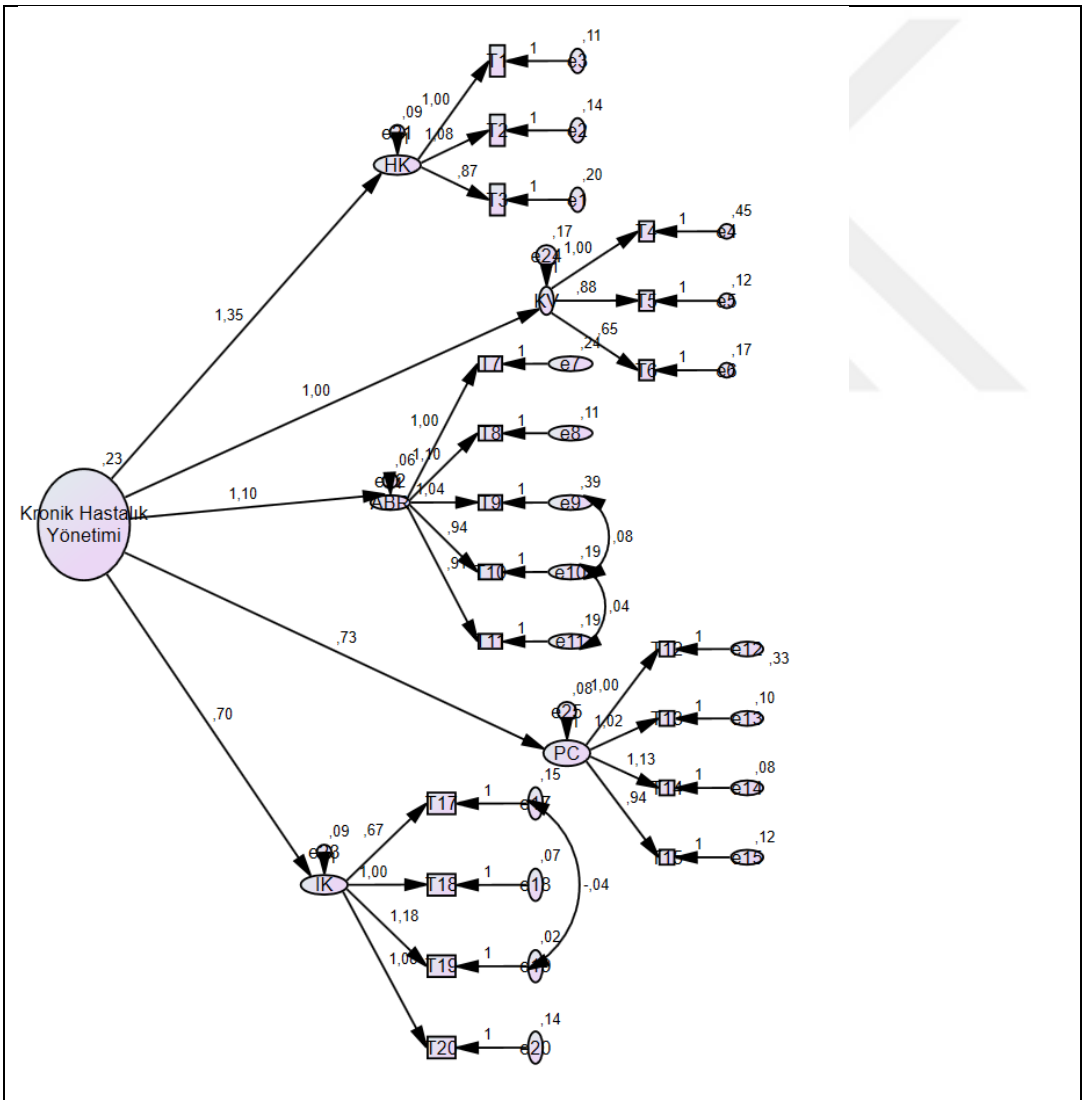
Ölçeklerin güvenirliğinin belirlenmesinde Cronbach Alpha değeri hesaplanmıştır. Cronbach Alpha değerinin 0,70'in üzerinde olması ölçeklerin güvenilirliği için yeterli görülmektedir (Hair vd., 2014). Sonuçlar Tablo 3.2'de ifade edilmiştir.

Tablo 3.2. Ölçeklerin güvenilirlik analizi sonuçları (Cronbach Alpha Değerleri)

ÖLÇEK	**Cronbach Alpha**
Kronik hastalık bakımı değerlendirme ölçeği	0,942
İş yükü-kontrol ve destek ölçeği	0,721

Tablo 3.3. Kronik Hastalık Yönetimi Ölçeği için ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizi (DFA) modelini ve sonuçlarını göstermektedir.

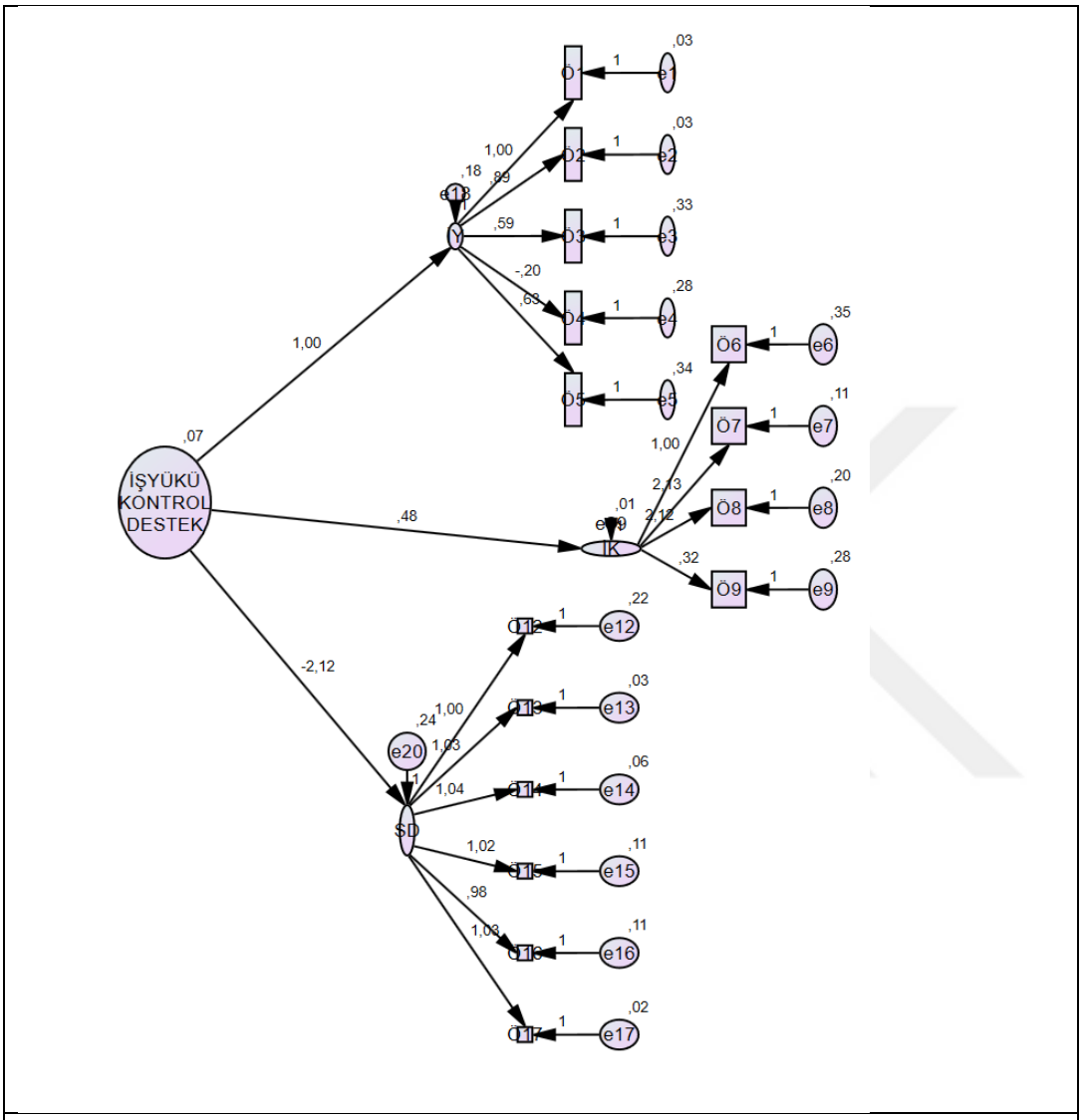
Tablo 3.3. Kronik Hastalık Yönetimi Ölçeği için ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizi (DFA) modeli



CMIN/df=3,086 p-değeri=0,000; CFI=0,884; GFI=0,796

Tablo 3.4. ise İş yükü – Kontrol- Destek Ölçeği için ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizi (DFA) Modelini ve analiz sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 3.4. İş yükü – Kontrol- Destek ölçeği için ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizi (DFA) Modeli



CMIN/df=3,520 p-değeri=0,000; CFI=0,910; GFI=0,829

Çalışmada ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uygulanmıştır. İkinci düzey DFA, birden fazla alt faktörden oluşan ölçeklerde, bu alt faktörlerin daha üst düzeyde tek bir genel faktör altında toplanıp toplanmadığını test etmek için kullanılır (Byrne, 2013).

Analiz sonucunda hangi değerlerin raporlanması gerektiği konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. Barrett (2007), yalnızca χ^2 değerinin raporlanmasının yeterli olabileceğini vurgulamaktadır. Öte yandan, Gürbüz (2019), örneklem büyüklüğünün 250'nin altında olduğu durumlarda RMSEA değerinin raporlanmasının zorunlu olmadığını belirtmekte ve

raporlanması gereken temel uyum indeksleri olarak χ^2, χ^2/df, p-değeri, CFI ve SRMR'yi önermektedir. Bu çalışmada CMIN/df, p-değeri, CFI ve GFI değerleri raporlanmıştır.

Tablo 3.5. Uyum iyiliği indeksleri ve eşik değerleri

İndeks	**İyi uyum**	**Kabul edilebilir**
CMIN/df	<3	3< χ^2/df<5
CFI	>.95	0.80<GFI<0.90
GFI	>.95	0.80<GFI<0.90

(Kaynak: Gürbüz, 2019)

Kronik Hastalık Yönetimi Ölçeğinin İkinci Düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucunda GFI değerinin 0,796 olduğu gözlenmiştir çeşitli modifikasyonlar yapılmasına rağmen değer daha fazla artırılamamıştır. Ancak Karaman (2023) bu değerin örnekleme aşırı duyarlı olduğunu ve örneklem arttıkça artığını vurgulamıştır (Wang vd., 2020). Ölçeklere ait raporlanan diğer değerlerin kabul edilebilir değerler arasında olduğu görülmektedir.

3.6. Sınırlılık ve Varsayımlar

Araştırma, çalışmaya katılan bireylerin görüşleri ve araştırmacı tarafından düzenlenen ve uygulanan ölçme aracından elde edilen veriler ile sınırlıdır. Çalışmada kullanılan ölçeklerin yeterli olduğu ve araştırmaya katılan kişilerin verdikleri cevapların gerçeği yansıttığı kabul edilmiştir. Araştırma Yozgat ili ASM çalışanları ile sınırlıdır.

3.7. Araştırma İzinleri

Yozgat Bozok üniversitesi sosyal ve beşerî bilimler etik kurulundan 164052 Sayılı izin alınmıştır. Ayrıca Yozgat il sağlık müdürlüğünden de anket yapmak için izin alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde katılımcılara ve veri toplamak için kullanılan ankete dair açıklayıcı bilgiler yer almaktadır.

4.1. Katılımcılara ve Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler

Bu bölümde, araştırmaya katılan bireylerin demografik özellikleri ve çalışma süresi gibi değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler özetlenmiştir. Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, ekonomik durum, çalışma süresi, bulunduğu kurumda çalışma süresi ve kronik hastalık durumu gibi değişkenlere ait en yüksek oranlara sahip kategoriler aşağıda Tablo 4.1.'de sunulmaktadır.

Tablo 4.1. Katılımcılara ait demografik bilgiler

Değişken		**Sayı**	**%**
Cinsiyet	Kadın	94	50
	Erkek	93	50
Yaş	20-30	47	25
	31-40	83	44
	41-52	57	31
Eğitim	Lise	21	11
	Ön lisans	19	10
	Lisans	19	10
	Yüksek lisans	128	69
Medeni durum	Evli	142	76
	Bekar	45	24
Ekonomik durum	Gelirim giderimden fazla	81	43
	Gelirim giderime eşit	86	46
	Gelirim giderimden az	20	11
Çalışma süresi	1-10	77	41
	11-20	80	43
	21-30	30	16
Bulunduğu kurumda çalışma süresi	1-5	91	49
	6-10	55	29
	11-15	41	22
Kronik hastalık durumu	Var	13	7
	Yok	174	93

Katılımcıların cinsiyet dağılımı eşittir. Yaş grupları içinde en yüksek oran %44 ile 31-40 yaş aralığındadır. Katılımcıların büyük çoğunluğu yüksek lisans mezunu (%69) ve evli bireyler çoğunluktadır (%76). Ekonomik durum açısından en yüksek oran %46 ile gelirinin giderine eşit olduğunu belirten katılımcılara aittir. Çalışma süresi açısından en büyük grup %43 ile 11-20 yıl çalışan bireylerden oluşmaktadır. Aynı şekilde, katılımcıların %49'u mevcut

kurumlarında 1-5 yıl çalışmaktadır. Son olarak, katılımcıların büyük çoğunluğunun (%93) kronik bir hastalığı bulunmamaktadır.

Tablo 4.2. Aile hekimliklerinin kronik hastalıklarla ilgili sorulara verdiği yanıtlar

No	Soru	Evet		Hayır		Kısmen	
		n	%	n	%	n	%
1	Aile hekimliğine kayıtlı hastaların ne kadarında kronik hastalık var, sayısını biliyor musunuz?	13	7	31	17	143	76
2	Kronik hastalığı olanları düzenli takip ediyor musunuz?	47	25	10	5	130	69
3	Kronik hastalık takibinde ya da hastaları bilgilendirme konusunda internet, telefon, mesaj uygulamalarını kullanıyor musunuz?	53	28	35	19	99	53
4	Biriminize kayıtlı kronik hastalığa sahip bireylerin tanı/izlem ve tedavisi için Toplum Sağlığı Merkezleri , 2.ve 3. Basamak Sağlık Hizmetleri ve/veya İdari Birimler ile iş birliği yapar mısınız?	19	10	19	10	149	80
5	Biriminize kayıtlı bireylere gerektiğinde yeterli ve dengeli beslenme danışmanlığı sunar mısınız?	62	33	16	9	109	58
6	Biriminize kayıtlı bireylere gerektiğinde fiziksel aktivite durumlarını değerlendirip, uygun egzersiz önerilerinde bulunur musunuz?	72	38	13	7	102	55
7	Biriminize kayıtlı bireylerin sigara kullanımını sorgulayıp, sigara bıraktırmaya yönelik danışmanlık verir misiniz?	146	78	11	6	30	16
8	Biriminize kayıtlı bireylerin alkol kullanımını sorgulayıp, riskli olanlar için danışmanlık verir misiniz?	142	76	11	6	34	18
9	Hastalarınızdan, ailesinde kronik hastalık öyküsü olanları erken tanı amaçlı bilgilendirir misiniz?	133	71	4	2	50	27
10	Kronik hastalığı olan bireylere gerekli aşıları yaptırmaları için önerilerde bulunur musunuz?	144	77	0	0	43	23
11	Uygun yaş gruplarına kanserin erken teşhisine yönelik pap smear, mamografi, gaitada gizli kan ve kolonoskopi tetkiklerini yaptırmalarını önerip, takibini yapar mısınız?	147	79	0	0	39	21
12	Biriminizde Kronik hastalık takibi için gerekli teknik donanım (Ekg,kan şekeri ölçüm cihazı vb.)var mıdır?	131	70	2	1	54	29
13	Biriminizde kronik hastalıkların takibi için gerekli laboratuvar hizmetleri var mıdır?	108	58	2	1	77	41
14	İçin Psikososyal ve Ruh Sağlığı hizmetine gerek duydunuz mu?	54	29	13	7	120	64
15	COVID-19 Sırasında Kronik hastalığı Olan Bireylerin daha sağlıklı olmak adına başvurularında artış oldu mu?	51	27	7	4	128	68

Aile hekimlerinin kronik hastalık yönetimi konusundaki uygulamalarını değerlendirmek amacıyla yapılan anket sonuçları Tablo 4.2'de sunulmuştur. Buna göre, aile hekimliklerinin çok azı kayıtlı hastaları arasında kronik hastalığı olan bireylerin tam sayısını bildiğini belirtmiştir (%7). Kronik hastaların düzenli takibinde ise "kısmen" yanıtı verenlerin oranı oldukça yüksektir (%69).

Aile hekimlerinin sigara (%78) ve alkol (%76) kullanımını sorgulayıp danışmanlık hizmeti verme oranlarının oldukça yüksek olduğu belirlenmiştir. Kanser taramalarını önerip takibini

yapan aile hekimleri (%79) ve kronik hastalara yönelik aşılama önerisinde bulunanlar (%77) en yüksek oranlara sahiptir.

Öte yandan, kronik hastalık yönetimi için diğer sağlık birimleriyle iş birliği yapan aile hekimlerinin oranı oldukça düşüktür (%10). Ancak bu konuda kısmen iş birliği yapanların oranı oldukça yüksektir (%80).

COVID-19 sürecinde, kronik hastaların başvurularında artış olduğunu belirten aile hekimleri ağırlıklı olarak "kısmen" yanıtını vermiştir (%68).

Tablo 4.3. Ölçek ve boyutlarına ait tanımlayıcı istatistikler

Boyutlar	**Minimum**	**Maksimum**	**Ortalama**	**Standart sapma**
Hekim Perspektifinden Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği	3	5	4,06	0,49
1.Hasta Katılımı	2	5	3,92	0,72
2.Karar Verme Desteği	3	5	3,77	0,60
3.Amaç Belirleme/Rehberlik	2	5	3,77	0,62
4.Problem Çözme	2	5	3,91	0,49
5.İzlem Koordinasyon	2	5	3,95	0,43
İsveç iş yükü-kontrol-destek anketi	2	3	2,95	0,25
1.İş yükü	1	4	2,68	0,38
2.İş kontrolü	1	3	2,60	0,23
3. Sosyal destek	1	4	3,58	0,76

Tablo 4.3.'de, araştırmada kullanılan Hekim Perspektifinden Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği ve İsveç İş Yükü-Kontrol-Destek Anketi'ne ait tanımlayıcı istatistikler sunulmaktadır. Ölçek ve alt boyutların minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanarak değerlendirilmiştir.

Hekim Perspektifinden Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeğinin genel ortalaması 4.06 (SS = 0.49) olarak bulunmuştur. Alt boyutlar incelendiğinde, Hasta Katılımı boyutu ($\bar{X}$ = 3.92, SS = 0.72) en yüksek ortalamaya sahiptir.

İsveç İş Yükü-Kontrol-Destek Anketi'nde ise en yüksek ortalama Sosyal Destek boyutuna aittir ($\bar{X}$ = 3.58, SS = 0.76). İş yükü ($\bar{X}$ = 2.68, SS = 0.38) ve iş kontrolü ($\bar{X}$ = 2.60, SS = 0.23) alt boyutlarının ortalamalarının birbirine yakın olduğu görülmektedir.

Tablo 4.4. Demografik verilere göre kronik hastalık yönetimi puanlarının karşılaştırılması

Değişken		**Sayı**	**Kronik hastalık yönetimi**		**Anlamlılık**
			x	**ss**	
Cinsiyet	Kadın	94	3,95	0,53	t=-3,06
	Erkek	93	4,17	0,43	**p=0,003**
Yaş	20-30	47	4,07	0,49	F=3,136
	31-40	83	3,97	0,54	**p=0,046**
	41-52	57	4,18	0,39	
Eğitim	Lise	21	4,06	0,21	F=0,92
	Ön lisans	19	4,24	0,48	p=0,428
	Lisans	19	4,02	0,44	
	Yüksek lisans	128	4,04	0,53	
Medeni durum	Evli	142			t=-0,889
	Bekar	45			p=0,375
Ekonomik durum	Gelirim giderimden fazla	81	4,15	0,41	F=6,07
	Gelirim giderime eşit	86	3,93	0,52	**p=0,003**
	Gelirim giderimden az	20	4,25	0,36	
Çalışma süresi	1-10	77	4,10	0,53	F=6,51
	11-20	80	3,94	0,46	**p=0,002**
	21-30	30	4,30	0,39	
Bulunduğu kurumda çalışma süresi	1-5	91	4,03	0,56	F=0,445
	6-10	55	4,08	0,43	p=0,642
	11-15	41	4,11	0,41	
Kronik hastalık durumu	Var	13			t=-0,800
	Yok	174			p=0,425

Katılımcıların demografik değişkenlere göre Kronik Hastalık Yönetimi puanlarının farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla t-testi ve ANOVA analizi uygulanmıştır. Analiz sonucu Tablo 4.4'de verilmiştir. Gruplar arası varyansın homojen olup olmadığına göre farklı post-hoc testleri (Games-Howell, Gabriel) kullanılarak farkın kaynağı belirlenmiştir.

Cinsiyet değişkenine göre kronik hastalık yönetimi puanları anlamlı farklılık göstermektedir (t=-3.06, p=0.003). Erkek katılımcılar ($\bar{X}$ = 4.17, SS = 0.43) kadın katılımcılara ($\bar{X}$ = 3.95, SS = 0.53) kıyasla daha yüksek kronik hastalık yönetimi puanına sahiptir.

Yaş grupları arasında kronik hastalık yönetimi puanları anlamlı şekilde farklılaşmaktadır (F=3.136, p=0.046). Gabriel post-hoc testine göre bu fark, 41-52 yaş aralığında bulunan 3. gruptan kaynaklanmaktadır ($\bar{X}$ = 4.18, SS = 0.39). Bu yaş grubundaki katılımcılar, diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksek kronik hastalık yönetimi puanına sahiptir.

Katılımcıların ekonomik durumlarına göre kronik hastalık yönetimi puanları anlamlı farklılık göstermektedir (F=6.07, p=0.003). Games-Howell post-hoc testine göre bu farklılık, geliri

giderine eşit olan katılımcılar ile geliri giderinden fazla ve az olan katılımcılar arasında gözlemlenmiştir.

Çalışma süresi, kronik hastalık yönetimi puanlarını anlamlı şekilde etkilemektedir (F=6.51, p=0.002). Gabriel post-hoc testine göre, 21-30 yıl çalışma süresine sahip olan katılımcılar ($\bar{X}$ = 4.30, SS = 0.39), daha az çalışma yılı olan katılımcılara kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek puana sahiptir.

Katılımcıların eğitim durumu (F=0.92, p=0.428), medeni durumu (t=-0.889, p=0.375), bulunduğu kurumda çalışma süresi (F=0.445, p=0.642) ve kronik hastalık durumu (t=-0.800, p=0.425) değişkenlerine göre kronik hastalık yönetimi puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 4.5. Kronik hastalık yönetimi ile iş yükü-kontrol ve destek puanları arasındaki etkinin Regresyon Analizi sonuçları

Bağımlı değişken	**Bağımsız değişken**	**B**	**S.H.**	**β**	**T**	**P**	**Tolerance**	**VIF**	**R**	**R2**	**F**	**P**	**Durbin Watson**
Kronik hastalık yönetimi	İş yükü	-,170	,072	-0,13	-2,35	0,019	,911	1,09	,686	,461	54,10	<,001	1,459
	İş kontrolü	-,234	,115	-0,11	-2,03	0,043	,910	1,024					
	Sosyal destek	,406	,037	,621	11,03	**<0,001**	,911	1,09					

Araştırmada, İş Yükü, İş Kontrolü ve Sosyal Destek değişkenlerinin Kronik Hastalık Yönetimi üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla çoklu regresyon analizi uygulanmıştır. Modelin genel anlamlılığı incelendiğinde, F (54.10, p <0.001) değeri modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir. Sonuçlar Tablo 4.5.'de gösterilmiştir.

Bağımsız değişkenler birlikte ele alındığında, Kronik Hastalık Yönetimi'ndeki varyansın %46,1'ini açıklamaktadır (R^2 = 0.461). Ayrıca, Durbin-Watson değeri 1.459 olarak hesaplanmış olup, otokorelasyon açısından kabul edilebilir seviyededir. Çoklu bağlantı (multicollinearity) incelendiğinde, VIF değerleri 1.09'un altında olup, bağımsız değişkenler arasında yüksek ilişki olmadığı görülmüştür.

Bağımsız Değişkenlerin Kronik Hastalık Yönetimi Üzerindeki Etkileri;

Sosyal Destek, Kronik Hastalık Yönetimi üzerinde en güçlü ve anlamlı pozitif etkiye sahiptir.

B = 0.406, β = 0.621, p <0.001 → Sosyal destek arttıkça, kronik hastalık yönetimi anlamlı şekilde artmaktadır.

Modeldeki en yüksek etki katsayısı bu değişkene aittir, dolayısıyla sosyal destek, kronik hastalık yönetimi açısından en önemli belirleyici faktörlerden biri olarak öne çıkmaktadır.

İş Yükü, Kronik Hastalık Yönetimi üzerinde negatif bir etkiye sahiptir ve anlamlı bir sonuç elde edilmiştir.

B =-0.170, β =-0.13, p = 0.019 → İş yükü arttıkça, kronik hastalık yönetimi puanı azalmaktadır.

Ancak, etki düzeyi sosyal desteğe kıyasla daha düşüktür. İş Kontrolü de negatif bir etkiye sahiptir ve anlamlıdır, ancak etkisi oldukça zayıftır.

B = -0.234, β = -0.11, p = 0.043 → İş kontrolü düştükçe, kronik hastalık yönetimi olumsuz yönde etkilenmektedir.

Genel olarak araştırmada elde edilen bulguları özetlemek gerekirse; Araştırmaya katılan bireyler, eşit oranda kadın ve erkeklerden oluşmakta olup, çoğunluğu 31-40 yaş aralığında, yüksek lisans mezunu ve evli bireylerden meydana gelmektedir. Ekonomik durum açısından, katılımcıların büyük bir kısmı gelirinin giderine eşit olduğunu belirtmiştir. Çalışma süresi bakımından en yüksek oran, 11-20 yıl arası çalışan bireylerden oluşurken, kurumdaki çalışma süresi açısından en fazla katılımcı 1-5 yıl arasında deneyime sahiptir. Katılımcıların büyük çoğunluğu herhangi bir kronik hastalığa sahip değildir. Araştırmada, kronik hastalık yönetimini etkileyen temel faktörlerin iş yükü, iş kontrolü ve sosyal destek olduğu belirlenmiştir. Regresyon analizine göre, sosyal destek kronik hastalık yönetimi üzerinde en güçlü ve anlamlı pozitif etkiye sahipken, iş yükü ve iş kontrolü negatif bir etki göstermektedir. Ayrıca, erkeklerin, 41-52 yaş grubundaki bireylerin, geliri giderine eşit olanların ve 21-30 yıl çalışanların kronik hastalık yönetimi puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Öte yandan, eğitim durumu, medeni durum, kurumda çalışma süresi ve bireylerin kronik hastalık sahibi olup olmaması kronik hastalık yönetimi üzerinde anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, Yozgat ilindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapan sağlık profesyonellerinin demografik özellikleri ve kronik hastalık yönetimindeki durumları incelenmiş, elde edilen bulgular literatürdeki benzer çalışmalarla karşılaştırılarak değerlendirilmeye çalışılmıştır. Katılımcıların yaş, eğitim durumu, çalışma süresi ve kronik hastalık varlığı gibi değişkenleri, bu bireylerin sağlık hizmeti sunumundaki yetkinlikleri ve kronik hastalıkların yönetiminde üstlendikleri roller açısından önemli ipuçları sunmaktadır. Aynı zamanda katılımcıların kronik hastalık yönetimleri ile sosyal destek, iş yükü ve iş kontrolü arasında bir ilişki var mı test edilmiştir.

Yozgat ilinde aile sağlığı merkezlerinde kronik hastalık yönetimi ile ilgili durumlar ve etki eden faktörler hem demografik açıdan hem de iş yükü, iş kontrolü ve sosyal destek açısından incelenmiştir.

Aile hekimliği uygulamalarına bakıldığında, sigara/alkol danışmanlığı, aşılama ve tarama konularında yüksek oranlar göze çarparken; kronik hastaların sayısının bilinmemesi ve diğer sağlık birimleriyle iş birliğinin zayıf olması, sistemsel koordinasyon eksikliğini işaret etmektedir. Bu bulgu, Starfield (1998) ve World Health Organization (2008) raporlarında belirtilen birinci basamak sağlık hizmetlerinin "koordinasyon" işlevinin yeterince işletilemediği görüşüyle örtüşmektedir.

Bulgularımız, aile hekimlerinin kronik hastalık yönetimi konusunda bazı temel sorumlulukları yerine getirme konusunda yüksek bir farkındalık ve çaba içinde olduğunu gösterse de, belirli alanlarda kısmi ya da sınırlı uygulamaların yaygın olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle aile hekimlerinin yalnızca %7'sinin kayıtlı hastaları arasında kronik hastalığı olan bireylerin sayısını tam olarak bildiğini ifade etmesi, veri temelli hasta izleminin yeterince sistematik yürütülmediğini düşündürmektedir. Kalav ve Bektaş'ın (2021) kronik bakım modeli üzerine yaptıkları çalışmada da benzer şekilde, Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta listelerinin analitik temelli takibinin sınırlı olduğu ve kayıt sistemlerinin etkinleştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Araştırmamızda dikkat çeken bulgulardan biri, aile hekimlerinin büyük kısmının (%69) kronik hastaların düzenli takibini "kısmen" yürüttüğünü belirtmesidir. Bu sonuç, kronik hastalık yönetiminde sürekli ve planlı izlem süreçlerinin hâlen zayıf olduğunu göstermektedir. Yıldırım ve Hacıhasanoğlu (2020), diyabet öz yönetiminde aile

hekimleri ile sağlık profesyonellerinin çok disiplinli çalışmasının izlem başarısını artırdığını belirtmiştir.

Ayrıca, Yıldırım ve Hacıhasanoğlu (2020) ifadesine göre, aile hekimleri birinci basamakta kronik hastalıkların korunması, tanı ve tedavisinde aktif rol üstlenmekle birlikte, bu görevlerin etkin yürütülmesinde çeşitli yapısal sorunlar bulunmaktadır. Öncelikle, aile hekimliği uzmanı sayısının yetersiz olması nedeniyle, görev yapan aile hekimlerinin büyük çoğunluğunun uzmanlık eğitimi bulunmamaktadır. Bu durum, bilgi ve deneyim eksikliğine yol açmaktadır. Ayrıca mevzuatta her bir aile hekimine ortalama 2.000 kişi düşmesi öngörülmesine rağmen, mevcut durumda bu sayı ortalama 3.400 civarındadır. Bu da aile hekimlerinin iş yükünü artırarak kronik hastalık izlemleri ve taramaları için gerekli zamanı kısıtlamaktadır. Öte yandan, sağlık uygulama tebliğinde yer alan düzenlemeler nedeniyle aile hekimlerinin kronik hastalık yönetiminde yetki ve görevlerinin sınırlı olması da sürecin etkinliğini olumsuz etkilemektedir.

Bilgi ve iletişim teknolojilerinin kronik hastalık yönetiminde kullanımı ise araştırma verilerine göre %28 oranında yaygınken, %53'lük bir kesim bu araçları "kısmen" kullandığını belirtmiştir. Bu bulgu, teknolojik olanakların hasta takibi ve iletişimde sistematik biçimde entegre edilmediğini göstermektedir. Sevinç ve Aktürk (2024), tele-hemşirelik uygulamaları üzerine yaptıkları çalışmada, aile hekimliği uygulamalarında dijital sistemlerin hasta takibinde büyük kolaylık sağladığını vurgulamıştır.

Diğer sağlık birimleriyle iş birliği konusundaki veriler ise dikkat çekicidir. Sadece %10'luk bir kesim bu iş birliğini "evet" olarak bildirirken, %80'i bu süreci "kısmen" yürüttüğünü belirtmiştir. Tarama hizmetlerinde ise sigara (%78), alkol (%76) danışmanlığı ile pap smear, mamografi gibi kanser erken tanı önerileri (%79) oldukça yüksek oranlara ulaşmıştır. Bu, koruyucu sağlık hizmetlerinin bazı alanlarda iyi uygulandığını göstermektedir. Şeker (2024) aile hekimi uzmanları ile yaptığı araştırmada katılımcıların %99'unun yaşam tarzı danışmanlığında bulunduğunu belirtmiştir. Kartal (2024), toplum eczacılarının da birinci basamakla entegre edilmesinin tarama ve danışmanlık hizmetlerinin başarısını artırabileceğini savunmuştur.

Bununla birlikte, kronik hastalıklara yönelik danışmanlık (örneğin dengeli beslenme, fiziksel aktivite önerisi) "kısmen" yürütülmektedir. Aile hekimlerinin katıldığı bir araştırmada,

hekimler Tip2 Diyabet hastalığının takip ve tedavisinde en önemli engellerin; tedavi ile ilgili ilaçları reçete edememe, rapor çıkaramama, günlük hasta sayısının fazla olması ve hastanın branş doktoruna gitmek istemesi şeklinde özetlenmiştir (Şeker, 2024). Bölüktaş ve Özer (2019), web tabanlı eğitim sistemlerinin sağlık çalışanlarının danışmanlık yeterliliğini artırmada etkili olduğunu vurgulamıştır. Yoğunluk sebebiyle her bir hastaya danışmanlık yapacak fırsat bulamayan sağlık çalışanı web tabanlı uygulamalardan destek alabilir.

COVID-19 pandemisiyle ilgili olarak, aile hekimlerinin %68'i kronik hastaların başvurularında artış olduğunu "kısmen" belirtmiştir. Pandemi döneminde hastaların ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetine erişiminde birinci basamak önemli bir rol üstlenmiştir (Özer ve Özcan, 2020). Bu bulgu, pandemi döneminde sağlık sisteminin erişim dinamiklerinde yaşanan değişimin kronik hastalık hizmetlerine etkisini ortaya koymaktadır. Balcı ve Koçatakan (2021) da pandemi sürecinde evde bakım hizmetleri ve birinci basamağın önemine dikkat çekerek bu durumu desteklemiştir.

Yapılan çoklu regresyon analizine göre, en güçlü ve anlamlı pozitif etki sosyal destek değişkenine aittir. Buna karşılık, iş yükü ve iş kontrolü değişkenlerinin kronik hastalık yönetimi üzerinde anlamlı fakat negatif etkileri tespit edilmiştir. Ayrıca, erkekler, 41–52 yaş grubu bireyler, geliri giderine eşit olanlar ve 21–30 yıl arasında çalışan bireylerin kronik hastalık yönetimi puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumu, medeni durum, kurumda çalışma süresi ve kronik hastalık sahibi olma durumunun ise anlamlı bir fark yaratmadığı görülmüştür. Bu bulgular, bireyin sosyal çevresi, iş ortamı ve demografik özelliklerinin, kronik hastalık yönetiminde etkili olduğunu ortaya koymuştur.

Demografik değişkenlere bakıldığında, erkeklerin daha yüksek puan alması, bazı çalışmalarda erkek bireylerin daha az sağlık kaygısı yaşadığı ve sağlık kontrolünü görev olarak gördüğü sonucunu destekler niteliktedir (Courtenay, 2000). Ancak, kadınların sağlık hizmetlerine daha fazla başvurduğunu belirten bazı araştırmalarla (Green & Pope, 1999) bu bulgu çelişebilir. Bu fark, kültürel ya da bölgesel rollerin etkisiyle açıklanabilir.

Çalışmamızda, cinsiyet, yaş, ekonomik durum ve toplam çalışma süresi gibi demografik değişkenlerin kronik hastalık yönetimi puanları üzerinde anlamlı fark yarattığı; buna karşılık eğitim düzeyi, medeni durum ve kronik hastalık varlığı değişkenlerinin anlamlı fark oluşturmadığı tespit edilmiştir. Cinsiyet değişkeni açısından erkeklerin, kadınlara göre daha

yüksek kronik hastalık yönetimi puanına sahip olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, Dr. Sanem Baykan Tüzüner'in "İzmir'deki Aile Hekimlerinin ve Aile Hekimliği Asistanlarının Kronik Hastalık Yönetimi Algısı" başlıklı uzmanlık tezinin bulguları ile kısmen örtüşmekte, kısmen de farklılık göstermektedir. Tüzüner'in çalışmasında kadın hekimlerin, özellikle hasta katılımı ve karar verme desteği boyutlarında daha yüksek puanlara sahip oldukları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir (Tüzüner, 2018, s.69). Meslek yılı değişkeni bakımından ise her iki çalışmada da anlamlı fark tespit edilmiş, ancak Tüzüner'in tezinde daha az meslek yılına sahip hekimlerin kronik hastalık yönetimi puanlarının daha yüksek olduğu, dolayısıyla deneyim arttıkça puanların azaldığı bildirilmiştir (Tüzüner, 2018, s.71). Eğitim düzeyine ilişkin olarak, bu araştırmada eğitim düzeyinin anlamlı fark oluşturmadığı bulunurken, Tüzüner'in çalışmasında ünvan (uzman/asistan) değişkeni üzerinden yapılan değerlendirmelerde akademik düzeyi yüksek olan hekimlerin kronik hastalık yönetimi puanlarının daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Tüzüner, 2018, s.70). Medeni durum ve kronik hastalık varlığı değişkenlerinin etkisiz bulunması her iki çalışmada da paralellik göstermektedir. Bu yönüyle mevcut çalışma, literatürdeki yerel bir çalışma olan Tüzüner'in bulgularını belirli açılardan desteklemekte, belirli açılardan ise yeni katkılar sunarak farklılık göstermektedir. Yine araştırmamız, Karaca'nın (2022) Hatay ilinde aile hekimleriyle gerçekleştirdiği çalışmayla da paralellik göstermektedir. Söz konusu araştırmada da erkek hekimlerin, kronik hastalıkların bakımında daha yüksek düzeyde yeterlilik bildirdikleri ortaya konmuştur. Ayrıca Karaca'nın çalışmasında; hastalarına daha fazla süre ayıran, kayıtlı nüfustaki kronik hastalığı olan bireylerin sayısını bilen ve bu bireylerle düzenli görüşme yapan hekimlerin, kronik hastalık yönetiminde kendilerini daha yetkin hissettikleri vurgulanmıştır. Bu bulgular, kronik hastalık yönetiminin yalnızca bireysel bilgi ve deneyime değil, aynı zamanda hasta-hekim etkileşiminin niteliğine ve sağlık hizmeti sunum koşullarına da bağlı olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla, her iki çalışma birlikte değerlendirildiğinde, kronik hastalıkların etkili şekilde yönetilebilmesi için hem kişisel hem de yapısal faktörlerin göz önünde bulundurulması gerektiği sonucuna ulaşılabilir.

Eğitim, medeni durum, kurumda çalışma süresi gibi faktörlerde ise anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Bu durum, bireysel yeterliklerin yalnızca akademik eğitim ya da medeni durumla değil; deneyim, kurum kültürü ve hizmet içi eğitimle ilişkili olabileceğine işaret etmektedir. Cihangiroğlu ve Deveci'nin (2011) çalışmasında da benzer şekilde, kronik hastalık

yönetimi performansında eğitim seviyesinden çok mesleki çevre ve iş yükü faktörleri etkili bulunmuştur.

Çalışma süresi değişkeninde, özellikle 21–30 yıl arasında çalışan bireylerin daha yüksek puanlara sahip olması, mesleki tecrübenin doğrudan kronik hastalık yönetim yeterliğiyle ilişkili olduğunu göstermektedir fakat, Tüzüner'in çalışmasında meslek yıllarına göre 20 yıl üstü çalışma deneyimi olan hekimlerin (%22,1) kronik hastalıklarda sorun yaşama sıklığı, 20 yıl altı çalışma deneyimi olan hekimlerden (%11,9) daha yüksektir. İki grup arasında anlamlı fark vardır. (p=0,005) Bu noktada mesleki deneyim, kronik hastalık yönetimini kolaylaştırmamaktadır (Tüzüner, 2018, s.87). Bu açıdan bakıldığında çalışmamız bölge bazında Tüzüner'in çalışmasından farklılık göstermektedir.

Ekonomik duruma göre anlamlı farklar elde edilmiş, özellikle gelir-gider dengesi "fazla" veya "az" olan bireylerin, "eşit" olanlara göre daha yüksek puanlar aldığı gözlenmiştir.

Araştırmamızda kullanılan Hekim Perspektifinden Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği sonuçları, aile hekimliği hizmetlerinde hasta merkezli bakım anlayışının genel anlamda olumlu karşılandığını göstermektedir. Ölçeğin genel ortalamasının 4.06 (SS = 0.49) gibi yüksek bir değerle sonuçlanması, katılımcıların kronik hastalık bakımında hastaları sürece katmaya ve onların ihtiyaçlarına duyarlı davranmaya özen gösterdiğini düşündürmektedir. Bu bulgu, Akan'ın (2019) Tip 2 diyabetli bireylerle yürüttüğü çalışmada elde edilen yüksek hasta memnuniyeti ile örtüşmektedir. Akan'ın çalışmasında hasta katılımı ve izlem koordinasyonu alt boyutlarının etkili olması, bakım kalitesine doğrudan katkı sağladığını göstermiştir.

En yüksek puan ortalamalarından birisi olan "Hasta Katılımı" alt boyutu ($\bar{X}$ = 3.92), aile hekimlerinin hastaları karar süreçlerine dahil etme yönünde gösterdiği çabayı işaret ederken, "İzlem Koordinasyonu" alt boyutunun yüksek puanı ($\bar{X}$ = 3.95) hizmetlerin sürekliliği açısından olumlu bir göstergedir. Nitekim, Şahin ve Akman (2019), hasta merkezli bakımda izlem ve rehberlik bileşenlerinin aile sağlığı merkezleri aracılığıyla etkin biçimde yürütülebilmesinin, hastaların tedaviye uyumunu artırdığını ifade etmişlerdir.

Ancak aynı olumlu tablo, İsveç İş Yükü–Kontrol–Destek Anketi üzerinden yapılan değerlendirmelerde tam olarak görülememektedir. Özellikle iş yükü ($\bar{X}$ = 2.68) ve iş kontrolü ($\bar{X}$ = 2.60) boyutlarındaki düşük ortalamalar, aile hekimlerinin yüksek hizmet talebi karşısında zaman yönetimi ve karar verme süreçlerinde zorlandıklarını göstermektedir. Bu sonuç,

Paksoy'un (2017) sağlık ekonomisi perspektifinden teletıp uygulamalarını ele aldığı çalışmasında da desteklenmiştir; araştırmada iş yükü baskısının dijital çözümlerle hafifletilmesi önerilmektedir. Sosyal destek alt boyutunun yüksek ortalaması ($\bar{X}$ = 3.58), ekip içi dayanışmanın ve meslektaş ilişkilerinin önemli bir faktör olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda, Yozgat ilindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapan aile hekimleri ve sağlık çalışanlarının kronik hastalık yönetimindeki rollerini değerlendirirken, iş yükü, iş kontrolü ve sosyal desteğin bu sürece etkilerini çoklu regresyon modeliyle analiz ettik. Elde edilen bulgular, özellikle sosyal desteğin kronik hastalık yönetimi üzerinde en güçlü pozitif etkiye sahip olduğunu göstermiştir. Bu durum, literatürde sıkça vurgulanan bir eğilimle uyumludur.

Özellikle Chen, Nibbio ve Kotozaki (2025) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, sağlık çalışanları üzerinde yürütülen araştırmalarda, sosyal desteğin yalnızca tükenmişlik düzeylerini azaltmadığı, aynı zamanda öz-yeterlilik ve kontrol algısını artırarak klinik performans üzerinde olumlu etkiler yarattığı ortaya konmuştur. Sosyal destek mekanizmalarının, çalışanların hem psikolojik sağlamlıklarını korumalarına hem de daha etkin hasta takibi yapmalarına olanak tanıdığı ifade edilmektedir.

Ayrıca, sosyal desteğin, çalışanların yalnızlık ve tükenmişlik düzeylerini azaltarak kronik hastalık yönetimi gibi uzun süreli izlem ve bütüncül yaklaşım gerektiren alanlarda bağlılıklarını artırdığı da vurgulanmaktadır (Chen vd., 2025). Bulgularımızda iş yükü arttıkça kronik hastalık yönetimi puanının azaldığı da gözlemlenmiştir. Bu sonuç, birincil basamak sağlık çalışanlarının zaman ve kaynak yetersizliği nedeniyle kronik hasta yönetimi gibi zaman alıcı görevlerde yeterli etkinliği sağlayamamalarını desteklemektedir. Diğer başka yapılan bir araştırmada da kronik hastalıkların etkin yönetiminde bireyin sosyal destek sistemi ve birincil sağlık hizmetlerinin koordinasyonu vurgulanmaktadır (Bodenheimer vd., 2002b). Araştırmamızda sosyal desteğin güçlü etkisi, Wills & Cohen (1985)'in sosyal destek ile stres azaltımı arasındaki ilişkisini açıklayan tampon hipoteziyle de uyumludur.

Öte yandan, iş yükünün artmasının ve iş kontrolünün azalmasının kronik hastalık yönetimini olumsuz etkilemesi, Karasek ve Theorell (1990) tarafından ortaya konan "iş yükü-kontrol modeli" ile paraleldir. İş ortamındaki stres faktörlerinin, bireyin sağlık davranışlarını doğrudan etkilediği bu modelde de vurgulanmaktadır. Benzer şekilde, Schnall vd., (1994) de kronik

hastalıkların yönetiminde iş yaşamındaki baskının sağlık sonuçlarını olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir.

İş yükü arttıkça kronik hastalık yönetimi azalmaktadır. Liu ve Lo (2018) araştırmalarında artan iş yükünün kişileri duyarsızlaştırdığı ve tükenmişliği artırdığı belirtilmiştir. Kargı ve Özdemir (2022) çalışmalarında iş yükü artmasının sağlık çalışanlarında tükenmişliği artırdığını belirtmektedir. Bu bulgular bizim çalışmamız ile paralellik göstermektedir. Duyarsızlaşan ve tükenmişlik yaşan personel normal olarak diğerlerine göre daha az hastalık yönetimine katkı sağlayacaktır. Atalay ve Çakırel (2022) iş yükünün artması, tedavi sürecinde hasta ile ilişkileri problemsiz geçmesi açısından önemli bir yerde olduğunu bildirmiştir.

Sonuç olarak, araştırmamızda sosyal desteğin kronik hastalık yönetimi üzerindeki etkisinin güçlü olması, iş yükü ve kontrolünün ise olumsuz etki yaratması literatürle genel olarak uyumludur. Demografik bazı farklılıkların ise bölgesel ve kültürel dinamiklerle açıklanabileceği düşünülmektedir. Özellikle aile sağlığı merkezlerinin koordinasyon rolünü yeterince üstlenememesi, sağlık sisteminde yapısal iyileştirmelere ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Bu bağlamda, araştırmamızın bulguları ile alan yazındaki birçok bulgu genel anlamda tutarlıdır. Ancak bazı değişkenlerde ortaya çıkan farklar, çalışmanın örneklemi, bölgesel yapısı ve kültürel özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir. Bu nedenle, sonuçların daha geniş ve çeşitlendirilmiş örneklemlerle yeniden değerlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, Yozgat ilindeki aile sağlığı merkezlerinde kronik hastalık yönetiminin mevcut durumunu sağlık çalışanlarının demografik özellikleri, iş koşulları ve hasta bakım süreçleri açısından değerlendirmeyi amaçlamıştır. Katılımcıların aile hekimliği uygulamaları ile ilgili sonuçları aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır.

- Aile hekimliğine kayıtlı hastaların yalnızca %7'sinde kronik hastalık sayısını tam olarak bilmektedir; %76'sı kısmen, %17'si ise hiç bilmemektedir.
- Kronik hastalığı olan bireylerin %25'i düzenli olarak takip edilirken; %69'u kısmen, %5'i hiç takip edilmemektedir.
- İnternet, telefon veya mesaj yoluyla kronik hastalık takibi/ bilgilendirmeyi %28 oranında düzenli, %53 oranında kısmen, %19 oranında ise hiç gerçekleştirmemektedir.
- Toplum Sağlığı Merkezleri ve diğer basamaklarla iş birliği, yalnızca %10 oranında düzenli yürütülürken; %80 kısmen, %10 ise hiç iş birliği yapmamaktadır.
- Dengeli beslenme danışmanlığı sunma oranı %33 iken; %58 kısmen, %9 hiç verilmemektedir.
- Fiziksel aktivite değerlendirmesi ve egzersiz önerisi %38 oranında düzenli, %55 kısmen, %7 ise hiç yapılmamaktadır.
- Sigara kullanımını sorgulayıp bırakma danışmanlığı %78 oranında uygulanmakta, %16 kısmen ve %6 oranında hiç verilmemektedir.
- Alkol kullanımını sorgulayıp danışmanlık verme %76 oranında düzenli, %18 kısmen, %6 oranında hiç yapılmamaktadır.
- Ailesinde kronik hastalık öyküsü olanları erken tanı için bilgilendirme %71 oranında düzenli, %27 kısmen, %2 ise hiç yapılmamaktadır.
- Kronik hastalığı olanlara aşı önerisi yapma oranı %77; %23 kısmen, %0 hiç yapılmamaktadır.
- Kanser erken teşhis tetkiklerini önerip takibi %79 oranında düzenli, %21 kısmen, %0 hiç yapılmamaktadır.
- Gerekli teknik donanıma (EKG, kan şekeri ölçüm cihazı vb.) sahip olma %70, kısmen sahip olma %29, hiç sahip olmama %1'dir.

- Gerekli laboratuvar hizmetlerine sahip olma %58, kısmen %41, hiç sahip olmama %1'dir.
- Psikososyal ve ruh sağlığı hizmetine ihtiyaç duyma %29; %64 kısmen, %7 hiç ihtiyaç duyulmamıştır.
- COVID-19 döneminde kronik hastaların başvurularında artış %27 oranında düzenli, %68 kısmen, %4 oranında ise artış olmadığı bildirilmiştir.

Katılımcıların kronik hastalık yönetim puanlarını ölçmek amacıyla Hekim Perspektifinden Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği kullanılmış ve ölçeğin genel ortalaması 4.06 (SS = 0.49) olarak bulunmuştur. Alt boyutlar incelendiğinde, Hasta Katılımı boyutu ($\bar{X}$ = 3.92, SS = 0.72) en yüksek ortalamaya sahiptir. Kronik hastalık yönetimi demografik verilere göre değişim sonuçları aşağıda verilmiştir.

- Cinsiyet: Erkek katılımcıların puanları kadınlardan daha yüksektir.
- Yaş Grubu: 41–52 yaş aralığındaki katılımcılar en yüksek puanları almıştır.
- Ekonomik Durum: Geliri giderine eşit olanlar, gelir-gider dengesinden fazla veya az olanlardan daha yüksek puan almıştır.
- Meslekî Deneyim: 21–30 yıl deneyime sahip katılımcılar, diğer gruplardan daha yüksek puan elde etmiştir.
- Eğitim Düzeyi, Medeni Durum, Kurumdaki Süre ve Kendi Kronik Hastalık Durumu: Bu değişkenler arasında puan farkı bulunmamıştır.

Çalışanların stresini ve sosyal destek boyutlarını ölçemk amacıyla İsveç İş Yükü-Kontrol-Destek Anketi kullanılmıştır. Ankette en yüksek ortalama sosyal destek boyutuna aittir ($\bar{X}$ = 3.58, SS = 0.76). İş yükü ($\bar{X}$ = 2.68, SS = 0.38) ve iş kontrolü ($\bar{X}$ = 2.60, SS = 0.23) alt boyutlarının ortalamalarının birbirine yakın olduğu görülmektedir. İş yükü, iş kontrolü ve sosyal destek boyutlarının kronik hastalık yönetimi ile ilişkisine ait analiz sonuçları aşağıda sıralanmıştır.

- Regresyon modelinin genel olarak kronik hastalık yönetimi puanlarındaki değişimin %46,1'ini açıkladığı (R^2=0.461) ve modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.001$).

- Sosyal destek, kronik hastalık yönetimi üzerinde en güçlü pozitif belirleyici olarak öne çıkmıştır ($\beta=0.621$, $p<0.001$).
- İş yükü negatiftir; artan iş yükü, yönetim puanlarını anlamlı şekilde düşürmektedir ($\beta=-0.13$, $p=0.019$).
- İş kontrolü de negatif etkilidir; azalan kontrol algısı, yönetim performansını olumsuz etkilemektedir ($\beta=-0.11$, $p=0.043$).

Çalışanların iş yükü ve iş kontrolü algılarına ilişkin bulgular, kronik hastalık yönetiminin önündeki en önemli engellerden birini oluşturmaktadır. Yüksek iş yükü ve düşük karar alma özerkliği, sağlık personelinin motivasyonunu ve hasta ile geçirdikleri kaliteli zamanı olumsuz yönde etkilemektedir. Buna karşılık, ekip içi dayanışma ve sosyal destek mekanizmalarının güçlü olması, bu olumsuzlukları kısmen dengeleyen bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Bu durum, çalışan refahının artırılmasının hizmet kalitesine doğrudan katkı sağlayacağını göstermektedir.

Bu çalışmanın bulguları ışığında, kronik hastalık yönetimini iyileştirmek için bir dizi öneri sunulabilir. Öncelikle, hasta takibinin daha sistematik hale getirilmesi için elektronik kayıt sistemleri geliştirilmeli ve aile hekimliği uygulamaları ile hastane bilgi sistemleri entegre edilmelidir. Teknolojik altyapının güçlendirilmesi, özellikle tele-sağlık uygulamalarının yaygınlaştırılması hem zaman yönetimini kolaylaştıracak hem de hastaların düzenli izlenmesini sağlayacaktır. Ayrıca, kronik hastalıklarla mücadelede multidisipliner ekiplerin (diyetisyen, fizyoterapist, psikolog) aile sağlığı merkezlerinde aktif rol alması teşvik edilmelidir.

Çalışanların iş yükünü hafifletmek amacıyla, hasta başına ayrılan süreler gözden geçirilmeli ve idari işlerde otomasyon sistemleri kullanılmalıdır. Sağlık profesyonellerinin idari işlerle uğraşmamaları için sağlık yönetimi eğitimi almış mezunların bu kurumlarda istihdamı artırılmalıdır. Böylece sağlık profesyonellerinin iş yükleri azalacaktır.

Personelin karar alma süreçlerine daha fazla dahil edilmesi, iş kontrolü algısını artırarak motivasyonu yükseltecektir. Ekip içi iletişimi güçlendirmek için düzenli toplantılar ve mesleki gelişim programları düzenlenmeli, tükenmişlikle mücadele amacıyla psikososyal destek mekanizmaları oluşturulmalıdır.

Toplum temelli müdahalelerin artırılması da kronik hastalık yönetiminde kritik bir rol oynayacaktır. Hasta eğitim programları, ev ziyaretleri ve erken tanı taramaları gibi uygulamalar yaygınlaştırılarak koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliği artırılmalıdır. Yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşlarıyla iş birliği yapılarak, kronik hastalıklar konusunda farkındalık kampanyaları düzenlenebilir.

Tüm sağlık çalışanlarına yönelik "kronik hastalık yönetimi", "dijital sağlık" ve "iş yükü–kontrol dengesi" konularında düzenli sertifika programları hazırlanmalıdır.

Öneriler

- Aile sağlığı merkezlerinde sosyal destek mekanizmaları güçlendirilmelidir. Psikolojik danışmanlık, hasta grupları, topluluk temelli destek sistemleri teşvik edilmelidir.
- İş yükü azaltılmalı, iş kontrolü artırılmalıdır. Sağlık çalışanlarının iş ortamları ergonomik ve psikolojik açıdan yeniden düzenlenmelidir.
- Kronik hasta takibinde dijital sistemler yaygınlaştırılmalı, hasta kayıtları düzenli olarak güncellenmeli ve tüm sağlık çalışanları bu veriye erişebilmelidir.
- Aile hekimlerinin diğer sağlık birimleriyle koordinasyonu güçlendirilmeli; ortak veri paylaşımı ve yönlendirme mekanizmaları kurulmalıdır.
- Eğitim programları ve hizmet içi eğitimlerle, sağlık personeline kronik hastalık yönetimi konusunda güncel bilgiler kazandırılmalıdır.
- Yozgat örneğinden yola çıkarak, benzer çalışmalar farklı illerde de yapılmalı, ülke çapında karşılaştırmalı analizlerle sağlık sistemine katkı sağlanmalıdır.

Sonuç olarak bu araştırma, Yozgat'ta kronik hastalık yönetiminde aile sağlığı merkezlerinin etkinliğini ortaya koymakta ve sağlık sisteminde sürdürülebilir, bütüncül bir yapının gerekliliğini göstermektedir.

7. KAYNAKÇA

AbuAlRub, R. F. (2004). Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(1), 73-78.

Açıkgöz, A., Çımrın, D., & Ergör, G. (2018). Meme, prostat, kolorektal ve akciğer kanserlerinde çevresel risk faktörleri ve risk düzeylerinin belirlenmesi: Olgu-kontrol çalışması. *Çukurova Medical Journal*, 43(2), 411 – 421.

Akan, G. (2019). *Tip 2 diyabetli bireylerin kronik hastalık bakımını değerlendirme durumları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki* (Yayın No: 581309) [Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi.

Akdemir, N., & Akkuş, Y. (2006). Rehabilitasyon ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 13*(1), 82–91.

Akdemir, N., & Birol, L. (2005). *Kronik hastalıklar ve sorunları*. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı, 2, 96-145.

Akın, M. (2008). Örgütsel destek, sosyal destek ve iş/aile çatışmalarının yaşam tatmini üzerindeki etkileri. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 1* (25), 141-171.

Akman, M. (2014). Türkiye'de birinci basamağın gücü. *Turkish Journal of Family Practice, 18*(2), 70-78.

American Board of Family Medicine. (2005). *American Board of Family Medicine*. American Board of Family Medicine. (Eski adıyla American Board of Family Practice, 1969–2005).

American Diabetes Association (ADA). (2022). Standards of medical care in diabetes—2022. *Diabetes Care, 45*(Suppl 1), S1–S264. https://doi.org/10.2337/dc22-S002

American Heart Association (AHA). (2022). Heart disease and stroke statistics – 2022 update. *Circulation, 145*(8), e153–e639. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001052

Atalay, M., & Çakırel, Y. (2022). Sağlık sektörü çalışanlarında iş yükü, iş tatmini ve tükenmişlik durumunun incelenmesi. *Journal of Management and Economics Research, 20*(1), 431-463.

Atasoy, A., & Yorgun, S. (2013). Sağlık çalışanlarında iş gerilimi ve iş stres düzeyinin değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 6*(2), 71–88.

Balcı, N., & Koçatakan, P. (2021). COVID-19 gibi salgınlarda evde bakım hizmetlerinin önemi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1275075

Barrett, P. (2007). Structural equation modelling: Adjudging model fit. *Personality and Individual Differences, 42*(5), 815-824.

Bashshur, R. L., Shannon, G. W., Smith, B. R., Alverson, D. C., Antoniotti, N., Barsan, W. G., Bashshur, N., Brown, E. M., Coye, M. J., Doarn, C. R., Ferguson, S., Grigsby, J., Krupinski, E. A., Kvedar, J. C., Linkous, J., Merrell, R. C., Nesbitt, T., Poropatich, R., Rheuban, K. S., Sanders, J. H., Watson, A. R., & Weinstein, R. S. & Yellowlees, P. (2014). The empirical foundations of telemedicine interventions for chronic disease management. *Telemedicine and e-Health, 20*(9), 769-800.

Bayın, Ü. (2020). *Ergenlerde affetme ve algılanan sosyal destek* (Yayın No:639045) [Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Universitesi]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi.

Bayraktar, Ö. (2011). *Üniversite öğrencilerinin algılanan sosyal destek düzeyleri ile duygusal zekâları arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yayın No: 278678) [Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi.

Bentsen B. G. (1993). Allmennpraktikerens rolle i helsetjenesten [The role of the general practitioner in health care]. *Tidsskrift for den Norske laegeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke, 113*(29), 3586–3589.

Bilir, N., & NS, P. (2006). *Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve yaşlılık sorunları*, içinde Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayını, 1019-1044.

Bloom, D. E., Cafiero, E., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S., Feigl, A. B., Gaziano, T., Hamandi, A., Mowafi, M., O'Farrell, D., Ozaltin, E., Pandya, A., Prettner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A. Z., & Weinstein, C., & Weiss, J. (2012). *The global economic burden of noncommunicable diseases* (No. 8712). Program on the Global Demography of Aging.

Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002a). Patient self-management of chronic disease in primary care. *Jama*, *288*(19), 2469-2475.

Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002b). Improving primary care for patients with chronic illness. *Jama*, *288*(14), 1775-1779.

Bolat, O. (2011). İş yükü, iş kontrolü ve tükenmişlik ilişkisi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 25*(2), 87–101.

Bölüktaş, R. P., & Özer, Z. (2019). *Web tabanlı eğitimin sağlık alanında kullanılabilirliği* [Yüksek lisans tezi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi]. Açık Erişim Sistemi. https://openaccess.izu.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12436/1715

Buttorff, C., Ruder, T., & Bauman, M. (2017). *Multiple chronic conditions in the United States* (Vol. 10). Santa Monica, CA: Rand.

Byrne, B. M. (2013). *Structural equation modeling with Mplus: Basic concepts, applications, and programming*. Routledge.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). *Chronic disease overview.* https://www.cdc.gov/chronic-disease

Chaudhry, S. I., Mattera, J. A., Curtis, J. P., Spertus, J. A., Herrin, J., Lin, Z., Phillips, C. O., Hodshon, B. V., Cooper, L. S., & Krumholz, H. M. (2010). Telemonitoring in patients with heart failure. *The New England journal of medicine*, *363*(24), 2301–2309. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1010029

Chen, C., Nibbio, G., & Kotozaki, Y. (2025). Cognitive and mental health improvement under-and post-COVID-19. *Frontiers in Psychology*, *16*, 1565941.

Cho, H., Sagherian, K., Scott, L. D., & Steege, L. M. (2022). Occupational fatigue, workload and nursing teamwork in hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, *78*(8), 2313-2326.

Cihangiroğlu, Z., & Deveci, S. E. (2011). Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 16(2), 78-83.

Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, *50*(10), 1385-1401.

Çetinkaya, F. F., & Korkmaz, F. (2019). Algılanan Sosyal Destek İle Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, *20*(1), 91-103.

Demiral, Y., Ünal, B., Kılıç, B., Soysal, A., Bilgin, A.C., Uçku, R. ve Theorell, T. (2007), İş stresi ölçeğinin izmir konak belediyesi'nde çalışan erkek işçilerde geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi, *Toplum Hekimliği Bülteni*, 26(1), 11-18.

Dennis, S. M., Zwar, N., Griffiths, R., Roland, M., Hasan, I., Powell Davies, G., & Harris, M. (2008). Chronic disease management in primary care: From evidence to policy. *Medical Journal of Australia, 188*(8), S53–S56. https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2008.tb01950.x

Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., Sinsky, C. A., Cipriano, P. F., Bhatt, J., Ommaya, A., West, C. P. & Meyers, D. (2017). Burnout among health care professionals: a call to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care. *NAM perspectives*.

Elmaci, F. (2001). *Parçalanmış ve bütünlüğünü koruyan aileye sahip ergenlerin depresyon ve uyum düzeylerinde sosyal desteğin rolü* (Yayın No:107105) [Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi.

Erdoğan Orhan, İ. & Aslan, M. (2020). Covıd-19 sürecinde eczacıların rolü. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *1*(1).

Ergül, Ş., & Kalkım, A. (2011). Önemli bir kronik hastalık: Çocukluk ve ergenlik döneminde obezite. *TAF Preventive Medicine Bulletin, 10*(2), 223–230.

Eser, U. (2014). Derleme kronik hastalıklar ve aile hekimliği. *Smyrna Tıp Dergisi*, 55-57.

Fishbein, D., Nambiar, S., McKenzie, K., Mayorga, M., Miller, K., Tran, K., Schubel, L., Agor, J., & Kim, T. & Capan, M. (2020). Objective measures of workload in healthcare: a narrative review. *International journal of health care quality assurance*, *33*(1), 1-17.

Gallant, M. P. (2003). The influence of social support on chronic illness self-management: a review and directions for research. *Health education & behavior*, *30*(2), 170-195.

Gee, P. M., Greenwood, D. A., Paterniti, D. A., Ward, D., & Miller, L. M. S. (2015). The eHealth enhanced chronic care model: a theory derivation approach. *Journal of medical Internet research*, *17*(4), e4067.

Geyman, J. P. (1979). Changing national priorities in medical education and primary care. *The Journal of family practice*, *8*(6), 1117-1118.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). (2023). *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. https://goldcopd.org

Gök, B. (2019). *İş stresi ve örgütsel bağlılık Ilişkisi* (Yayın No:609221) [Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylul Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi.

Green, C. A., & Pope, C. R. (1999). Gender, psychosocial factors and the use of medical services: a longitudinal analysis. *Social science & medicine*, *48*(10), 1363-1372.

Gündoğan, S., & Sargın, N. (2018). Ortaöğretim öğrencilerinin saldırganlık düzeylerinin, algılanan sosyal destek ve öznel iyi oluş açısından incelenmesi. *The Journal of International Lingual Social and Educational Sciences*, *4*(2), 288-295.

Gürbüz, S. (2019). *AMOS ile yapısal eşitlik modellemesi*. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2.

Hair, J., Sarstedt, M., Hopkins, L., & Kuppelwieser, V. (2014). Partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM): An emerging tool in business research. *European Business Review, 26*(2), 106–121. https://doi.org/10.1108/EBR-10-2013-0128

Hunter, D. J., & Bierma-Zeinstra, S. (2019). *Osteoarthritis. The Lancet*, 393(10182), 1745–1759. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30417-9

İncirkuş, K. (2010). *Kronik hastalık bakımını değerlendirme aracının geçerlik ve güvenirliği* (Yayın No:261023) [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkemezi.

İncirkuş, K., & Nahcivan, N. Ö. (2015). Kronik hastalık yönetimi için bir rehber: Kronik bakım modeli. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 23*(1), 66–75.

Kalav, S., & Bektaş, H. (2021). Kronik hastalıkların yönetiminde kronik bakım modeline temellendirilmiş girişimlerin etkinliği: geleneksel derleme. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 13*(2).

Kalender, N., & Çiçek, H. S. (2014). Kronik hastalıkların yönetimindeki engeller. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, *6*(1), 46-53.

Kanbur, E. (2018). Aşırı iş yükünün iş ve yaşam doyumu üzerindeki etkisi: İşe bağlı gerginliğin aracı rolü. *İş ve İnsan Dergisi*, *5*(2), 125-143.

Kara, A. (2022). *Kronik hastalıklara sahip olmanın COVID-19'un morbidite ve mortalitesi üzerine etkilerinin araştırılması* (Yayın No:712988) [Tıpta Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi.

Karaca, B. (2022). *Hatay'da aile hekimlerinin kronik hastalık yönetimini etkileyen faktörler ve hasta yönelimli yaklaşımı* (Yayın No753632) [Tıpta Uzmanlık Tezi, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkemezi.

Karaca, F. (2022). *Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının maruz kaldıkları şiddetin mesleki kaygıya etkisi* (Yayın No:749626) [Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi.

Karahan, N., Gençalp, N. S., Bingöl, F., Aydın, R., vd. (2017). Baby-related risk factors of postpartum depression. *The Journal of Kırıkkale University Faculty of Me*dicine, 19(3), 204-213. https://doi.org/10.24938/kutfd.331954

Karaman, M. (2023). Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizi: kavramsal bir çalışma. *Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, *9*(1), 47-63.

Karasek Jr, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative science quarterly*, 285-308.

Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life.* Basic Books.

Kargı, N., & Özdemir, R. (2022). Bir özel hastanede görev yapan sağlik çalişanlarinin iş doyumu ve tükenmişlik düzeyi ile ilişkili faktörler. *Unika Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 332-344.

Kartal, N. (2024). Toplum eczacılarının birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonu. *Journal of Faculty of Pharmacy of Ankara University*, 48(1), 312 – 326.

Kaya, A., & Gamsızkan, Z. (2022). Yaşlı bireylerin kronik hastalık sayıları ile aile hekimliğine başvurularının incelenmesi: *Tek birimlik retrospektif çalışma. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi,* 26(1), 1-5.

Kitsiou, S., Pare, G., & Jaana, M. (2013). Systematic reviews and meta-analyses of home telemonitoring interventions for patients with chronic diseases: a critical assessment of their methodological quality. *Journal of Medical Internet Research, 15*(7), e2770.

Konakçı, G., Töz, H., & Akyol, A. (2022). Hipertansiyonu olan bireylerde kronik bakım modeli temelli eğitimin hastalık yönetimine etkisi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 13(31), 74–84. https://doi.org/10.5543/khd.2022.214061

Kurtuluş, E., Kurtuluş, H. Y., Birel, S., & Batmaz, H. (2023). The effect of social support on work-life balance: The role of psychological well-being. *International Journal of Contemporary Educational Research*, *10*(1), 239-249.

Kvedar, J. C., Coye, M. J., & Everett, W. (2014). Connected health: A review of technologies and strategies to improve patient care with telemedicine and telehealth. *Health Affairs, 33*(2), 194–199. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.0992

Lale, G. (2013). *Ankara İli Merkez ilçeleri aile sağlık merkezlerinde çalışan 40 yaş ve üzeri aile hekimlerinin tarama testlerini kendilerine yaptırma durumları* (Yayın No:365160) [Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkemezi.

Leeuwenhorst Group. (1974). *The general practitioner in Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice*. Netherlands.

Levey, A. S., & Coresh, J. (2012). Chronic kidney disease. *The lancet*, *379*(9811), 165-180.

Levey, A. S., Becker, C., & Inker, L. A. (2015). Chronic kidney disease: Common risk factors and management strategies. *The New England Journal of Medicine*, *373*(10), 956–968. https://doi.org/10.1056/nejmra1412359

Liu, H. L., & Lo, V. H. (2018). An integrated model of workload, autonomy, burnout, job satisfaction, and turnover intention among Taiwanese reporters. Asian Journal of Communication, 28(2), 153-169.

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The lancet*, *365*(9464), 1099-1104.

McWhinney, I. R., & Freeman, T. (2009). *Textbook of family medicine*. Oxford University Press.

Mengüllüoğlu, N. Ö. (2015). *Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulamasına geçilmesinin aile hekimliği uzmanlık tezlerine etkisi* (Yayın No:406819) [Tıpta Uzmanlık tezi, Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing: *Helping people change*. Guilford Press.

Norris, S. L., Lau, J., Smith, S. J., Schmid, C. H., & Engelgau, M. M. (2002). Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes care*, *25*(7), 1159-1171.

Oğrum, A., & Oktay, G. (2019). Aile hekimlerinin güneşten korunma davranışları ve deri kanserine yönelik koruyucu hekimlik uygulamalarının değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Family Practice*, *23*(3), 110-117.

Özdemir, Ü., & Taşçı, S. (2013). Kronik hastaliklarda psikososyal sorunlar ve bakim. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, *1*(1), 57-72.

Özer, Z. Y., & Özcan, S. (2020). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde COVID-19 enfeksiyonu: korunma ve kontrol önerileri. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, *29*(Özel Sayı), 67-72.

Özsoy, H. (2017). *Kronik hastalıklı çocuğu olan annelerde sağlık okuryazarlığı ve hastalık yönetimi ilişkisi* (Yayın No:460396) [Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi.

Paksoy, V. M. (2017). Sağlık ekonomisi perspektifinden teletıp uygulamaları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 4*(3), 133–138. https://doi.org/10.5455/sad.13-1497441696

Party, L. W. (1974). *The general practitioner in Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice*. Leeuwenhorst, the Netherlands.

Pelin, M. (2017). *Kronik hastalık yönetiminde hasta rolü, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumun değerlendirilmesi* (Yayın No:452528) [Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkemezi.

Pıçak, R., İsmailoğulları, S., Mümtaz Mazıcıoğlu, M., Üstünbaş, H. B., & Aksu, M. (2010). Birinci basamakta uyku bozukluklarına yaklaşım ve öneriler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, *4*(3).

Pınar Bölüktaş, R., Özer, Z., & Yıldırım, D. (2019). Web tabanlı eğitimin sağlık alanında kullanılabilirliği. *Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi/Journal Of International Management And Socıal Researches*.

Prasad, K., McLoughlin, C., Stillman, M., Poplau, S., Goelz, E., Taylor, S., Nankivil, N., Brown, R., Linzer, M., Cappelucci, K., Barbouche, M. & Sinsky, C. A. (2021). Prevalence and correlates of stress and burnout among US healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a national cross-sectional survey study. *EClinicalMedicine, 35*.

Redman, T., & Snape, E. (2006). The consequences of perceived age discrimination amongst older police officers: Is social support a buffer?. *British Journal of Management, 17*(2), 167-175.

Robbins, S. P., & Judge, T. A. (2012). *Örgütsel Davranış* (İ. Erdem, Çev.). Ankara: Nobel.

Sağlık Bakanlığı (2023 *Hastalık yönetim platformu (HYP)*. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/hastalik-yonetim-platformu.html

Sahraian, A., Omdivar, B., Ghanizadeh, A., Bazrafshan, A. (2014). Association of job stress with locus of control in nurses: *Shiraz e-med J.*, 15(2), 205-98.

Schnall, P. L., Landsbergis, P. A., & Baker, D. (1994). Job strain and cardiovascular disease. *Annual review of public health, 15*(1), 381-411.

Sevinç, E., & Aktürk, N. B. K. (2024). Kanıta dayalı tele-hemşirelik uygulamaları. *Arel Sağlık Bilimleri Dergisi*. https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/3520648

Starfield, B. (1998). *Primary care: Balancing health needs, services, and technology*. Oxford University Press.

Şahin, S. N., & Akman, M. (2019). Eğitim aile sağlığı merkezine (E-ASM) kayıtlı hastaların tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelik karşılanmayan ihtiyaçlarının belirlenmesi. *Turkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine/Türkiye Klinikleri İç Hastalıkları Dergisi, 4*(2).

Şeker, A. (2024). *Birinci basamakta aile hekimliği uzmanlarının kronik hastalık yönetimindeki tutumları ve hastalık yönetimine etki eden faktörlerin incelenmesi* (Yayın No:849690) [Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi.

T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü (2020).İşyerleri İçin Psikososyal Risklere Yönelik Bilgilendirme Rehberi.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2003). *Sağlıkta dönüşüm programı*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2010). *Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin gelişimi ve aile hekimliği modeli*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6. Baskı). *MA: Pearson*.

Tanlı, S., & Utku, T. (2008). Evde bakımda organizasyon ve etik sorunlar. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, *6*(4), 58–63.

Tekingündüz, S., Top, M., & Seçkin, M. (2015). İş tatmini, performans, iş stresi ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkilerin incelenmesi: Hastane örneği. *Verimlilik Dergisi*, (4), 39–64.

Tör, V. (2024). *Kronik hastalıkların önemi*. In H. A. Sürücü (Ed.), Kronik hastalıkların yönetimi: Farklı yaklaşımlar ve uygulamalar (Bölüm 1, ss. 3–14).

Türkmen, E. (2012). Kronik hastalıklar ve önemi. In Z. Durna (Ed.), *Kronik hastalıklar ve bakım* (ss. 37–49). Nobel Tıp Kitabevleri.

Tüzüner, S. B. (2018). *İzmir'deki aile hekimlerinin ve aile hekimliği asistanlarının kronik hastalık yönetimi algısı* (Yayın No:509139) [Uzmanlık Tezi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi], Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi.

Uzun, İ. (2021). *Pandemide kronik hastalıkla yaşamak* (Yayın No:719487) [Tıpta uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi.

Ülgen, H., & Mirze, G. (2013). *İşletmelerde stratejik yönetim*. Beta Basım Yayım.

Ünal, B., Ergör, G., Horasan, G. D., Kalaça, S., & Sözmen, K. (2013). Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. *Ankara: Sağlık Bakanlığı*, *5*, 33-36.

Ünsar, A. S., & Oran, F. Ç. (2016). *Liderlik üzerine güncel yazılar*. Paradigma Akademi Basın Yayın Dağıtım.

Üstünova, E., & Nahcivan, N. (2015). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin kronik hastalık yönetimine ilişkin değerlendirmeleri ve ilişkili faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, *23*(1), 11-22.

Wang, K., Xu, Y., Wang, C., Tan, M., & Chen, P. (2020). A corrected goodness-of-fit index (CGFI) for model evaluation in structural equation modeling. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, 27*(5), 735–749.

Way, M. (2008). *Job demand, job control, and support: A comparison of three nursing work environments*. State University of New York at Buffalo.

Way, M., ve MacNeil, M. (2006). Organizational characteristics and theireffect on health. Nurs Econ, 67-76.

Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, *98*(2), 310-357.

World Health Organization. (1978). *Declaration of Alma-Ata*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/declaration-of-alma-ata

World Health Organization. (2019). *It's time to walk the talk: WHO Independent High-level Commission on Noncommunicable Diseases-final report*. World Health Organization.

World Health Organization. (2021). *The top 10 causes of death*. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death

World Health Organization. (2023). *Noncommunicable diseases fact sheet*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

Xie, Z., Wang, A., & Chen, B. (2011). Nurse burnout and its association with occupational stress in a cross-sectional study in Shanghai. *Journal of advanced nursing*, *67*(7), 1537-1546.

Yazıcıoğlu, İ., & Bağçivan, G. (2022). Kronik hastalık yönetim modelleri: Geleneksel derleme. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, *14*(4).

Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu, A. B., Bozdemir, N., & Aşılar, R. H. (2020). Diyabet öz yönetiminde çok disiplinli ekip yaklaşımı. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, *14*(3), 479-491.

Yıldırım, H. H. (2013). *Türkiye sağlık sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı değerlendirme raporu* (Sağlık-Sen Yayınları No: 21). SASAM.

Yıldırım, İ. (2006). Akademik başarının yordayıcısı olarak gündelik sıkıntılar ve sosyal destek. *Hacettep Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 30(30), 258-267.

EKLER

Ek - 1. Etik İzni

T.C.
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU
BAŞVURU DEĞERLENDİRME FORMU

	ARAŞTIRMANIN ADI	Kronik Hastalık Yönetiminde Aile Sağlığı Merkezlerinin Rolü
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	☒ Anket/Ölçek/Skala Çalışması ☐ Gözlemsel Çalışma ☐ Niteliksel Çalışma ☐ Diğer
	GELEN EVRAK SAYISI ve TARİHİ	164052 sayılı ve 15.09.2023 tarihli yazı
	YÜRÜTÜCÜ/DANIŞMAN (Unvan, Ad-Soyad, Kurum, Bölüm)	Dr. Öğr. Üyesi Sema DALKILIÇ Yozgat Bozok Üniversitesi – İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
	ARAŞTIRMACILAR (Unvan, Ad-Soyad, Kurum, Bölüm)	Ethem Ergin Ersin Yozgat Bozok Üniversitesi

KARAR BİLGİLERİ

KARAR NO: 06/52 — **TARİH: 20.09.2023**

Yukarıda bilgileri verilen Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik sakınca **bulunmadığına** oybirliği ile karar verildi.

Değerlendirme Sonucu		
☒	Uygundur	
☐	Düzeltme gereklidir (Açıklayınız)	
	☐ Düzeltmeleri görmek istiyoruz	☐ Düzeltmeleri görmemize gerek yok
☐	Uygun değildir (Açıklayınız)	
Açıklama		

ÇALIŞMA ESASI	Yozgat Bozok Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Yönergesi

SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU ÜYELERİ

KYT-FRM-160/00

Ek - 2. İzin Yazısı

T.C.
YOZGAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

KONU: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu

KARAR NO: 4

KARAR TARİHİ: 18.12.2023

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün 27/03/2018 tarih ve 483 sayılı Araştırma İzin Talepleri konuları yazıları gereği Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri alanında üniversiteler, diğer özel ve kamu kuruluşları veya şahıslar tarafından toplumun herhangi bir kesimini, hasta ve /veya çalışanları kapsayacak şekilde yapılması planlanan tez çalışması, proje ve sağlık taraması gibi konularda yapılmak istenen araştırmalara ilişkin izin taleplerinin, mevzuat ve bilimsel esaslara dayanarak değerlendirilmesi amacıyla Müdürlüğümüzce "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu" 21.02.2023 tarih ve 209744660 sayılı müdürlüğümüz onayı ile komisyon oluşturulmuştur.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu, Komisyon Başkanı Halk Sağlığı Başkan Yardımcısı Dr. Mustafa ŞAHİN, Bulaşıcı Olm. Hastalıklar ve Kronik Durumlar Birim Doktoru Uz .Dr. Hanife Ece ERİK, Toplum Sağlığı Birim Sorumlusu Uzman Fatih ÇETİN, Bulaşıcı Olm. Hastalıklar ve Kronik Durumlar Birim Sorumlusu Uzman Filiz KABAYEL, Bulaşıcı Hastalıklar Birimi Sorumlusu Uzman Mikail İPEKEL'İN katılımları ile 18.12.2023 tarihinde yapılan toplantı sonunda;

Ethem Ergin ERSİN tarafından Komisyonumuza gönderilen Kronik Hastalık Yönetiminde Aile Sağlığı Merkezlerinin Rolü " adlı Bilimsel Çalışma İzini değerlendirilmiş olup araştırmanın yapılabileceği kararına;

Oy birliği ile karar verilmiştir.

İMZA

Ek - 3. Anket Formu

Kronik Hastalık Yönetiminde Aile Sağlığı Merkezlerinin Rolü

Sayın katılımcı bu çalışma, Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Programında Tez çalışmasıdır. Amacımız ASM'lerin kronik hastalık yönetimindeki rolünü araştırmak ve iş yerindeki stresin çalışmanıza etkisini incelemektir. Çalışma tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır ve istediğiniz zaman anketi yapmayı bırakabilirsiniz. Kişisel hiçbir veri kullanılmayacaktır. Katılımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Ethem Ersin ERGİN — Dr. Öğr. Üyesi Sema DALKILIÇ

Kronik hastalık yönetimi ile ilgili aşağıdaki tablodaki önermeleri günlük pratiğinizde ne kadar uygulayabildiğinizi belirtiniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Tedavi planını yaparken hastamın görüşlerini alırım.					
2. Tedavim konusunda karar vermesi için hastama seçenekleri sunarım.	1	2	3	4	5
3. Hastamı, ilaçları ve etkileri ile ilgili bir sorun yaşarsa bana bildirmesi konusunda bilgilendiririm.	1	2	3	4	5
4. Sağlığı için yapması gerekenleri hastama yazılı olarak veririm.	1	2	3	4	5
5. Hastalarım genellikle bakımlarının iyi düzenlenmiş olmasından memnun kalırlar.	1	2	3	4	5
6. Kendi bakımını sağlamak için yapacağı şeylerin sağlığını nasıl etkileyeceğini hastalarıma açıklarım.	1	2	3	4	5
7. Hastalarıma tedavi sırasında/sonrası beklentilerinin/amaçlarının ne olduğunu sorarım.	1	2	3	4	5
8.Beslenme ya da egzersiz yapma davranışlarını geliştirmesi için hastalarıma yardım ederim.	1	2	3	4	5
9.Tedavi planının bir kopyasını\örneğini hastama veririm.	1	2	3	4	5
10. Hastalarımı, hastalıklarıyla baş etmede onlara destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik ederim.	1	2	3	4	5
11. Hastalarıma, sağlık alışkanlıklarıyla ilgili sorular sorarım.	1	2	3	4	5
12. Hastalarıma, gerekli olan tedaviyi önerirken onların değerlerini, inançlarını ve geleneklerini dikkate alırım.	1	2	3	4	5
13. Hastalarıma, günlük yaşamında uygulayabileceği bir tedavi planı yapması için yardım ederim.	1	2	3	4	5
14. Zor zamanlarında bile kendisine bakabilmesi için yapması gerekenler konusunda hastalarıma yardım ederim? bilgi veririm?	1	2	3	4	5
15. Hastalarıma, hastalığının hayatını nasıl etkileyeceğini sorarım.	1	2	3	4	5
16. Sağlık kontrolleri dışında da durumunu izlemek için hastalarıma ulaşırım.	1	2	3	4	5
17. Hastalarımı, hastalığı konusunda yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya teşvik ederim.	1	2	3	4	5
18. Hastalarımı, diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacı olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendiririm.	1	2	3	4	5
19. Diğer branşlardaki hekimlere gitmesinin hastamın tedavisine nasıl yardımcı olacağı kendisine açıklarım.	1	2	3	4	5
20. Diğer hekimlerle yaptığı görüşmeler konusunda hastalarımdan bilgi alırım.	1	2	3	4	5

CİNSİYET: YAŞ:

EĞİTİM: MEDENİ DURUM:

EKONOMİK DURUM: GELIRIM GIDERIMDEN FAZLA | GELIRIM GIDERIME EŞIT | GELIRIM GIDEIRMDEN AZ

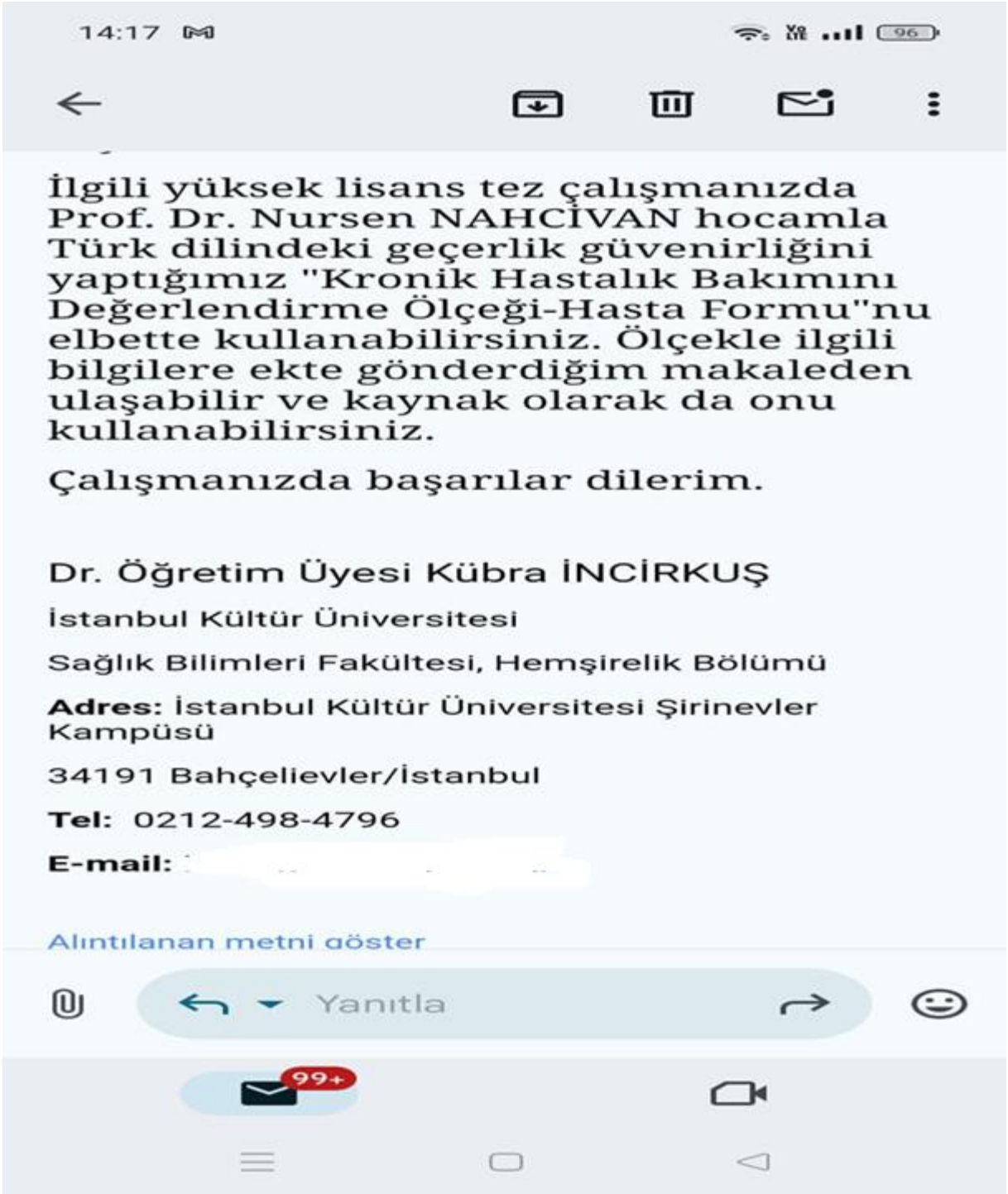
KAÇ YILDIR ÇALIŞIYORUSUNUZ? KAÇ YILDIR BU KURUMDA ÇALIŞIYORSUNUZ?

KRONİK BİR HASTALIĞINIZ VAR MI?

Sorular			
Aile hekimliğine kayıtlı hastaların ne kadarında kronik hastalık var, sayısını biliyor musunuz?	EVET	HAYIR	KISMEN
Kronik hastalığı olanları düzenli takip ediyor musunuz?	EVET	HAYIR	KISMEN
Kronik hastalık takibinde ya da hastaları bilgilendirme konusunda internet, telefon, mesaj uygulamalarını kullanıyor musunuz?	EVET	HAYIR	KISMEN
Biriminize kayıtlı kronik hastalığa sahip bireylerin tanı/izlem ve tedavisi için Toplum Sağlığı Merkezleri, 2.ve 3. Basamak Sağlık Hizmetleri ve/veya İdari Birimler ile iş birliği yapar mısınız?	EVET	HAYIR	KISMEN
Biriminize kayıtlı bireylere gerektiğinde yeterli ve dengeli beslenme danışmanlığı sunar mısınız?	EVET	HAYIR	KISMEN
Biriminize kayıtlı bireylere gerektiğinde fiziksel aktivite durumlarını değerlendirip, uygun egzersiz önerilerinde bulunur musunuz?	EVET	HAYIR	KISMEN
Biriminize kayıtlı bireylerin sigara kullanımını sorgulayıp, sigara bıraktırmaya yönelik danışmanlık verir misiniz?	EVET	HAYIR	KISMEN
Biriminize kayıtlı bireylerin alkol kullanımını sorgulayıp, riskli olanlar için danışmanlık verir misiniz?	EVET	HAYIR	KISMEN
Hastalarınızdan, ailesinde kronik hastalık öyküsü olanları erken tanı amaçlı bilgilendirir misiniz?	EVET	HAYIR	KISMEN
Kronik hastalığı olan bireylere gerekli aşıları yaptırmaları için önerilerde bulunur musunuz?	EVET	HAYIR	KISMEN
Uygun yaş gruplarına kanserin erken teşhisine yönelik pap smear, mamografi, gaitada gizli kan ve kolonoskopi tetkiklerini yaptırmalarını önerip, takibini yapar mısınız?	EVET	HAYIR	KISMEN
Biriminizde Kronik hastalık takibi için gerekli teknik donanım (Ekg, kan şekeri ölçüm cihazı vb.) var mıdır?	EVET	HAYIR	KISMEN
Biriminizde kronik hastalıkların takibi için gerekli laboratuvar hizmetleri var mıdır?	EVET	HAYIR	KISMEN
COVID-19 Sırasında Kronik hastalığı Olan Bireyler İçin Psikososyal ve Ruh Sağlığı hizmetine gerek duydunuz mu?	EVET	HAYIR	KISMEN
COVID-19 Sırasında Kronik hastalığı olan bireylerin daha sağlıklı olmak adına başvurularında artış oldu mu?	EVET	HAYIR	KISMEN

		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla
1	İşinizde çok hızlı çalışmak zorunda mısınız?				
2	İşinizde çok yoğun çalışmak zorunda mısınız?				
3	İşiniz çok fazla kuvvet (efor) gerektirir mi?				
4	İşinizle ilgili görevleri yetiştirecek kadar zamanınız oluyor mu?				
5	İşinizde sizden birbiriyle çelişen görevler istenir mi?				
6	İşinizde yeni şeyler öğrenme olasılığı var mıdır?				
7	İşiniz yüksek düzeyde beceri ve uzmanlık gerektirir mi?				
8	İşinizde sizden yenilikler yapmanız beklenir mi?				
9	İşinizde her gün aynı şeyleri mi yaparsınız?				
10	İşinizi nasıl yapacağınız konusunda karar vermede sizin seçim hakkınız var mıdır?				
11	İşinizde ne yapacağınıza karar vermede sizin seçim hakkınız var mıdır?				
		Katılmıyorum		Katılıyorum	
		Kısmen	Tamamen	Kısmen	Tamamen
12	Çalıştığım yerde sakin ve hoş bir ortam var.				
13	Çalıştığımız yerde birbirimizle iyi geçiniriz.				
14	İş yerinde diğer çalışanlar beni destekler.				
15	Kötü günümdeysem iş yerindekiler durumumu anlarlar.				
16	Üstlerimle ilişkilerim iyidir.				
17	İş arkadaşlarımla çalışmak hoşuma gider.				

Ek - 4. Ölçek Kullanım İzni



14:17

İlgili yüksek lisans tez çalışmanızda Prof. Dr. Nursen NAHCİVAN hocamla Türk dilindeki geçerlik güvenirliğini yaptığımız "Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu"nu elbette kullanabilirsiniz. Ölçekle ilgili bilgilere ekte gönderdiğim makaleden ulaşabilir ve kaynak olarak da onu kullanabilirsiniz.

Çalışmanızda başarılar dilerim.

Dr. Öğretim Üyesi Kübra İNCİRKUŞ

İstanbul Kültür Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Adres: İstanbul Kültür Üniversitesi Şirinevler Kampüsü

34191 Bahçelievler/İstanbul

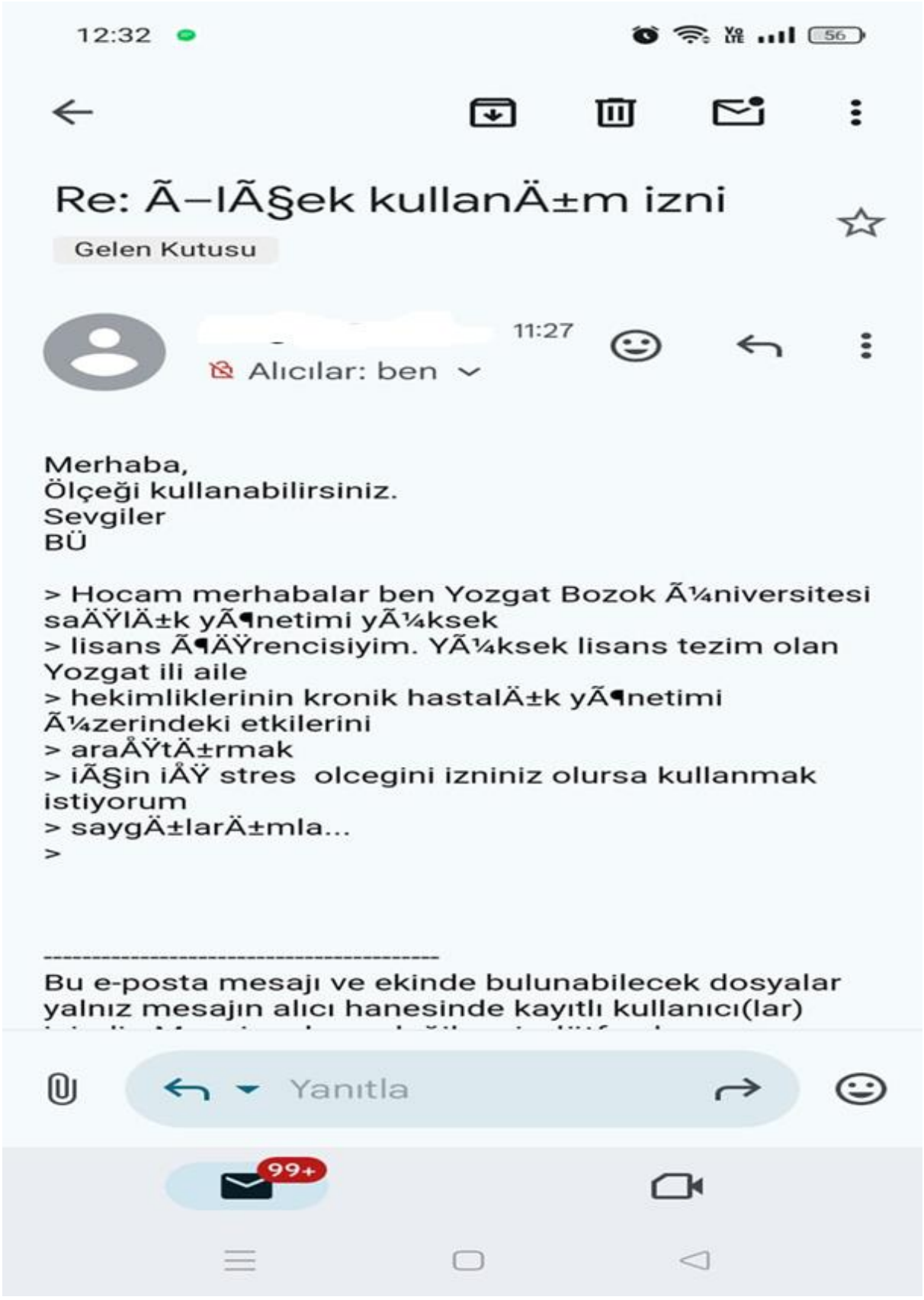
Tel: 0212-498-4796

E-mail:

Alıntılanan metni göster

Yanıtla

99+


12:32
Re: Ã–lÃ§ek kullanÄ±m izni
Gelen Kutusu
11:27
Alıcılar: ben
Merhaba,
Ölçeği kullanabilirsiniz.
Sevgiler
BÜ
> Hocam merhabalar ben Yozgat Bozok Ã¼niversitesi saÄŸlÄ±k yÃ¶netimi yÃ¼ksek
> lisans Ã¶ÄŸrencisiyim. YÃ¼ksek lisans tezim olan Yozgat ili aile
> hekimliklerinin kronik hastalÄ±k yÃ¶netimi Ã¼zerindeki etkilerini
> araÅŸtÄ±rmak
> iÃ§in iÅŸ stres olcegini izniniz olursa kullanmak istiyorum
> saygÄ±larÄ±mla...
>
Bu e-posta mesajı ve ekinde bulunabilecek dosyalar yalnız mesajın alıcı hanesinde kayıtlı kullanıcı(lar)
Yanıtla
99+