T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS

ACİL SERVİSE BAŞVURAN KRONİK HASTAKLIKLI BİREYLERİN ÇALIŞMA KOŞULLARI VE HASTALIK YÖNETİMİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ

BETÜL ÖZBEK

PROF. DR. MELEK NİHAL ESİN

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

İSTANBUL-2021

TEZ ONAYI

(Bu sayfa yerine, başarılı geçen Tez Sınavı sonrası sınav tutanağı ekinde yer alan Tez Onay sayfası gelecektir.)

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Betül ÖZBEK

İTHAF

Aileme ithaf ediyorum...

TEŞEKKÜR

Zor zamanlardan geçtiğimiz bir dönemde her daim kendisine kolaylıkla ulaşabildiğim, emeklerini ve vaktini hiç bir zaman benden esirgemeyen, her adımda desteğini hissettiğim saygıdeğer, kıymetli tez danışmanım Prof. Dr. Melek Nihal ESİN'e

Bu çalışmamı yaparken bana desteğini daima hissettiren canım anneme ve canım babama, duaları ile beni yalnız bırakmayan anneannem ve dedem'e,

Veri toplama aşamasında, yazım aşamasında ve tezimin bütün süreçlerinde beni her daim destekleyen sevgili lojman arkadaşlarım Hem. Deniz Çetin, Hem. Elif Çetin, Hem. Büşra Akkaya, Hem. Bağver Güner, Hem. Arzu (Başoğlu)Kaya, Hem. Hülya Çılgın(Yavuz)'a ve çevirilerimde destekleyen Hayrunnisa Nur Kabuk'a

Meslek hayatımda çok kıymetli bir yere sahip olan ve ilk tecrübelerimi onunla paylaştığım ilk amirim, aynı zamanda da dostum olan Başhemşire İnci Kavlu'ya

Veri toplama aşamasında bana desteklerini esirgemeyen İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başhemşiresi Nurdane Güder, Hem. Ayşegül Bilici Seçmeler, Hem. Melek Kavak, Hem. Gamze Bektaş, Hem. Mihriban Öztürk, Hem. Erman Tan, Hem. İsmail Özdaş, Hem. Gülcan Kutlu, Hem. Yağmur Zararsız(Akdeniz), Hem. Elif Şahin, Hem. Elif Yaman, Hem. Elif Karakoç, Hem. Çetin Kılıç ve bütün acil dahiliye ekibine,

Etik Kurul izin sürecindeki desteklerinden ve çalışmanın yürütülmesinde sağladıkları kolaylıklardan dolayı İç Hastalıkları Anabilim Dalı Acil Dahiliye Bölüm Başkan vekili şimdi ise İstanbul Tıp Fakültesi Dekanı Sayın Prof. Dr. Tufan TÜKEK'e, Acil Dahiliye Bölümü hekimlerinden Prof. Dr. Vakur AKKAYA'ya, Doç. Dr. Murat KÖSE'ye ve Acil Dahiliye Uzmanı Dr. Alpay ALİBEYOĞLU'na teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... Xİİ
ÖZET ..... Xİİİ
ABSTRACT ..... XİV
1. GİRİŞ VE AMAÇ 15
2. GENEL BİLGİLER 17
2.1. KRONİK HASTALIKLAR 17
2.1.1. Sağlık ve Hastalık Kavramlarının Tanımı 17
2.1.2. Kronik Hastalık Tanımı 17
2.1.3. Dünya'da ve Türkiye'de Kronik Hastalık 18
2.1.4. Kronik Hastalığın Toplum Üzerindeki Etkileri 19
2.2. KRONİK HASTALIKLAR VE ACİL SERVİSLER 21
2.3. KRONİK HASTALIKLAR İLE İŞ İLİŞKİSİ: ÇALIŞMA KOŞULLARI VE KRONİK HASTALIKLAR 24
2.3.1. Çalışma Koşullarının Kronik Hastalıklar Üzerine Etkisi 25
2.3.2. İş Sağlığı 30
2.3.2.1. Dünya'da iş sağlığının tarihsel gelişimi 31
2.3.2.2. Türkiye'de iş sağlığının tarihsel gelişimi ve yasal durumu 32
2.4. KRONİK HASTALIK YÖNETİMİ VE İŞ YERİ ORTAMINDA KRONİK HASTALIK YÖNETİMİ 33
2.4.1. Kronik Hastalık Yönetimi 34
2.4.1.1. Kronik hastalık yönetiminde hemşirenin rolü 36
2.4.1.2. Kronik hastalık yönetiminde karşılaşılan olumsuzluklar 36
2.4.2. İş Yeri Ortamında Kronik Hastalık Yönetimi 36
2.4.2.1. İş sağlığının hizmet ekibi ve işyeri hemşireliği 38

2.4.2.2. İş sağlığı hemşireliği; 38
2.4.2.3. İş sağlığı hemşirelerinin kronik hastalık yönetimindeki uygulamaları ..40
3. GEREÇ VE YÖNTEM 42
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ 42
3.2. ARAŞTIRMA SORULARI 42
3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI 42
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ 42
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 43
3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ GEÇERLİLİK GÜVENİLİRLİKLERİ 44
3.7. VERİLERİN TOPLANMASI 45
3.8. ETİK KONULAR 46
3.9. VERİLERİN ANALİZİ 46
4. BULGULAR 48
4.1. ACİLE BAŞVURAN KRONİK HASTALIKLI BİREYLERİN TANITICI VE KRONİK HASTALIK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ 50
4.1.1. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Sosyodemografik ve Fiziksel Özellikleri İle İlgili Bulgular; 50
4.1.2. Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Kronik Hastalıkları İle İlgili Özellikleri Gösteren Bulgular; 52
4.1.3. Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin İlaç Kullanım Özellikleri ve Kullandığı İlaçlar İle İlgili Bulgular; 54
4.1.4. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Özgeçmiş Özellikleri İle İlgili Bulgular; 56
4.1.5. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Acile Başvurma Nedenleri ve Acile Başvurma Sıklığı İle İlgili Bulgular; 58
4.2. ACİLE BAŞVURAN KRONİK HASTALIKLI BİREYLERİN ÇALIŞMA KOŞULLARI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ 61
4.2.1. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Çalışma Özellikleri ve İş Kazası Geçirme Durumu İle İlgili Bilgileri Gösteren Bulgular; 61
4.2.2. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Mesleği İle İlgili Bulgular; 63
4.3. ACİLE BAŞVURAN KRONİK HASTALIKLI BİREYLERİN KRONİK HASTALIK YÖNETİM ÖZELLİKLERİ 64

4.3.1. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Hastalık Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamaları; 64

4.3.2. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin İşyerlerinde Hastalık Yönetimi İle İlgili Olanaklarını Gösteren Bulgular; 65

4.3.3. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin İş yeri Sağlık Birimi Uygulamaları ve Uygulayan Personel Bilgileri İle İlgili Bulgular; 67

4.4. ACİLE BAŞVURAN KRONİK HASTALIKLI BİREYLERİN KRONİK HASTALIKLARI İLE MESLEKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ.....70

4.5. ACİLE BAŞVURAN KRONİK HASTALIKLI BİREYLERİN TANITICI ÖZELLİKLER, KRONİK HASTALIK ÖZELLİKLERİ, ÇALIŞMA ÖZELLİKLERİ VE SAYISAL BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER İLE KRONİK HASTALIK YÖNETİMİ DÜZEYİ ARASINDAKİ FARK VE İLİŞKİ 82

4.5.1. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Tanıtıcı Özellikler ve Kronik Hastalık Özellikleri ile Kronik Hastalık Yönetimi Düzeyi Arasındaki İlişki ve Farklılaşmayı Gösteren Bulgular; 82

4.5.1.1. Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin sosyodemografik ve fiziksel özellikeri ile kronik hastalık yönetimi düzeyi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular;.....82

4.5.1.2. Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin kronik hastalık özellikleri ile kronik hastalık yönetimi düzeyi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular; .85

4.5.1.3. Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin ilaç kullanım özellikleri ve kullandıkları ilaçlar ile kronik hastalık yönetimi düzeyi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular;.....90

4.5.1.4. Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin acile başvurma özellikleri ile kronik hastalık yönetimi düzeyi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular,...98

4.5.2. Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Çalışma Koşulları ile Kronik Hastalık Yönetimi Düzeyi Arasındaki İlişki Ve Farklılaşmayı Gösteren Bulgular;.....103

4.5.2.1. Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin çalışma özellikleri ile kronik hastalık yönetimi düzeyi arasındaki ilişki ve farklılaşmayı gösteren bulgular; 103

4.5.2.2. Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin mesleği ile kronik hastalık yönetimi düzeyi arasındaki ilişki ve farklılaşmayı gösteren bulgular;.....112

4.5.2.3. Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin çalıştıkları işyerindeki hastalık yönetimi olanakları ile kronik hastalık yönetimi düzeyi arasındaki ilişki ve farklılaşmayı gösteren bulgular; 118

5. TARTIŞMA 129
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 134
KAYNAKLAR 135
FORMLAR 140
ETİK KURUL KARARI (EK-3) 3
.....5
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....10
ÖZGEÇMİŞ 11

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4-1. Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri Ve Fiziksel Özellikleri (N=306) 50

Tablo 4-2. Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Kronik Hastalıkları Ile İlgili Özellikleri (N=306) 53

Tablo 4-3. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin İlaç Kullanımı Özellikleri Ve Kullandığı İlaçları (N=306) 55

Tablo 4-4. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Özgeçmiş Özellikleri (N=306) 57

Tablo 4-5: Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Acile Başvurma Nedenleri (N=306) 58

Tablo 4-6. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Acile Başvuru Sıklığı (N=306) 60

Tablo 4-7: Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Çalışma Özellikleri Ve İş Kazası Geçirme Durumu (N=306) 61

Tablo 4-8. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Meslek Dağılımı (N=306) 64

Tablo 4-9. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Hastalık Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamaları (N=306) 65

Tablo 4-10. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin İş Yerlerinde Hastalık Yönetimi ile İlgili Olanakları (N=306) 66

Tablo 4-11. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin İşyeri Sağlık Birimi Uygulamaları Ve Uygulayan Personel Bilgileri (N=306) 69

Tablo 4-12. Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Meslek Özelliklerinin Kronik Hastalıklarına Göre Farklılaşma Durumu (N=306) 79

Tablo 4-13. Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile Hastalık Yönetimi Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=306) 84

Tablo 4-14. Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Hastalık Yönetimi Özellikleri ile Kronik Hastalık Özeliklerinin Karşılaştırılması (N=306) 88

Tablo 4-15. Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin İlaç Kullanım Özellikleri ile Hastalık Yönetimi Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=306) 92

Tablo 4-16. Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Kullandığı İlaç Türü ile Hastalık Yönetimi Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=306)..... 96

Tablo 4-17. Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Acile Başvurma Nedenleri ile Hastalık Yönetimi Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=306)..... 101

Tablo 4-18. Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Acile Başvurma Sıklığı ile Hastalık Yönetimi Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=306) 103

Tablo 4-19. Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Çalışma Özelikleri ile Kronik Hastalık Yönetimi Özelliklerinin Farklılaşma Durumu (N=306)..... 109

Tablo 4-20. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Meslek Özellikleri İle Hastalık Yönetimi Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=306).... 116

Tablo 4-21. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Çalıştığı İşyerinde Hastalık Yönetimi İle İlgili Olanakları ile Hastalık Yönetimi Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=306) 126

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

SEMBOLLER

N:Örneklem

n: Frekans

$\bar{x}$: Ortalama

F: One Way Anova Testi

p: Anlamlılık değeri

t: t-testi

σ/SS: Standart sapma

±:Artı ve eksi

%: Yüzde

KISALTMALAR

WHO: World Healt Organization

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ILO: International Labour Organization/UÇÖ: Uluslararası Çalışma Örgütü

TÜSEB: Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü

TURDEP-II: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrimolojik Hastalıklar Prevelans Çalışması-II

İSG: İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

BOH: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

CDC: Center for Disease Control and Prevention(Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi

ÇSGB: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

MÖ/MS: Milattan Önce/Milattan Sonra

ÖZET

Özbek, B. (2021). Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Çalışma Koşulları ve Hastalık Yönetimi İle İlgili Özellikleri. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, "Halk Sağlığı Hemşireliği" ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Çalışanlar, yetişkin nüfusun çoğunu oluşturan bireyler olarak, yetişkinlerin maruz kaldığı sağlık tehlikelerinin yanında çalışmaya bağlı tehlikelere de (yaralanma, gürültü, kanserojen maddeler, ergonomik bozukluklar...) maruz kalırlar. Bu durum kronik hastalık yükünün önemli bölümünü oluşturur. Kronik hastalıkların komplikasyonlarını önleyebilmek için kronik hastalık yönetimi, işyerlerinde iş sağlığı ekibiyle (işyeri hekimi, işyeri hemşiresi, İSG uzmanı) yapılacaktır. Katılımcıların acile başvuru oranlarını düşürüp, sağlıklı iş ortamı oluşturulacak, acil servislerin iş yükü hafifletilecektir. Çalışmada acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin çalışma koşulları ve kronik hastalık yönetimi özelliklerinin belirlenmesi amaclanmıştır.

Çalışmanın tasarım tipi kesitsel-tanımlayıcıdır. Çalışmanın evrenini, gerekli izinleri alınmış bir üniversite hastanesi acil servisine başvuran kronik hastalıklı, 20-64 yaş arasında, çalışan bireyler, örneklemini bu birime başvuranlar arasından çalışma şartlarını sağlayan 306 birey oluşturmaktadır.

Çalışmanın verileri kişisel bilgi formu ve Kronik Hastalık Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu ile toplanmıştır. Veri değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerden sayı, yüzde, ortalama, standart sapma; iki bağımsız grubu değerlendirmek için t-testi; ikiden fazla bağımsız grubu değerlendirmek için One-way Anova testi; sonrasında farklılıklar için Scheffe testi kullanılmıştır.

Çalışma bulgularında katılımcıların %64,1'i erkek, %46,4'ü 50'den az çalışanlı işyerinden çalışmakta, %26,1'i profesyonel meslek mensubu, %27,1'i hipertansiyon hastasıdır. Katılımcıların %49,3'ü ağrı nedeniyle acile başvurmuştur. Çalışmada, hastalık yönetimi toplam puanı düşük bulunmuştur. Katılımcılar işyeri sağlık birimi olmamasından dolayı işyerlerinde kronik hastalıklarını yönetemedikleri için devlet hastanesi acillerine başvurmuştur. Bu çalışmanın sonuçlarında katılımcıların, işyerinde kronik hastalıklarının yönetimine yönelik etkili bir hizmet almadıkları belirlenmiştir. İşyerinde kronik hastalık izlemine yönelik gerekli önlemler alınır ve gerekli faaliyetler sürdürülürse acil birimlere başvurularda düşüşler olacağı konusunda temel veri sağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kronik Hastalık, Çalışma koşulları, Kronik Hastalık Yönetimi, Acil Servis, İş sağlığı hemşireliği

ABSTRACT

Özbek, B. (2021). Working conditions and characteristics of disease management of people with chronic diseases admitted to the emergency department. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Depatment of Public Health Nursing. Master's Thesis. İstanbul.

As individuals who make up the majority of the adult population, employees are exposed to work-related hazards (injury, noise, carcinogenic substances, ergonomic disorders) in addition to the health hazards to which adults are exposed. Exposures constitute a significant portion of the chronic disease burden. In order to prevent the complications of chronic diseases, chronic disease management will be done in the workplaces with the occupational health team (occupational physician, occupational nurse, OSH specialist). A healthy work environment will be created, and the workload of the emergency services will be alleviated, by reducing the rate of attendees applying to the emergency department. In this study, it was aimed to determine the working conditions and chronic disease management characteristics of individuals with chronic diseases who applied to the emergency department.

The design type of the study is cross-sectional-descriptive. The population of the study consists of working individuals between the ages of 20-64 with chronic diseases, who applied to the emergency department of a university hospital with the necessary permissions, and the sample consisted of 306 individuals who met the working conditions among those who applied to this unit. One of the descriptive statistical methods in data evaluation; number, percentage, mean, standard deviation; t-test to evaluate two independent groups; One-way Anova test to evaluate more than two independent groups; Afterwards, Scheffe test was used for differences.

According to the findings of the study, 64.1% of the participants are male, 46.4% work from a workplace with less than 50 employees, 26.1% are professional professionals and 27.1% are hypertensive. 49.3% of the participants applied to the emergency department due to pain. In this study, the disease management total score was found to be low. The participants applied to the emergency services of the gevornment hospitals, because they couldn't manage their chronic diseases in their workplaces and there was no workplace health unit. In the results of this study, it was determined that the participants did not receive an effective service for the management of chronic diseases in the workplace. Basic data has been provided that if necessary measures are taken for the monitoring of chronic diseases in the workplace and necessary activities are continued, there will be a decrease in applications to emergency units.

Key Words: Choronic Disease, Working conditions, Chronic disease management, Emergency department, Occupational health disease.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik hastalıklar, bir ya da daha fazla sistemde, geriye dönüşsüz yapı ve fonksiyon bozukluğuna yol açan ve hastalıkların birbiri üzerine eklendiği uzun dönem sağlık sorunlarıdır (Akdemir & Birol, 2004). Evde ve iş yerlerindeki uzun süreli davranışsal ve çevresel maruziyetler kronik hastalıkların sebeplerindendir (Healey & Walker, 2009). Diğer hastalıklara göre kronik hastalıklar sakatlık, ölüm ve finansal maliyetlerin en büyük sebebidir (Haley, Bernard J.; Walker, Kenneth T., 2009).

Kronik hastalıklar üretken dönemi kapsayan 20–64 yaş grubundaki ölümlerin önemli bir bölümünü oluşturmakta ve tüm dünya ülkelerinde giderek artmaktadır (İncirkuş & Ö. Nahcivan, 2011). Kronik hastalıklar dünyada 2018 yılında tahmini 41 milyon kişinin ölümüne yol açmıştır, bu da tüm ölümlerin % 71'ine eşittir. (Dünya Sağlık Örgütü, 2018). Türkiye'de 2019 yılında 407.300 bireyin kronik hastalıklar nedeniyle hayatını kaybettiği (Şentürk, 2019) ve tüm ölümlerin % 89'unu kronik hastalıklara bağlı ölümler olduğu görülmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2018).

Kronik sağlık sorunu olan birey, hasta birey olmanın ötesinde toplum içinde sınırlılıkları ile normal yaşamını sürdüren birey olarak ele alınmaktadır. Önceden sağlık, hastalığın olmayışı olarak tanımlanırken, bugün bireyin mevcut sağlığı ile ölüme kadar iyilik hali olarak ele alınmaktadır. Bu nedenle kronik hastalığı olan bireyleri hem sosyal ortamlarda hem de iş yaşantısında sıklıkla görebiliyoruz (Akdemir & Birol, 2004). Birey yaşam tarzı değişikliği sağlandığında (zararlı alışkanlıklardan uzak durmak, fiziksel aktivite, tedaviye uyum vb.) ise kronik hastalığın gelişebilecek komplikasyonlarını geciktirmiş ve hatta önlemiş olarak günlük yaşantısına sorunsuz devam edebilmektedir.

Kronik hastalığı olan bireyler tarafından bu süreç etkin şekilde yönetilemediğinde akut semptomlar ile acile başvurulması gerekmektedir. Bir araştırmada hastaların sık sık hastanede bulunmaları, normal yaşantılarını %37, eğitim yaşantısını %43, normal aktivitelerinde aksama ve kısıtlamanın %29 oranında olduğunu göstermiştir. Ayrıca kronik hastalığa bağlı olarak fiziksel ve zihinsel sınırlılıklar, sakatlıklar ve ağrı bireyin bağımsızlığını azaltmakta, uzun süreli bakım

gereksinimi, sağlığın algılanmasını ve sosyal etkinliklerini kısıtlamaktadır (Akdemir & Birol, 2004; KUBİLAY, 2003).

Bireylerin birçoğu çalıştığı için çalışanın sağlığı işveren açısından da oldukça önemlidir. Sağlıklı bir çalışan işyerinde daha verimli çalışıp daha üretken olurken, sağlığı bozulmuş bir çalışan sağlık hizmetlerini daha sık kullanır ve tıbbi harcamaları daha fazladır. Kronik hastalıkların takibi iş sağlığı hizmeti kapsamında iş yeri hemşireleri tarafından takip edilmelidir. İş yeri hemşiresi, bireylerin erken tanı ve tarama programlarıyla sağlık düzeylerini kontrol eder, hastalıkların oluşmasını önler. Hasta olmuş bireylerin ise tedavilerinin izlenmesi, hastalık hakkında farkındalıkların artırılması, acil durumlarda yapması gereken uygulamalar ve hastalıkla birlikte sürdürülmesi gereken sağlık davranışlarını öğretir, hastayı izler. Kronik hastalıklı bireylerin iş yerlerinde hastalıklarının yönetiminin sağlanması, onların hastaneye başvuru oranlarını düşürecek ve aynı zamanda kronik hastalık evrelerinden olan stabil evrenin (Akdemir & Birol, 2004) süresini uzatacaktır. Böylece hem işveren için hastane maliyetleri azalacak, verimli çalışma ve iş üretme kapasitesi artacaktır.

Bu tez 20-64 yaş arası kronik hastalık tanısı olan ya da yeni kronik hastalık tanısı almış çalışan bireylerin, çalıştıkları iş yerlerindeki iş sağlığı ekibinin kronik hastalık yönetimi açısından sunduğu sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi amacıyla akut semptomları olan Acil servise başvuran kronik hastalıklı çalışan bireyler ile yapılmıştır. Bu bağlamda çalışmanın amacı; acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin çalışma koşulları ve hastalık yönetimi ile ilgili özelliklerinin belirlenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KRONİK HASTALIKLAR

2.1.1. Sağlık ve Hastalık Kavramlarının Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı (1974), "Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir." şeklinde tanımlamaktadır (Bolsoy & Sevil, 2006). Yani sağlık, hastalığın olmayışı olarak tanımlanmaktansa, bireyin mevcut sağlığı ile ölüme kadar iyilik hali olarak ele alınmaktadır (Akdemir & Birol, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 2004). Bir kişiye sağlıklı diyebilmek için; hem bireyin kendini sübjektif olarak sağlıklı algılaması, hem de objektif olarak gerçekten sağlıklı olması gerekir.

Hastalık durumu da yalnızca bir rahatsızlığın olması değil, bir çok etmenin katkıda bulunmasıyla karmaşık bir süreç olup bireyin, çevre ile uyumunun, etkileşiminin, üretkenliğinin, verimliliğinin ve kendi içindeki denge durumunun bozulması ile fiziksel, ruhsal, entelektüel ve sosyal fonksiyonlarının daha önceki haline göre azalması ya da iyice tükenmesidir (Bolsoy & Sevil, 2006; Aşut & Özaydın, 2019).

2.1.2. Kronik Hastalık Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre ''non-communicable disease'' yani bulaşıcı olmayan hastalık (BOH) olarak ifade edilen kronik hastalık ''uzun süreli ve yavaş ilerleyen hastalıklar'' olarak tanımlanırken (Dünya Sağlık Örgütü, 2018), Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi (National Center for Health Statistics)'ne göre ise üç ay ya da daha uzun süren hastalıklar olarak tanımlanan (Kalender & Sütçü Çiçek, 2014) kronik hastalıklar, Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü (TÜSEB)'nün tanımına göre herhangi bir enfeksiyon etkeni ile ilişkilendirilmeyen, bulaşıcı olmayan ve çoğu kez uzun süreli olan (kimi zaman yaşam boyu sürebilen), yavaş seyirli, süreğen bir dizi hastalığı ifade eder (Türkiye Halk Sağlığı ve Enstitüleri Başkanlığı, 2020). Sürekli tıbbi destek gerektiren ve/veya günlük yaşamı kısıtlayan (Coşar & Büyükkaya Besen, 2015), bir ya da daha fazla sistemde, geriye dönüşsüz yapı ve fonksiyon bozukluğuna yol açan hastalıkların birbiri üzerine eklendiği sağlık

sorunlarıdır (Akdemir & Birol, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 2004; Coşar & Büyükkaya Besen, 2015).

Kronik Hastalıkların Özellikleri;

- ✓ Genellikle orta yaşta başlar, ömür boyu sürer.
- ✓ Genellikle kalıcı bir sakatlık bırakır.
- ✓ Zaman zaman iyileşme dönemine girse de tekrarlamalar hastalığı daha kötü duruma sokar.
- ✓ Etmenle karşılaşma ile hastalığın ortaya çıkması arasında geçen süre çok uzun olabilir.
- ✓ Çoğu zaman etkenler çok çeşitlidir.
- ✓ Hastane ve toplum bakımına gerek vardır.
- ✓ Hastanın periyodik tıbbi bakıma ihtiyacı vardır.
- ✓ Bir kronik hastalığı diğer kronik durumlara neden olabilir.
- ✓ Kronik hastalık bütün aileyi etkiler, maliyeti yükseltir (Aylaz, 2016).

2.1.3. Dünya'da ve Türkiye'de Kronik Hastalık

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, kronik hastalıklar morbiditenin önde gelen nedenlerindendir. Kronik hastalıklar dünyada 2018 yılında tahmini 41 milyon kişinin ölümüne yol açmıştır, bu da tüm ölümlerin % 71'ine eşittir. (Dünya Sağlık Örgütü, 2018). Kronik hastalıktan ölümler 30-70 yaş arasında gerçekleşmekte olup (Dünya Sağlık Örgütü, 2018), erken ölüm niteliği taşımaktadır (Aylaz, 2016). Kalp hastalığı, felç, kanser, kronik solunum hastalıkları ve diyabet gibi kronik hastalıklar dünyada ölümlerin önde gelen nedenidir ve sağlık harcamalarının büyük bir kısmı (%60-80) bu hastalıkların tedavisi için yapılmaktadır (Coşar & Büyükkaya Besen, 2015).

Gelişmiş ülkelerde bulaşıcı hastalıklar hala önemini korurken, ağırlığın giderek kronik hastalıklara (bulaşıcı olmayan hastalıklara) doğru kaydığı görülmektedir (Aşut & Özaydın, 2019). Kronik hastalıklara bağlı bu ölümler Afrika dışındaki ülkelerin en sık ölüm nedenidir, ancak 2030'da Afrika'da bile bulaşıcı olmayan hastalıkların en sık ölüm nedeni olacağı öngörülmektedir (Aşut & Özaydın, 2019).

Türkiye'de 2019 yılında 407.300 bireyin kronik hastalıklar nedeniyle hayatını kaybettiği (Şentürk, 2019) ve tüm ölümlerin % 89'unu kronik hastalıklara bağlı

ölümler olduğu görülmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2018). Bu oranın %34'ü kardiyovasküler hastalıklar, %23'ü kanser, %7'u akciğer hastalıkları, %5'i diyabet ve %21'u diğer kronik hastalıklardır (Dünya Sağlık Örgütü, 2016).

Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II) 2010 yılı sonuçları ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2019 yılı istatistiklerinin standardize edilerek hesaplanması ile Türkiye'de 20 yaş ve üzeri yetişkin nüfus içinde 8.5 milyon kişinin diyabet, 15.8 milyon kişinin hipertansiyon ve 17.5 milyon kişinin de obezite nedeniyle halen çeşitli sağlık sorunlarına maruz kaldığı anlaşılmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı ve Enstitüleri Başkanlığı, 2020).

2.1.4. Kronik Hastalığın Toplum Üzerindeki Etkileri

Kronik hastalığı olan birey, hasta birey olmanın ötesinde toplum içinde sınırlılıkları ile normal yaşamını sürdüren birey olarak ele alınmaktadır ve toplumda kronik hastalığı olan bireylerle hem sosyal ortamlarda hem de iş yaşantısında sıklıkla karşılaşılmaktayız (Akdemir & Birol, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 2004).

Mortalite ve morbiditenin başta gelen nedeni olan kronik hastalıklar, bazı demografik ve epidemiyolojik etmenlerle ilişkilidir (Aşut & Özaydın, 2019).

- ✓ Birincisi; bulaşıcı hastalıklardan ölümün azalması, yaşam süresini uzatarak kronik hastalıkların daha sık görüldüğü yaşlara kadar yaşayabilen insanların sayısını artırdı (Aşut & Özaydın, 2019).
- ✓ İkincisi; sigara içme(tütün kullanımı), egzersiz yetersizliği(fiziksel hareketsizlik), sağlıksız yağ ve şeker içeren beslenme(sağlıksız beslenme) ve zararlı alkol kullanımı davranışsal; yüksek kan basıncı,aşırı kilo/obezite, yüksek kan şekeri seviyeleri (hiperglisemi), kandaki yüksek yağ seviyeleri (hiperlipidemi) metabolik risk faktörleri gibi yaşam biçimi değişiklikleri risk faktörlerini artırarak kronik hastalık, engellilik ve ölümlerde birinci sırayı almasına yol açtı (Aşut & Özaydın, 2019; Dünya Sağlık Örgütü, 2018).
- ✓ Üçüncüsü; travma ve kronik hastalıklar sağlık hizmeti harcamalarındaki artışın en önemli nedenidir (Aşut & Özaydın, 2019)

- ✓ Dördüncüsü olarak ise; halk sağlığı deneyimi ve yeni bilimsel bilgiler artık koruyucu ve tıbbi tedavi hizmetlerinin kronik hastalık yükünü ve engelliliği azaltan yeni biçimlerine yönelmesini gerektirmektedir (Aşut & Özaydın, 2019).

Kronik hastalıklar sorununa yeterince uyum yapılamadığında fizyolojik, sosyal ve psikolojik sorunlar katlanarak artış gösterir ve günlük yaşam aktiviteleri olumsuz etkilenir (Akdemir & Birol, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 2004). Kronik hastalığa bağlı olarak fiziksel ve zihinsel sınırlılıklar, sakatlıklar ve ağrı bireyin bağımsızlığını azaltmakta, uzun süreli bakım gereksinimi, sağlığın algılanmasını ve sosyal etkinliklerini kısıtlamaktadır (Akdemir & Birol, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 2004; KUBİLAY, 2003).

Diğer bir etki ise kronik hastalıkların daha az niceliksel ve ölçülmesi daha zor olan, birey, aile ve toplum üzerindeki hastalık yüküdür (Aşut & Özaydın, 2019). Hasta birine bakmanın getirmiş olduğu fiziksel ve duygusal yükün niceliksel olarak ölçülmesi neredeyse imkansızdır.

Kronik hastalıklar, erken ölüm veya uzun süren hastalıklara bağlı sakatlıkla yaşamanın sosyo-ekonomik sonuçları vardır (Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı, 2017-2025). Hekim ve diğer sağlık çalışanları, hastane ve diğer tıbbi hizmetler gibi sağlık hizmetlerinin doğrudan maliyetlerini; ayrıca morbidite ve mortaliteye bağlı iş gücü kaybını, yani dolaylı kayıpları içerir (Aşut & Özaydın, 2019). Bireyler, aile ve toplum üzerine morbidite ve mortalitenin yanı sıra sağlık harcamaları açısından en büyük sebebiptir ve ciddi bir yük artışına neden olmaktadır (Kalender & Sütçü Çiçek, 2014; Aşut & Özaydın, 2019; Haley, Bernard J.; Walker, Kenneth T., 2009). Toplum düzeyinde sosyal bakım ve refah desteğine talebin artması sağlık maliyetlerini artırmış, bununla birlikte okul veya iş devamsızlığı, önemli ölçüde gelir kaybı, üretimin azalması,ve çalışanların sürekli değişmesi de sağlık maliyetlerinin yükünün artmasına etki etmiştir. (Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı, 2017-2025; Meenan, Yelin, Nevitt, & Epstein, 1981). Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi [Center for Disease Control and Prevention (CDC)], kronik hastalıklara ayrılan harcamaların tüm sağlık

harcamalarının %75'ini oluşturduğunu belirtmektedir (Kalender & Sütçü Çiçek, 2014).

Bu durumlar sürdürülebilir sosyal ve ekonomik kalkınma üzerinde iki katı bir yük yaratmaktadır (Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı, 2017-2025). Artan iş gücü kaybı, yüksek ölüm oranları, sağlık harcamalarındaki aşırı artış ile sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından kronik hastalıklar küresel bir tehdit oluşturmaktadır (Zuhur & Özpancar, 2017).

Kronik hastalıklara bağlı olarak gelir düzeyinin azalması ve erken emeklilik bireyleri ve tüm hane halkını fakirliğe itmektedir (Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı, 2017-2025). Türkiye'de kronik hastalıkların önlenmesi ve erken tedavisinin ülke ekonomisine yüzde 10 oranında bir katkı sağlayabileceği öngörülmektedir (Akpınar & Ceran, 2019).

2.2. KRONİK HASTALIKLAR VE ACİL SERVİSLER

Doktora ve acil servise başvuru sıklığı açısından kronik hastalığı olanların olmayanlara göre daha fazla başvuru yaptıkları görülmektedir. Kronik hastalıklar uzun süren ve zaman içerisinde çeşitli fonksiyonların da kaybına yol açan hastalıklar olduğundan farklı belirtilerin ortaya çıkması, sağlık durumunun bozulması ve kolay değişkenlik göstermesi durumlarının sağlık merkezine başvuru sıklığını etkilediği düşünülmektedir (Uğrak, Uzuntarla , Cihangiroğlu, & Akyüz, 2016).

Kronik hastalıkların süreci, hastalık öncesi evre, hastalık evresi, stabil evre, stabil olmayan evre ve akut evre olarak tanımlanabilir.

-Hastalık öncesi evre bireyin hastalık ile ilgili yaşam biçimi ve kalıtsal risklerinin değerlendirileceği evredir.

-Hastalık evresi bireyin semptomlarının çok belirgin olmadığı, tanılama işlemleri ile hastalık tanısının konduğu evredir.

-Durağan evre hastalık semptomları belirgindir fakat henüz kontrol altında olduğu evredir. Durağan evre ise hastalığın seyrinşn kötüleştiği artık semptomların kontrol edilemediği, komplikasyonların gelişebildiği evredir.

-Durağan olmayan evrede semptomların yeniden görülmesi ve hastalığın aktive olması nedeniyle durağan olmadığı ya da komplikasyonların görülmeye başladığı evredir. Bu aşamada hasta yeni uygulamalar ve semptomların belirginliği nedeniyle günlük yaşamında aksamalar meydana gelebilir. Bu dönemde problemin çözülmesi için yeni uygulamalar ve planlama gerekir.

-Akut evre ise ani gelişen ve kontrol edilemeyen semptomlarınn ya da komplikasyonların olduğıu evredir. Bu dönemdeki bireylerin sıklıkla hastalıklarını yönetemedikleri gözlemlenir acile başvurular olur ve sorunların konrtolü için hastane yatışı gerekebilir. Bu evreyi de 4 alt başlıkta değerlendirebiliriz.

-Kriz evresi; acil bakım ya da tedavi gerektiren ve yaşamı tehdit eden durumlar ile karakterizedir.

-Geriye dönüş evresi; akut dönemden sonraki geriye dönüşün olduğu, kronik durumun sınırlılıklarının kabul edilerek yaşam biçiminin organize edildiği evredir.

-Düşüş evresi; hastalık semptomlarının daha yoğun yaşandığı ve yetersizliklerin ilerlediği süreçtir yine de yeterli bakım ve tedavi uygulamaları vardır.

-Ölüm evresi ise; bu evrede hastalık yönetimi zorlaşır, hızlı ilerleme görülür, vücut fonksiyonlarının yaşam idamesinde yetersiz kaldığı evredir (Akdemir & Birol, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 2004).

Acile başvurma gereksinimi sıklıkla kronik durumun hastalık evresinde ve akut evresinde olur. Hastalık evresindeki durumda olan kronik hastalıklı bireyler henüz semptomlarla ilk defa karşılaştıkları için acil servislere gelip semptoma yönelik tedavi aldıktan sonra ilgili poliklinik birimlerinden hastalığa yönelik tanılama ve tedavi işlemlerinin sürdürülmesiyle devam eden bir süreç yaşarlar. Kronik durumun akut faz evresinin de kriz evresi kısmında bireylerin artık semptoma yönelik tedavilerinin yeterli olmadığı hallerde ve hastalığın rutin kontrollerinin sağlanmadığı durumlarda, bireyin yaşamındaki kronik duruma uyumlanmasının olmaması ya da eksik kalması durumlarında acile başvururlar. Bir çalışmada Acil servise başvuranlar hastaların %52,4’ünü yeni tanı konulan hastaların başvuruları, %47,6’sını ise kronik hastalıklar ilişkili başvurular oluşturuyor (Kunt, Akkaş, Metin Aksu, & Karaca, 2019) ve en sık acile başvuru yapılan kronik hastalık nedenleri %3'ünde Serebrovasküler Hastalık

(SVH),% 3'ünde Kronik Böbrek Hastalığı(KBH), % 8'inde Diabetes Mellitus (DM), % 11'inde Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) ve Astım , % 12'sinde Hipertansiyon (HT), %17'sinde Malignite,% 18'inde İskemik Kalp Hastalığı (IKH), % 9'unda birdenfazla kronik hastalık ve % 18'inde diğer kronik hastalıklar mevcut olarak bulunmuştur (Kunt, Akkaş, Metin Aksu, & Karaca, 2019).

Acil ünitelerde karşılaşılan genelde kronik hastalıkların belirtisi olabilen acil durumları, nörolojik aciller, kardiyovasküler aciller, pulmoner(solunum sistemi) aciller, metabolik endokrin ve sıvı elektrolit bozukluklarına ilişkin aciller ve gastrointestinal aciller olarak sınıflandırabiliriz. Nörolojik acillerde genellikle baş ağrısı ve başdönmesi şikayetleri hafif belirtiler olarak, senkop, koma, epilepsi, serebrovasküler olay ise ciddi belirtiler olarak değerlendirilir ve acil müdahale edilmezse bireyin hayatını kaybetmesine ya da yaşam boyu sekelli olarak yaşamasına sebep olur (Olgun, Nörolojik Aciller, 2004). Kardiyovasküler acil olarak iskemik kalp hastalıklarından olan akut miyokard infaktüsü ve diğer kardiyovasküler hastalıklardan (kalp yetmezlikler, aritmiler, konjestif kalp yetmezlikleri, maling hipertansiyon vb.) dolayı ölüm ihtimali birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de ilk sırada yer almaktadır (Olgun, Kardiyovasküler Aciller, 2004). Bu nedenle göğüs ağrısı, tansiyon yüksekliği gibi belirti ve bulgularla acil servislere başvuran bireylere vakit kaybetmeden etkili tedavi ve bakımın yapılması önem arzetmektedir (Olgun, Kardiyovasküler Aciller, 2004). Pulmoner acillerde olan astım, KOAH, amfizem gibi hastalıklar, pulmoner emboli ve akut respiratuvar hastalıklardan dolayı gelişir, solunum durması, nefes darlığı gibi belirtilere ve saturasyon düşüklüğü bulgularına acilen müdahale edilmezse yaşamı tehdit eder (Olgun, Pulmoner Aciller, 2004). Metabolik, endokrin ve sıvı elektrolit acillerden metabolik aciller, diyabetik ketoasidoz, hiperglisemik hiperozmolar nonketotik koma, hipoglisemi; endokrin aciller, akut surrenal yetmezlik,hipertiroidi krizi, miksödem koması; sıvı-elektrolit bozukluğu acilleri ise dehidratasyon, hiponatremi, hipernatremi, hipokalemi/hipopotasemi, hiperkalemi/hiperpotasemi, hipokalsemi, hiperkalsemi, hipomagnezemi, hipermagnezemidir (Olgun, Metabolik, Endokrin ve Sıvı Elektrolit Bozukluklarına İlişkin Aciller, 2004). Gastrointestinal aciller ise yutma

güçlüğü, şiddetli kusma, akut karın ağrısı, diyare ve kanamalar yaşamı tehdit edici olacağından çoğu vaka aciliyet gösterir (Olgun, Gastrointestinal Aciller, 2004).

Hipertansiyon, kalp ve damar hastalıkları, diyabet, kanser, KOAH veya astım tedavisi sebebiyle hastaneye başvuru %30,3'tür; erkekler için %28,8 ve kadınlar için %31,4 (Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017(STEPS), 2018)

Kronik hastalığı olan bireyler tarafından hastalık süreci etkin şekilde yönetilemediğinde akut belirtiler ile acile başvurmaktadır. Kronik hastalık sebebiyle hastaların sık sık hastanede bulunmaları, normal yaşantılarını %37, eğitim yaşantısını %43, normal aktivitelerinde aksama ve kısıtlamanın %29 oranında etkilendiği görülmektedir (Akdemir & Birol, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 2004).

Toplum ve aileler üzerindeki sosyal ve ekonomik yükün azaltılması için (Aşut & Özaydın, 2019) etkin bir kronik hastalık yönetimi kronik hastalığa sahip kişilerin hastalığın olumsuz etkilerinden olabildiğince az etkilemelerini ve sağlıklı şekilde daha uzun süre geçirmelerini sağlayacaktır.

2.3. KRONİK HASTALIKLAR İLE İŞ İLİŞKİSİ: ÇALIŞMA KOŞULLARI VE KRONİK HASTALIKLAR

İş yeri, yetişkin nüfusun büyük bir kısmına ulaşılabilecek ve bireylerin sağlık riski profillerini olumlu yönde etkileyebilecek olası bir ortam olarak tanımlanmıştır (Kolbe-Alexander, ve diğerleri, 2008). Çalışma ortamı, iş görenlerin fiziksel ve psikolojik refahını etkileyebilecek çok sayıda özelliğe sahiptir (Kanten, 2012). Çalışma ortamı; çalışma sistemini, işlerin tasarımını, iş görenlerin birbirleri/yöneticileri arasındaki davranış şekillerini ve çalışma koşullarını içermektedir (Kanten, 2012). Örgütlerde iş gören refahı (employee well-being), çalışanların gereksinimlerini göz önüne alan iş ve çalışma sistemlerinin tasarlanması ile sağlanabilir (Kanten, 2012). Buna ilaveten, çalışma koşullarının iş gören sağlığı ve iş güvenliği gerekliliklerini karşılaması gerekmektedir (Kanten, 2012). Özellikle, kötü çalışma koşullarının iş görenlerin sağlık ve refahını olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (Kanten, 2012). Çalışılan ortamda aydınlatmanın, havalandırmanın ve ısıtmanın yetersiz olması, uzun çalışma saatleri, ergonomik olmayan koşullar,

gürültü ve iş güvenliğini azaltıcı durumlar kötü çalışma koşulları olarak nitelenmektedir (Kanten, 2012). Ayrıca, fazla mesai ve vardiya gibi süreçlerin planlanması ile işlerin organize edilmesine yönelik faktörleri içeren diğer çalışma koşullarının da iş gören sağlığını etkilediği kabul edilmektedir. (Kanten, 2012)

Çalışma koşulları iş görenlerde bir takım sağlık belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Sağlık belirtileri, genel anlamda fiziksel ve psikolojik olarak iki farklı düzeyde ortaya çıkmaktadır. Fiziksel belirtiler; baş ve sırt ağrısı, baş dönmesi, sindirim bozuklukları, kalp çarpıntısı ve yorgunluk gibi çeşitli bedensel rahatsızlıklardır. Psikolojik belirtiler ise, olumsuz ruh hali, endişe ve suçluluk duygusu gibi bireyleri rahatsız edici durumlar olarak nitelenmektedir.

Çalışma ortamında olumsuz faktörlerin varlığı, kronik hastalık sahibi olan kişilerin erkenden emekli olmasına ya da malulen emeklilik gibi kararlar almasında etkili olmaktadır (Virtanen, ve diğerleri, 2014). Kronik hastalığı olan çalışanların önemli kısmı kendilerini iş yerlerinde kısıtlı hissetmekte, yeterli sosyal destek ve sağlık desteği göremeyince işten erken ayrılma veya malulen emeklilik yoluyla işi bırakmaktadır. Çalışanların bu sebeplerden ötürü pasif kalması ve maddi durumunun daha kötüleşmesi nedeniyle yine çalışanın sağlığını olumsuz etkilenmektedir. Kronik hastalığın varlığı işten çıkarılma veya işe alınmama gibi durumlar açısından yine büyük risklerden biridir (Mandırcıoğlu, Bölükbaş, Demirel, & Gümeli, 2015).

2.3.1. Çalışma Koşullarının Kronik Hastalıklar Üzerine Etkisi

İş ve sağlık arasındaki ilişkilerin varlığı çok eski tarihlere dayanmaktadır ve çok eski tarihlerden beri bilinen bir olgudur (Başçı, 2018). İş sağlığındaki en büyük ve en önemli katkıyı 18.yy'da Bernardo Ramazzini yapmıştır ki kendisi iş sağlığının babası olarak anılır (Başçı, 2018). Bernardo Ramazzini'nin yazdığı '' Çalışanların Hastalıkları'' adlı kitapta çeşitli işlerle ilgilenenlerin nasıl sağlık risklerine ve sorunlarına maruz kaldığı dikkat çekmektedir (Başçı, 2018).

DSÖ tarafından iş sağlığı, ''iş yerinde sağlık ve güvenliğin tüm boyutları'' olarak tanımlanmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2018). Bireylerin yaşamları içerisinde önemli dönemlerden biri de çalışma koşullarını da içine alan erişkin dönemidir. Bireyler günlük yaşantılarının 1/3'ünü çalışma ortamında geçirmektedirler. Çalışma

ortamlarında erişkinlere sunulan sağlık hizmetlerinin niteliği erişkin sağlığını olumlu yönde etkilemektedir (Kubilay, 2003; Esin, 2018)

Çalışan olarak nitelendirdiğimiz 15-64 yaş arasındaki bireyler ekonomik olarak aktif-üretken nüfus olarak toplumun yaklaşık %67,8i gibi büyük bir çoğunluğunu oluşturmaktadır (Tanır, 2017). Çalışanlar, yetişkinlerin maruz kaldığı sağlık tehlikelerinin yanısıra çalışma koşulları ile ilgili özel tehlikelere de maruz kalmaktadır (Vaizoğlu, 2019). Bireyler eğitim, bireysel özelliklerine, meslek ve öğrenim düzeylerine ve çalışma koşullarına göre de değerlendirilmelidir. Toplumdan demografik olarak farklı olan çalışanların ölüm hızları topluma nispeten daha düşüktür çünkü işe alınırken ciddi hastalıkları olanlar ve engelliler dışlanmaktadır (Vaizoğlu, 2019). İşe alımlardaki bu seçme işlemi, sağlıksız kişilerin iş yerlerinden uzaklaştırılması ile devam etmektedir (Vaizoğlu, 2019). Ancak vasıfsız çalışanların olduğu toplulukta vasıflı çalışanların olduğu topluluğa göre kronik hastalıkların hızı ve bu çalışanların çocuklarının morbidite ve mortalite hızı daha yüksektir (Vaizoğlu, 2019).

İş ortamından etkilenmeye bağlı olarak, meydana gelen hastalıklar, yaralanmalar ve ölümler, ekonomi ve sağlık sistemi üzerine önemli bir ekonomik yük oluşturmaktadır (Vaizoğlu, 2019). Yaralanmalar, gürültü, kanserojen maddeler, havadaki partiküller ve ergonomik riskler gibi belirli mesleki riskler, kronik hastalık yükünün (tüm sırt ağrısı vakalarının %37'si, işitme kaybının %16'sı, kronik obstrüktif vakaların %13'ü akciğer hastalığı, astımın %11'i, yaralanmaların %8'i, akciğer kanserinin %9'u, löseminin %2'si ve depresyonun %8'i) önemli bir bölümünü oluşturur (Dünya Sağlık Örgütü, 2018).

İşyerlerinde risk grupları, çocuk çalışanlar, yaşlı çalışanlar, kadın çalışanlar, engelli çalışanlar, kronik hastalığı olan çalışanlar, birden fazla iş kazası geçirenler veya meslek hastalığı ön tanısı alan çalışanlar, ilaç-madde bağımlısı olan çalışanlar, eski hükümlü çalışanlar, göçmen çalışanlar ve eğitimsiz, acemi çalışanlar şeklindedir (Tanır, 2017). Bu gruplar iş yerlerinde iş yeri ortam koşullarında diğer çalışanlara göre daha fazla etkilenebilir ve iş yeri sağlık biriminden daha sık yakın gözlem ve izleme gereksinim duyarlar.

Kronik hastalıklar üretken dönemi kapsayan 20–64 yaş grubundaki ölümlerin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (İncirkuş & Ö. Nahcivan, 2011). Genellikle 45-64 yaş arasında artış göstermekle beraber yaşamın herhangi bir evresinde meydana gelen kronik hastalıklar bireylerin en verimli çalışma zamanlarında hasta birey, ailesi ve ülke açısından hem maddi kayba hem de manevi yıpranmaya neden olan çeşitli özelliklerde sorunlara yol açmaktadır. Kronik hastalıklar nedeniyle yapılan başvurular acil servis başvurularında önemli oranını oluşturmaktadır (Kunt, Akkaş, Metin Aksu, & Karaca, 2019).

2011 yılında, Avrupa Birliği'nde 16 yaş ve üzerindeki erkek nüfusun yaklaşık %29'u ve kadın nüfusun% 34'ü kronik bir hastalığa sahiptir (Vooijs, ve diğerleri, 2015). Çalışan nüfusta, bir veya daha fazla kronik hastalığa sahip olma yaygınlığı % 10 (16-24 yaş) ile %55 (55-64 yaş; Eurostat 2014) arasında değişmektedir (Vooijs, ve diğerleri, 2015).

Kronik hastalıklar da bireylerin uzun süre ayakta çalışması, uzun süre oturarak çalışması gibi yaptıkları işlerden, vardiyalı çalışma, gece çalışma gibi çalışma koşullarından, fiziksel maruziyetler, kimyasal maruziyetler, ışık, gürültü gibi çevresel faktörlerden dolayı meydana gelerek bu bireylerin yaşam koşullarını olumsuz etkilemektedir (Esin, 2018).

Çalışma koşullarının kronik hastalıklar üzerine etkisi değerlendirildiğinde iş ortamında risk föktöleri, fiziksel risk faktörleri, kimyasal risk faktörleri, biyolojik risk faktörleri ve psikososyal risk faktörleri olarak sınıflandırılabilir (Tanır, 2017).

a. Fiziksel Faktörleri; ısı, nem, havalandırma, aydınlatma, gürültü, radyasyon-titreşim ve basınç değişklikleridir (Tanır, 2017).

b. Kimyasal Faktörler; metaller (kurşun, civa, arsenik, krom, berilyum, asbest, kadmiyum, kobalt, talyum, manganaz, nikel, baryum, uranyum, selenyum, antimon, magnezyum, demir, bakır, aluminyum), solventler yani çözücüler (benzen, toluen, ksilen, benzin, mazot, nafta, klorobenzen, ketonlar, esterler, glikoller, karbon sülfür, nitroparafinler) gazlar (karbon monoksit, klor, kükürtlü hidrojen, brom, iyot, flour, amonyak, kükürt dioksit, nitroz), asit ve alkaliler

(nitrik, sülfirik, formik, asetik, oksalik asit), boyalar (aromatik aminler, nidrazinler, arsenik ve kromatlı boyalar), pestisidler (insektisitler,rodendisitler, mollositler, herbesitler), plastik maddeler (vinil klorür, kloropen, resin), kanserojen maddeler(katran, zift, mineral yağlar, aromatik aminler, radyasyon, krom tuzları, asbest, nikel, arsenik, ultraviole, benzen, parafin, fenol, sülfür, azot, karbonil)dir (Tanır, 2017).

c. Biyolojik Faktörler; tetanos, şarbon, brusella, kuduz, tüberküloz, viral hepatit(A,B,C), bağırsak parazitleri, AIDS, toksoplazmozis, ekinokokkozis, ruam, tularemi, veba, psittakkozis,leptospirozis, ensefalitler, kzamik, Q ateşidir (Tanır, 2017). Biyolojik faktörler, insanda hastalığa sebep olmayan, insanda hastalığa sebep olup zarar verebilecek ancak topluma yayılma ihtimali olmayıp korunma ve tedavisi olan, insanda ağır hastalığa sebep olup topluma yayılma ihtimali bulunan ancak korunma ve tedavisi olan ve insanda ağır hastalığa sebep olup topluma yayılma ihtimali yüksek olan ayrıca korunma ve tedavisi olmayan olarak 4 gruptur (Tanır, 2017).

d. Tozlar; silis, asbest, talk, alüminyum, kurşun,kadmiyum, mangan, arsenik, berilyum, nikel, uranyum, toryum, radyum, yem, saman, ot, tahıl lifi, pamuk, keten, kenevir, komür, demir, baryum,magnezyum, kireç taşı, mermer, alçı taşı ve tozlarıdır (Tanır, 2017).

e. Ergonomik-Mekanik Faktörler; duruş bozuklukları, ağır yük kaldırma-taşıma ve iş kazalarıdır (Tanır, 2017).

f. Psikososyal Faktörler; stres, çalışma ortamı, işyerindeki ilişkiler, çalışma süresi, ücret politikaları, monotizm, örgütlenme, tacizler, ayrımcılık ve baskı, yönetim-organizasyon uygulamaları, mobbingdir (Tanır, 2017).

2010 yılında Amerika'da ilk on sırada görülen iş ile ilgili hastalık, akciğer hastalıkları, kas-iskelet sistemi yaralanmaları, kanserler, ciddi travmalar, kardiyovasküler bozukluklar, üreme sistemi bozuklukları, nörotoksik bozukluklar, gürültüye bağlı işitme kaybı, dermatolojik sorunlar, psikolojik gerginlik ve sıkıntıdır (Vaizoğlu, 2019). Bu sebepten iş sağlığında öncelikli konular iş yerinde anksiyete ve nörotik bozukluklar, işitme kaybı, kas- iskelet sistemi bozuklukları, yaralanmalar,

zehirlenmeler, solunum sistemi sorunları ve dermatolojik sorunlardır (Vaizoğlu, 2019).

Çalışmak, fonksiyonel sonuçları, sosyal bütünleşmeyi ve yaşam durumu ve mali durumla ilgili memnuniyeti geliştirdiği için sağlık durumu için faydalıdır (Vooijs, ve diğerleri, 2015). Kronik bir hastalığa sahip olması kişinin, işe katılımı olumsuz etkilediğini göstermiştir; kronik hastalığı olan kişiler daha az istihdam edilmektedir ve istihdam edildiklerinde, genel nüfusa göre ortalama daha az saat çalışmaktadır (Vooijs, ve diğerleri, 2015). Bu durumda sağlıklı bir çalışan işyerinde daha verimli çalışıp daha üretken olurken, sağlığı bozulmuş bir çalışan sağlık hizmetlerini daha sık kullanır ve tibbi harcamaları daha fazladır.

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) İş Sağlığı ve Güvenliği Sözleşmesi'ne 2002 tarihli protokolünün amaçları doğrultusunda, 'meslek hastalığı' terimi, iş faaliyetinden kaynaklanan risk faktörlerine maruz kalmanın sonucu oluşan herhangi bir hastalığı kapsar" şeklinde tanımlamıştır (Nagy & Kudász, 2016).

Meslek hastalığı, iş yerinde bir fiziksel organizasyon, kimyasal veya biyolojik bir risk faktörüne iş yerinde maruz bırakılarak veya bu faktörlerin bütününden etkilenerek meydan gelen hastalıklardır (EU-OSHO, 2021). Meslek Hastalıklarının Tanımı Meslek hastalıkları, işyeri ortamında bulunan faktörlerin etkisi ile meydana gelen hastalıkların ortak adıdır. Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Çalışma Örgütü gibi uluslararası kaynaklarda meslek hastalıkları; zararlı bir etkenle bundan etkilenen insan vücudu arasında, çalışılan işe özgü bir neden-sonuç, etki-tepki ilişkisinin ortaya konabildiği hastalıklar grubu olarak tanımlanmaktadır (Güven, 2011).

Başka bir deyişle meslek hastalığı, yapılan iş ve ve çalışma ortamında bulunan tehlike ve riskler nedeniyle çalışanda oluşan hastalıklardır (Esin, 2018). Meslek hastalığı ve çalışanın iş koşulları arasında yani çalışma alanındaki tehlike ve riskler ile hastalık arasındaki ilişkide nedensellik vardır (Tanır, 2017). Çok yönlü ve karmaşık olan bu ilişkiden dolayı tanılamansı çok zor ve zahmetlidir (Tanır, 2017). Meslek hastalığının tanısı konulurken, sigortalının çalıştığı işten dolayı meslek hastalığına tutulduğunun, kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları tarafından

usulüne uygun olarak düzenlenen sağlık kurulu raporu ve dayanağı tıbbi belgelerin incelenmesi, kurumca gerekli görüldüğü hallerde, iş yerindeki çalışma şartlarını ve buna bağlı tıbbi sonuçlarını ortaya koyan denetim raporları ve gerekli diğer belgelerin incelenmesi sonucu kurum sağlık kurulu tarafından tespit edilmesi zorunludur (Esin, 2018).

İş ile ilgili hastalıklar, DSÖ tarafından, bilinen ve kabul edilen meslek hastalıkları değil ancak oluşmasında ve gelişmesinde, çalışma koşullarının yani çalışma ortamı ve çalışma şeklinin diğer nedenlere göre önemli bir sebep oldupu hastalıklar olarak tanımlanır (Tanır, 2017). İşle ilgili hastalıklarda temel etken işyeri dışındadır. İşe girmeden önce var olan veya çalışırken ortaya çıkan herhangi bir sistemik hastalık yapılan iş nedeniyle daha ağır seyredebilmektedir. Çalışanın uygun işe yerleştirilmemesi ya da sistemik hastalığın ilerlemesine neden olan etkenlerin çalışma ortamında ortadan kaldırılmaması nedeniyle mevcut hastalığın şiddetlenmesi söz konusudur (Güven, 2011). İş ile ilgili hastalıkları dünya çapında son 10 yılda tahmini 2.4milyon ölümle sonuçlanmaktadır (EU-OSHO, 2021).

2.3.2. İş Sağlığı

1919 yılında kurulan Uluslararası Çalışma Örgütü-UÇÖ (International Labour Organization-ILO) ile Dünya Sağllık Örgütü-DSÖ (World Health Organization-WHO) iş sağlığı çalışmaları için bir komisyon kurmuştur (Tanır, 2017).

İş sağlığı ya da çalışan sağlığının tanımı Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Dünya sağlık Örgütü (DSÖ) uzmanlar komitesi tarafından genel kapsamda ‘’Bütün meslek kollarında çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerini, sağlığın bozulmasını önleyerek, riskleri kontrol ederek, kişileri işlerine, işleri kişilere adapte ederek en üst düzeyde sürdürmek ve geliştirmek; çalışanların bedensel ve ruhsal gereksinimlerine uygun bir çalışma ortamı yaratmak için yapılan çalışmalardır.’’ olarak yapılmıştır (Bilir & Yıldız, İş Sağlığı ve Güvenliği, 2015; Güngörmüş, 2016; Vaizoğlu, 2019).

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına göre ‘’Çalışma ortamında işin yürütülmesi sırasında, çeşitli nedenlerden kaynaklanan sağlığa zarar verebilecek

koşullardan korunmak amacıyla yapılan sistemli ve bilimsel çalışmadır.'' olarak tanımlanır (Güngörmüş, 2016).

2.3.2.1. Dünya'da iş sağlığının tarihsel gelişimi

Dünya'da iş sağlığının gelişmesinde tarihsel akışa bakıldığında, ilk örnek MÖ 1700'lü yıllarda Edwin Smith'in metal eritme işi yapanlarda timsah derisi görünümünün olduğunu farketmesi ile olmuştur. MÖ 460-370 yıllarında ise Hipoccrates Kurşun zehirlenmesini gündeme getirmiş ve onu takip eden MÖ 385-222 yıllarında ise Aritotales o dönemdeki koşucu hastalıkları ile ve gladyatörlerin beslenmesi ile ilgili konulara değinmiştir.

İlk çağ insanlarından yüzyıllar sonra sanayi devrimi ile başlayan süreçte çalışma koşullarının gerçek yapısı meydana gelmiş ve bu hayatın düzenlenmesi bakımından kurallar geliştirilmiştir. MS 1633-1714 yıllarında İtalyan hekim Bernardino Ramazzani işyerlerindeki gözlem ve deneyimlerini sistematik bir kitap haline getirmiş ve modern iş sağlığının temelini atmıştır. 1750-1800'lü yıllarda İngilterede Endüstri devriminin başlaması ile, yeni icatlar ve iş kolları gelişti, fabrikalar kuruldu, atölyeler fabrikaya dönüştürüldü ve yapılan işin tehlike ve riskleri plana çıktı. Ucuz ve bol insan gücüne ihtiyacın doğması ve atölyelerin kapatılması ile köylerden kentlere göç başladı. Çalışan kişilerin sağlık sorunları ve kazalar sonucu iş gücü kaybının yaşanması ile de iş sağlığı önemli bir noktaya geldi. 1776 Virginia İnsan Hakları Beyannamesi yayınlandı. 1919'da ILO (Uluslar Arası Çalışma Örgütü) Kuruldu. 1951'de WHO (Dünya Sağlık Örgütü) ve ILO (Uluslar Arası Çalışma Örgütü) İşbirliği yaptı ve 2001'de ILO 28 Nisan Gününü ''İş Sağlığı ve Güvenliği İçin Dünya Günü'' olarak ilan etti. (Güngörmüş, 2016; Esin, 2018).

Günümüzde ise uluslararası karşılaştırmalarda ABD İş Güvenliği ve Sağlığı Yönetimi ve Avrupa Birliği kriterleri dikkate alınmaktadır (Tanır, 2017). Bu kriterlerin temeli işyerinde sağlığı korumaya yöneliktir ve bunlar için;

1. Çalışanların sağlığını ve çalışma kapasitelerini devamlılığı sağlayacak biçimde geliştirmek,
2. Çalışma ortamını, güvenli ve çalışan sağlığını koruyacak biçimde dizayn etmek,

3. Olumlu ve güvenli bir ortamda çalışmayı destekleyecek çalışma kültürünü oluşturmak ve iş birliğini artırarak verimliliği sağlamak, belirlenen hedeflerdir (Tanır, 2017).

2.3.2.2. Türkiye'de iş sağlığının tarihsel gelişimi ve yasal durumu

Türkiye'de iş sağlığının tarihsel gelişimine baktığımızda, 1865'de Dilaver Paşa Nizamnamesi yayınlandı ve reddedildi, 1926'ya kadar sadece Kömür Çalışanlarının Korunması ile ilgili yasa yürülükteyken 1926 sonrası Borçlar Kanunu ile Tüm Çalışanların Korunması kanunu yayınlandı. 1930'da belediyelere işyerlerini denetim yetkisi verildi. 1930'da Umumi Hıfzısıhha Kanunu çıkarıldı. 1932 Türkiye'nin ILO'ya katıldı. 2012 yılında 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kabul edildi. (Güngörmüş, 2016).

Çalışma sağlığı ve güvenliği önlemlerinin alınması sosyal devlerin sorumluluklarındandır (Güngörmüş, 2016). Ülkemizde iş sağlığı ve güvenliği Anayasa (1982) ve İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (2012) ile düzenlenmiştir. İş Sağlığı ve Güvenliği kanunu yürürlüğe girmeden önce İş kanunu ve bazı genel kanunlar [Hafta Tatili Hakkında Kanun (1924), Borçlar Kanunu (1926) ve Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile Belediye Kanunudur (1930) vb.] ile düzenlenmekteydi (Bilir, İş Sağlığı ve Güvenliği Profili: Türkiye, 2016). İş sağlığı ve güvenliği alanında mevzuat alanında öncelikle ikincil mevzuat (yönetmelikler) çıkarılmış, daha sonra bu yönetmeliklerin temel dayanağı olan kanun çıkarılmıştır (Güngörmüş, 2016).

1982 Anayasası'nın 20 kadar maddesi çalışma koşullarının belirli alanlarında düzenleme yapıyorken (çalışma hakkı ve yükümlülükleri, sendika kurma, sosyal güvenlik hakkı, vb.); 2 maddesi doğrudan iş sağlığı ve güvenliği ile ilgilidir (Bilir, İş Sağlığı ve Güvenliği Profili: Türkiye, 2016). Bu maddeler şunlardır: '' Kimse, yaşına, cinsiyetine ve gücüne uymayan işlerde çalıştırılamaz''(Madde 50) ve '' Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.'' (Madde 56). Anayasadaki bu maddelere dayanarak çalışma ortamının ''güvenli ve sağlıklı'' olması vurgulanmaktadır.

Çalışma koşullarının düzenlenmesi ve iş yeri koşullarının düzenlenmek için 2012 yılında Resmi Gazete'de yayınlanan 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu

(İSG) kullanılmaktadır. Bu kanun faaliyet alanı veya çalışan sayısına bakılmaksızın hem kamu sektöründe hem de özel sektördeki bütün işler ve işyerlerine ilişkin düzenlemeler içerir (Bilir, İş Sağlığı ve Güvenliği Profili: Türkiye, 2016). Bu düzenlemeler, çalışanlar, stajyerler, işverenler ve vekillerini kapsar. Bu Kanunun amacı; işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması ve mevcut sağlık ve güvenlik şartlarının iyileştirilmesi için işveren ve çalışanların görev, yetki, sorumluluk, hak ve yükümlülüklerini düzenlemektir (İSG, 2012).

Ülkemizde çalışan sağlığı ve çalışma güvenliği hizmetleri, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yürütülmekte, Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve diğer ilgili kuruluşlarda bu alanda görev yapmaktadır (Güngörmüş, 2016).

Çalışma sağlığı ve güvenliği hakkı sosyal devlet niteliğinden kaynaklanan bir hak olup bu hak kapsamında çalışan sağlığı ve güvenliğinin sağlanması, çalışma koşullarının uygun hale getirilmesi işverenden talep edilebilmektedir (Güngörmüş, 2016).

Ülkemizde Sosyal Güvenlik Kurumu(SGK) Aralık 2020 verilerine göre toplam iş yeri sayısı 1.960.911; daimi iş yerlerindeki zorunlu sigortalı işçi sayısı 13.251.143, geçici iş yerlerindeki zorunlu sigortalı işçi sayısı 1.952.280, kamu iş yerlerindeki zorunlu sigortalı işçi sayısı 1.952.280, özel iş yerlerinde zorunlu sigortalı işçi sayısı 1.952.280 kişidir (SGK, 2020).

6331 Sayılı İş sağlığı ve Güvenliği kanununun 22.maddesinde '' Elli ve daha fazla çalışanın bulunduğu ve altı aydan fazla süren sürekli işlerin yapıldığı işyerlerinde işveren, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda bulunmak üzere kurul oluşturur'' ibaresi yer almaktadır (İSG, 2012).

2.4. KRONİK HASTALIK YÖNETİMİ VE İŞ YERİ ORTAMINDA KRONİK HASTALIK YÖNETİMİ

Kronik hastalıkların (bulaşıcı olmayan hastalıkların) önlenmesi toplumlarda büyüyen bir sorundur (Dünya Sağlık Örgütü, 2018). Günümüzde kronik hastalıkların giderek yaygınlaşması, kronik hastalık kontrolü ve toplum temelli hastalık yönetimi

programlarının önemini ortaya koymaktadır (İncirkuş & Ö. Nahcivan, Kronik Hastalık Yönetimi İçin Bir Rehber: Kronik Bakım Modeli, 2015).

Birey yaşam tarzı değişikliği sağladığında (zararlı alışkanlıklardan uzak durmak, fiziksel aktivite, tedaviye uyum vb.) kronik hastalığın gelişebilecek komplikasyonlarını geciktirmiş ve hatta önlemiş olarak günlük yaşantısına sorunsuz devam edebilmesi sağlanmaktadır. Kronik hastalıkların yönetimi, hastalığın tedavi basamaklarıyla beraber hastanın özyönetim becerisi kazanması için çeşitli eğitim ve öğretim yöntemleriyle hastanın güçlendirilmesini hedefleyen planlı bir süreçtir (Zuhur & Özpancar, 2017). Kronik hastalıkların yönetimindeki başarının göstergeleri; acil birimlere başvuruların ve hastaneye yatışların azalması, hastalığın fizyolojik ve psikolojik etkilerinin sınırlandırılması, bağımlılığın önlenmesi ve yaşam kalitesinin artmasıdır (Kalender & Sütçü Çiçek, 2014).

Kronik hastalık yönetimi, bütüncül bakımın koordinasyonu ve sürekliliğini sağlamada, profesyonel ekip çalışmasının desteklenmesinde, kronik hastalık bakımının kalitesinin Türkiye'de, beklenen hasta sonuçlarını iyileştirmede ve bakımın maliyetini azaltmada önemli ve pratik bir yöntemdir (Zuhur & Özpancar, 2017).

2.4.1. Kronik Hastalık Yönetimi

Kronik hastalıklar ve komplikasyonları bireyin fonksiyonel kapasitesinin azalmasına, çalışma performansının düşmesine, yaşam kalitesinin bozulmasına ve sosyal izolasyona neden olurken; ailenin yaşam tarzı ve ilişkilerini de olumsuz yönde etkilemektedir (Karakoç Kumsar & Taşkın Yılmaz, 2014). Kronik hastalığı olan bireyin tedavisi akut ya da alevlenme dönemlerinde hastanede yapılırken; asıl tedavi ve bakım evde yürütülmektedir (Karakoç Kumsar & Taşkın Yılmaz, 2014). Evde ve iş yerlerindeki uzun süreli davranışsal ve çevresel maruziyetler kronik hastalıkların sebeplerindendir (Healey & Walker, 2009). Bireyin hastalığı nasıl algıladığı, yüklediği anlam ve tepkileri hastalığa uyum ve tedavi sürecinde çok önemlidir (Karakoç Kumsar & Taşkın Yılmaz, 2014). Hastalığa uyum sürecinde hastalığın süresi, hastanın yaşı, cinsiyeti, mesleği, eğitim durumu, medeni durumu, fiziksel çevresi, sosyal hizmet olanakları, ekonomik durumu ve alabileceği resmi ve kurumsal

destek hizmetleri, aile, komşu, akraba, arkadaş gibi sosyal destek sistemleri kronik hastalığa uyum sürecinde ve kronik hastalığın yarattığı sonuçlarda önemli etkileri olan faktörlerdir (Akdemir & Birol, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 2004; Karakoç Kumsar & Taşkın Yılmaz, 2014).

Kronik hastalığa sahip bireylerin pasif rolden aktif role geçmesini sağlayan öz yönetim stratejileri; bireylerin sağlığının geliştirmesi ve sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımının önlenmesi açısından önemlidir (Şentürk, 2019).

Kronik hastalıklarda gelişebilecek komplikasyonları önlemek ya da geciktirmek için; yaşam tarzı değişikliği(sigarayı bırakmak, egzersiz gibi) ve bazı ilaçlar önerilmektedir (Akdemir & Birol, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 2004). Tuzun kısıtlanması, bireyin damak tadına, alışkanlıklarına uygun olmayan besinlerin önerilmesi, düzenli egzersiz uygulamaları, bireyin tedaviye olumsuz uyum sağlamaması bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkiler (Akdemir & Birol, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 2004). Homeostatik dengenin sürdürülmesinde eliminasyon önemli bir gereksinimdir (Akdemir & Birol, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 2004). Ancak bu dengenin bozulduğu durumlarda(ağrılı ve sık idrara çıkma, diyare nedeniyle hipotansiyon, halsizlik, yorgunluk; konstipasyon durumunda gelişen karın ağrısı, iştahsızlık gibi) yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (Akdemir & Birol, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 2004). Yine kronik hastalıklarda Maslow'un temel insan gereksinimleri içinde belirttiği uyku düzeni ve cinsel yaşam da etkilenebilmektedir (Akdemir & Birol, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 2004). Anılan tüm bu ve benzeri durumlar bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkiler (Akdemir & Birol, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 2004). Yaşanabilecek olumsuzlukları en aza indirebilmek için ise yaşamının her alanında etkili bir hastalık yönetimini sağlaması gerekmektedir.

Değiştirilebilir davranışsal risk faktörleri; tütün kullanımı, fiziksel hareketsizlik, sağlıksız beslenme ve zararlı alkol kullanımı ve metabolik risk faktörleri; yüksek kan basıncı, aşırı kilo/obezite, yüksek kan şekeri seviyeleri (hiperglisemi), kandaki yüksek yağ seviyeleri (hiperlipidemi)'dir (Dünya Sağlık Örgütü, 2018). Değiştirilebilir davranışsal risk faktörleriyle mücadele, bireyin yaşantısına uygulanabildiğinde

sadece hayat kurtarmakla kalmayacak; aynı zamanda ülkelerin ekonomik kalkınması için büyük bir destek sağlayacaktır (Dünya Sağlık Örgütü, 2018).

2.4.1.1. Kronik hastalık yönetiminde hemşirenin rolü

Sağlık profesyonelleri içinde hemşireler, ekibin önemli bir üyesidir ve kronik hastalıkların yönetiminde lider roldedirler (İncirkuş & Ö. Nahcivan, 2015). Hemşireler yaptıkları uygulamalar gereği hastalarla daha fazla zaman geçirme ve iletişim kurma fırsatına sahiptir (İncirkuş & Ö. Nahcivan, 2015). Dolayısıyla bakım uygulamalarında ön sıralarda yer alan hemşireler hasta eğitimini, bakımda sürekliliği ve işbirliğini sağlar; hastalar, bakım vericiler ve toplumla iletişim kurar; bakım kalitesinin artırılması için teknolojiyi kullanır ve uzun süreli tedavilerde hastanın tedaviye uyumunu destekler (İncirkuş & Ö. Nahcivan, 2015).

2.4.1.2. Kronik hastalık yönetiminde karşılaşılan olumsuzluklar

Kronik hastalık yönetiminde, tedaviye karar verilirken hastaların %91'inin katılımının olmadığı, hekimlerin iş yükü nedeniyle hastalara yeterince zaman ayıramadıkları bildirilirken; yeterince bilgilendirilmeyen ve katılımı sağlanmayan pasif hastaların davranış değiştirmede daha yetersiz uyum ve daha olumsuz sağlık bakım sonuçları gösterdikleri belirtilmektedir (İncirkuş & Ö. Nahcivan, 2015).

2.4.2. İş Yeri Ortamında Kronik Hastalık Yönetimi

Dünya Sağlık Örgütü'nün iş sağlığı ile ilgili anayasasının 2. maddesinde zorunlu kılınan temel işlevleri, çalışma koşullarının ve çevresel hijyenin diğer yönlerinin iyileştirilmesini teşvik etmektir (Dünya Sağlık Örgütü, 2021). DSÖ, mesleki çevredeki hastalık ve yaralanma riskleri, sosyal ve bireysel faktörler ve sağlık hizmetlerine erişim dahil olmak üzere işçi sağlığının tüm belirleyicilerini ele almaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2021). DSÖ, 2007 yılında dünya sağlık asamblesi tarafından aşağıdaki hedeflerle onaylanan 2008-2017 işçi sağlığı üzerine küresel eylem planını uygulamaktadır:

-işçi sağlığı ile ilgili politika araçlarının tasarlanması ve uygulanması;

-iş yerinde sağlığı korumak ve geliştirmek;

-iş sağlığı hizmetlerinin performansının ve bunlara erişimin iyileştirilmesi;

-eylem ve uygulama için kanıt sağlamak ve iletmek; ve

-işçilerin sağlığını diğer politikalara dahil etmek (Dünya Sağlık Örgütü, 2021).

İş sağlığı, son yıllarda kronik hastalıklar konusuna da odaklanmaktadır (Mandırcıoğlu, Bölükbaş, Demirel, & Gümeli, 2015). Kronik hastalıkların oluşumundaki olumsuz faktörler, kötü çalışma koşulları, düşük sosyoekonomik durum, eğitim düzeyinin düşük olması, işte stresin fazla olması, iş doyumsuzluğu, vardiyalı çalışma sistemidir (Virtanen, ve diğerleri, 2014). Yapılan işin kronik hastalıklar ile mutlaka bir ilişkisi vardır. Meslek ve işin türü ile meslek hastalıklarının ve işe bağlı hastalıkların temelini oluşturur. Diğer taraftan bireylerin meslekleri kronik hastalığın risk faktörü olan bireyin yaşam tarzının şekillenmesinde de rol alır. Kronik hastalığı olan çalışanlar, kronik hastalığı olmayanlara çalışanlara göre çalışma ortamındaki risklerle karşı karşıyadır (Mandırcıoğlu, Bölükbaş, Demirel, & Gümeli, 2015). Dünyada bakıldığında, Finlandiya'da kronik hastalığı olan kişiler daha fazla toza, kimyasala ve gürültüye maruz kaldıklarını ve daha fazla stres yaşadıklarını bildirirken, Hollanda'da kronik hastalığı olan çalışanların 1/4'ü çalışma ortamında ek önlem almak zorunda kaldıklarını ve Çek Cumhuriyeti'nde kronik hastalığı olan çalışanlar daha fazla baskıya ve strese maruz kaldıklarını bildirmiştir (Mandırcıoğlu, Bölükbaş, Demirel, & Gümeli, 2015).

Kronik hastalıkların sebep olacağı olumsuzlukları önleyebilmek için ilk olarak işverenlerin farkındalığı, sağlığın geliştirilmesi programları güvenli ve sağlıklı bir çalışma ortamı sağlanması yapılması gerekenler arasındadır (Mandırcıoğlu, Bölükbaş, Demirel, & Gümeli, 2015). Ekonomik olarak kötü durumda olan çalışanlar kronik hastalıklar açısından dikkat edilmesi gereken öncelikli gruptur. Ayrıca bu grup, işgücünün oldukça önemli bir kısmını oluşturmaktadır (Mandırcıoğlu, Bölükbaş, Demirel, & Gümeli, 2015). Bu sebepten sağlık hizmetlerine erişimi de yeterli olmamaktadır. Yöneticiler işyeri sağlık personeli ile birlikte karar vererek kronik hastalığı olan çalışanları uygun işe yerleştirir ve destekleyici programlar oluşturarak işyerinde hastalık yönetimini sağlayabilir (Mandırcıoğlu, Bölükbaş, Demirel, & Gümeli, 2015).

Kronik hastalıklı bireylerin iş yerlerinde hastalıklarının yönetiminin sağlanması, onların hastaneye başvuru oranlarını düşürecek ve aynı zamanda kronik hastalık evrelerinden olan stabil evrenin (Akdemir & Birol, 2004) süresini uzatacaktır. Böylece hem işveren için hastane maliyetleri azalacak, verimli çalışma ve iş üretme kapasitesi artacak, hem de kronik hastalığı olan çalışanlar daha az strese maruz kalacaktır. Kronik hastalıkların takibi iş sağlığı hizmeti kapsamında bulunan iş yeri hemşireleri tarafından takip edilmelidir (Esin, 2018).

2.4.2.1. İş sağlığının hizmet ekibi ve işyeri hemşireliği

Çalışanların sağlığını koruma, geliştirme ve sürdürme çabaları multiprofesyonel bir yaklaşımı gerektirir (Güngörmüş, 2016). Bu da ancak alanında uzmanlaşmış profesyoneller ile mümkündür. İş sağlığı ve güvenliği alanında işyeri hekimleri, iş sağlığı ve güvenliği uzmanları, işyeri hemşireleri, ilgili kurum ve kuruluşlar (SGK, sağlık bakanlığı, işverenler, yöneticiler vb) bulunmaktadır.

6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği kanununda geçen;

- ✓ İşyeri sağlık ve güvenlik birimi: İşyerinde iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini yürütmek üzere kurulan, gerekli donanım ve personele sahip olan birimi,
- ✓ İşyeri hekimi: İş sağlığı ve güvenliği alanında görev yapmak üzere Bakanlıkça yetkilendirilmiş, işyeri hekimliği belgesine sahip hekimi,
- ✓ İşyeri hemşiresi: 25/2/1954 tarihli ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanununa göre hemşirelik mesleğini icra etmeye yetkili, iş sağlığı ve güvenliği alanında görev yapmak üzere Bakanlıkça yetkilendirilmiş işyeri hemşireliği belgesine sahip hemşire/sağlık memurunu ifade eder (İSG, 2012) tanımları çalışan hizmetlerini verenleri tanımlamaktadır.

2.4.2.2. İş sağlığı hemşireliği;

1878'de İngiltere'de Philipia Fowerday, çalışanlar için hemşirelik bakımına ihtiyaçolduğunu ortaya attı. Ardından 1895'da Amerika'da Miss Ada Swedart, ilk kez *iş sağlığı hemşiresi* ünvanı ile Vermont Marble şirketinde çalışmış ve şirkette çalışan kişilere ve ailelerine sağlık bakımı vermiştir. 1917'de İlk İş Sağlığı Hemşireliği kursu açıldı. (Esin, 2018; Güngörmüş, 2016).

Profesyonel ekip içerisinde bulunan hemşire, çalışma ortamını ve çalışanları iş sürecinde gözlemleyerek nedene yönelik girişimleri planlayabilecek en uygun ekip üyesidir (Güngörmüş, 2016). İş sağlığı hemşiresi; tüm çalışanları risklerin olumsuz etkilerinden koruma, sağlığı geliştirme, iş yeri ortamını sağlıklı hale getirme görevini hemşirelik bilimi ve epidemiyoloji, çevre sağlığı, toksikoloji, ergonomi, sosyal davranış bilimleri ve yönetim ilkeleri ile yoğurarak birleştiren bilim dalıdır (Başçı, 2018).

İşyeri hemşiresinin temel görev yetki ve sorumlulukları 25/2/1954 tarihli ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanununun 4. Maddesine dayanılarak 8/3/2010 tarihli ve 27515 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinin 19/04/2011 tarihinde düzenlenen Hemşirelik Yönetmeliğinin Değiştirilmesine Dair Yönetmeliğinde düzenlenmiştir. Bu amaç ve veriler dahilinde iş sağlığı hemşiresinin görevlerini 8 başlık altında toplayabiliriz (Güngörmüş, 2016). Bunlar;

1. Çalışan sağlığının değerlendirilmesi: İş sağlığı hemşiresi, çalışanın genel sağlık değerlendirmesini yapar. İşe giriş muayenesi, periyodik muayene ve herhangi bir sağlık sorununda çalışanın sağlık muayenesine katılır. Boy, kilo, kan basıncı, vücut ölçümü, kalp tepe atımı ve solum sayısı takibi ve işitme testi, kan ve idrar testi uygular; sonuç değerlendirmesinde hekim ile birlikte muayene sonucunu gözden geçirip iş ile ilgili sağlık sorunlarını saptar.
2. İş kazaları, meslek hastalıkları ve iş ile ilgili hastalıkların önlenmesi ve bakımı: İş sağlığı hemşiresi, çalışma alanında gözlemler yapar, güvenliğin korunması, sürdürülmesi ve kişisel koruyucu önlemlerin çalışanlar tarafından kullanılmasını denetler, periyodik sağlık muayenelerinde çalışanın sağlığını değerlendirirler, meslek hastalıklarının başlangıcını belirler ve o iş kolu ile ilgili meslek hastalığını belirler.
3. İşe bağlı olmayan kaza ve hastalıkların önlenmesi ve bakımı: İş sağlığı hemşiresi, işe giriş muayenesi, periyodik sağlık muayenesi ve sağlık taramaları esnasında saptanan hastalıkların tedavi, bakım ve rehabilitasyonu çalışmalarını yürütür, kronik hastalık takibi yapar ve çalışanların sağlık sorunları nedeniyle raporlu oldukları dönem sonunda işe geri dönüş muayenelerini yapar, işe uyumunu sağlar.

4. Danışmanlık: İş sağlığı hemşiresi, çalışanların sağlık sorunları hakkında danışmanlığını yapar, işçilerin işe uyumunu sağlar. Emeklilik öncesi çalışanı ve ailesini ele alarak yeni süreç hakkında planlamalara destek olur.

5. Sağlık eğitimi: İş sağlığı hemşiresi çalışanların kendi sağlığını nasıl koruyacağını ve sağlık kaynaklarından nasıl istifade edeceğini belirlemede yardımcı olur.

6. Çalışan sağlığı ile ilgili diğer meslekler ve kurumlarla işbirliği sağlanması: İş yeri hemşiresi, diğer disiplinlerle işbirliği ile çalışanların sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi için çalışır ve toplumda sağlık hizmetlerinin etkin olarak kullanılması açısından toplum sağlığı hizmetleri, akıl ve ruh sağlığı hizmetleri, acil durumlarda hastaneler gibi toplumsal kurumlarla işbirliği gerçekleştirir.

7. İş alanının gözlemlenmesi: İş sağlığı hemşiresi, çalışma alanını ve iş sürecini gözlemleyerek ortamdaki risklerin belirlenmesinde, tehlikeli durumların, malzemelerin ve güvenilir olmayan uygulamaların saptanmasında görev alır.

8. Kayıt tutma: İş yeri hemşiresi, çalışan her bireyin sağlık ile ilgili kayıtlarının yapılması, saklanması ve gerekli durumlarda kullanıma hazır bulundurmasından sorumludur. Kayıtlar, çalışanların işe giriş muayenelerinden başlayarak, sağlık durumları, periyodik sağlık muayenelerinin sonuçları ve çalışanların iş yeri sağlık birimine başvuru sebepleri, sonuçları ve hemşire notlarını içerir. (Güngörmüş, 2016).

2.4.2.3. İş sağlığı hemşirelerinin kronik hastalık yönetimindeki uygulamaları

İş sağlığı hemşiresinin kronik hastalıktaki rolleri ise yönetmelikte;

‘’ İşyerinde çalışan kronik hastalıklı bireylerin bakımı ile ilgili hemşirelik girişimlerini planlar, uygular ve değerlendirir.’’ ve ‘’ Çalışanların sağlık sorunlarının belirlenmesi ve çözüm yollarının geliştirilmesine yönelik konularda araştırmalar planlar, sonuçlarını raporlandırır.’’ maddeleri ile belirlenmiştir (Hemşirelik Yönetmeliği, 2011). Buna yönelik;

- ✓ Bireylerin erken tanı ve tarama programlarıyla sağlık düzeylerini kontrol eder,

- ✓ Hastalıkların oluşmasını önler
- ✓ Hasta olmuş bireylerin ise tedavilerinin izlenmesi,
- ✓ Hastalık hakkında farkındalıkların artırılması,
- ✓ Acil durumlarda yapması gereken uygulamalar,
- ✓ Hastalıkla birlikte sürdürülmesi gereken sağlık davranışlarını öğretir,
- ✓ Hastayı izler.
- ✓ Çalışanın işe giriş muayenesinden başlayarak sağlık kontrollerinin ve sağlık durumunun kaydını tutar.

Etkili bir hastalık yönetimiyle hastalık belirtilerinin, acil birimlere başvuruların ve hastaneye yatışların azaltılması, hastalığın fizyolojik ve psikolojik etkilerinin sınırlandırılması, bağımlılığın önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması sağlanabilmektedir (İncirkuş & Ö. Nahcivan, 2015).

Kronik hastalık yönetiminde multidisipliner ekip olarak sağlık profesyonellerinin temel rolü hasta, ailesi ve bakım vericilere eğitim ve danışmanlık vermektir (Karakoç Kumsar & Taşkın Yılmaz, 2014). Sağlık profesyonellerinin vereceği eğitim ve danışmanlık, hasta birey ve ailesinin güçlenmesinde, hastalığın getirdiği sorunlarla baş edebilmelerinde ve dolayısıyla öz yeterliliğinin yükselmesinde önemli bir süreçtir (Karakoç Kumsar & Taşkın Yılmaz, 2014). Kronik hastalık yönetimi, özellikle bakımın koordinasyonu ve sürekliliğini sağlamada ekip çalışmasının desteklenmesinde, kronik hastalık bakım kalitesinin geliştirilmesinde, beklenen hasta sonuçlarını iyileştirmede ve bakımın maliyetini azaltmada önemli ve pratik bir yöntemdir (İncirkuş & Ö. Nahcivan, 2015).

Başarılı bir kronik hastalık yönetimi genellikle çok disiplinle ve koordineli bir bakım ekibini kapsamaktadır (İncirkuş & Ö. Nahcivan, 2015). Uygun eğitim ve ekip çalışması ile desteklenen sağlık bakım profesyonelleri bütüncül ve kesintisiz kronik hastalık yönetimi sağlayacaklardır (İncirkuş & Ö. Nahcivan, 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ

Bu araştırmanın amacı acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin çalışma koşulları ve hastalık yönetimi ile ilgili özelliklerinin belirlenmesidir. Araştırma kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte tasarlanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMA SORULARI

- Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin tanıtıcı özellikleri, kronik hastalık özellikleri ve çalışma koşulları ile ilgili özellikleri nelerdir?
- Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin kronik hastalık yönetimi özellikleri nelerdir?
- Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin meslekleri ile kronik hastalıkları arasındaki ilişki nedir?
- Acile başvuran kronik hastalıklı bireylerin tanıtıcı özellikleri, kronik hastalık özellikleri ve çalışma koşulları özellikleri ile kronik hastalık yönetimi düzeyi arasındaki ilişki nedir?

3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma bir üniversite hastanesinin iç hastalıkları anabilim dalı acil dahiliye polikliniği ve acil dâhiliye servisinde yürütüldü. Araştırmanın yürütüldüğü birim; üniversite bünyesinde olup, Türkiye'nin her yerinden acil dahiliye başvurularının yapıldığı bir birimdir. Yıllık ortama 45.360 hasta başvurmaktadır. Hasta çeşitliliği ve çok sayıda hasta başvurusu olması açısından araştırma bu merkezde yürütülmüştür. Çalışmanın verileri Ağustos 2019- Şubat 2020 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Ocak 2018- Ocak 2019 tarihleri arasında acil dahiliye birimine başvuran kronik hastalığı olan 45.360 hasta oluşturmaktadır. Örneklem, evren sayısı bilinen örneklem büyüklüğü hesaplama formülü ile belirlenmiştir. Olayın görülme sıklığı %45, standart sapma değeri 0,05 olarak alınmıştır. Çalışmanın örneklem büyüklüğü 380 olarak bulunmuştur.

Örneklem seçiminde aşağıdaki kriterler göz önüne alınmıştır.

- 20-64 yaş arasında olmak,
- Bir işte çalışıyor olmak,
- En erken 6 ay önce kronik bir hastalık tanısı almış olmak,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak.

Örneklem seçiminde olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Buna göre Ağustos 2019-Şubat 2020 tarihleri arasındaki 6 aylık sürede acil dahiliye biriminde başvuran örneklem kriterlerine uyan bütün hastalar ile görüşülmüştür. Örneklemi 306 hasta oluşturmuştur. Örneklemin %80,53'üne ulaşılmıştır.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmadaki veriler araştırmacı tarafından literatüre dayalı geliştirilen kişisel bilgi formu ve Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu ile toplanmıştır.

1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-1):

Çalışma ile ilgili literatür incelenerek hazırlanan kişisel bilgi formu çalışan bireye ilişkin sosyodemografik özellikleri, fiziksel özellikleri, kronik hastalıkları ile ilgili özellikleri, meslek ve yapılan iş ile ilgili özellikleri ve iş yeri sağlık birimi ile ilgili bilgilerin incelendiği 31 sorudan oluşmaktadır. (ESİN & AKTAŞ, 2012; KUBİLAY, İşyeri Hemşireliği ve Görevleri, 2003)

*****Sosyodemografik bilgiler ilk 7 soruda, yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu, medeni durumu ve çocuk sayısı soruları ile öğrenilmiştir.

*****Fiziksel özellikleri ile ilgili veriler 8. ve 9. sorularda öğrenilmiş boy metre olarak ve kilo ise kilogram cinsinden çaışmacı tarafından ölçülmüş ve beden kitle indeksi kg/m² olarak hesaplanmıştır. Hastaların alışkanlıklarından sigara kullanımı var ya da yok olarak belirlenip eğer var ise günlük içtiği sigara miktarı ile sigara kullandığı yıl çarpılarak paket/yıl olarak hesaplandı. Alkol ve madde kullanımı ise var ya da yok şeklinden belirlenmiştir.

*****Katılımcının hastalığı ile ilgili özel bilgileri 10 ile 19. sorular arasında, hastalık türü, sürekli ilaç kullanımı varlığı, kullandığı ilaç türü ve günlük ilaç kullanım miktarı, ilk hastalık tanısını aldığı zaman(ay olarak), acile başvurma nedenleri, hastalığı ile ilgili acile başvurma sıklığı ve son altı(6) aydaki acile başvurusu sorgulanmıştır.

*****Meslek ve işyeri ile ilgili özellikleri ise 20 ile 26. sorular arasında, mesleği, meslekteki toplam çalışma yılı, şu an çalıştığı işi ve şu an çalıştığı işteki çalışma yılı, sosyal güvencesi, çalıştığı sektör, işyerinde toplam çalışan sayısı, sağlık problemi yaşadığında ilk başvurduğu sorgulanmıştır. Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin meslek sınıflaması 5174 sayılı Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği İle Odalar ve Borsalar Kanunu uyarınca 19.01.2005 tarih ve 25705 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Odalarda Mesleklerin Gruplandırılması Hakkında Yönetmelik ve Ticaret Borsalarında Mesleklerin Gruplandırılması Hakkında Yönetmelik hükümlerine istinaden Mesleklerin Gruplandırılması Rehberi temel alınarak ve yaptığı iş sınıflaması 18/10/2012 tarihli ve 6356 sayılı işkolları yönetmeliğindeki maddelere temel alınarak, ayrıca uluslararası çalışma örgütü (ILO)'nün hazırlamış olduğu uluslararası meslek sınıflama kodları ISCO-88'in güncellenmiş hali olan ISCO-08 (uluslararası standart meslek sınıflaması) kullanılarak belirlenmiştir.

*****İş yeri sağlık birimi ile ilgili 27 ve 31. sorular ile işyeri sağlık biriminin varlığı, birimde kimlerin olduğu, yaptıkları eylemler ve hastanın bu eylemlerden faydalanma durumları sorgulanmıştır. (NAHCİVAN, ERDOĞAN, & ESİN, 1999)

2. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu(The Patient Assessment of Chronic Illness Care-Patient Form/PACIC)(Ek-2):

Kronik bakım modeline dayalı olarak 2005 yılında Glasgow ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (İncirkuş & Ö. Nahcivan, Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu'nun Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği, 2011). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği ise 2011 yılında İncirkuş ve Nahcivan tarafından yapılmıştır. Kronik hastalığı olan bireylere sunulan bakım ve hizmetlerin, hastalar tarafından değerlendirilmesini sağlayan 20 maddelik bir araçtır. Hasta merkezli bakımın kalitesini ölçmektedir.

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ GEÇERLİLİK GÜVENİLİRLİKLERİ

a. Kişisel bilgi formu**:** Araştırmacı tarafından literatür incelenerek hazırlanan ve veri toplama aşamasında *Görüşme Formu* olarak adlandırılan form, Halk Sağlığı Hemşireliği alanında bir öğretim görevlisi tarafından değerlendirilmiş ve revize edilmiştir. Veri toplamaya başlamadan önce örneklemin %10'u (34 veri) ile pilot uygulama yapılmıştır ve değerlendirmeye katılmamıştır.

b. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu(The Patient Assessment of Chronic Illness Care-Patient Form): Glasgow ve arkadaşlarına göre; hasta güçlendirme, katılımını sağlama, otonomi sağlama ile ilgili çeşitli ölçüm araçları bulunmakla birlikte bu araçlar kronik hastalığa özgü değildir. Yapılan çalışmalar PACIC'in kronik hastalıkların bakımının değerlendirilmesinde uygun bir araç olduğunu belirtmektedir. Ölçeğin çeşitli dillerde diyabet, artrit, astım, hipertansiyon, kronik ağrı, konjestif kalp yetmezliği gibi hastalıklarda bakımın kalitesini değerlendirmede uygun bir araç olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda kronik hastalara sunulan bakımın kalitesi hakkında da bilgi verdiği belirtilmektedir. Kronik bakım modelinin temel 6 öğesi doğrultusunda oluşturulan PACIC, 20 maddeden ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar:

(1) hasta katılımı,

(2) karar verme desteği,

(3) amaç belirleme/rehberlik,

(4) problem çözme,

(5) izlem/koordinasyondur.

Ölçek 5'li likert tipte oluşturulmuş, her sorunun puanı en az 1 puan en fazla 5 puandır. Ölçeğin toplam puanı 100 üzerinden hesaplanmıştır. Bu çalışmada belirlenen örneklemde çalışan kronik hastalıklı bireylerin iş yerlerindeki kronik hastalık bakımının değerlendirilmesi için kullanılmıştır. Çalışmada en düşük puan 20, en yüksek puan ise 100 olarak saptanmıştır

Bu araştırmada Kronik Hastalık Bakımı Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu hasta yönetimi ölçeğinin güvenirliği Cronbach's ***Alpha=0,975*** olarak yüksek bulunmuştur.

3.7. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmanın verileri 19.08.2019 tarihinde etik kurul izni alındıktan sonra Ağustos 2019- Şubat 2020 tarihleri arasında acil birimlere başvuran 20-64 yaş arasında, çalışan kadın ve erkeklerle yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından toplanmış ve formun doldurulması yaklaşık 15dk sürmüştür.

Gerekli izinler alındıktan sonra acil birimdeki sorumlu hekim ve sorumlu hemşireler ile görüşülmüş veri toplama zamanları ve katılımcılar belirlenmiştir. Katılımcı olarak seçilme kriterlerine göre başvuran kişilerin anamnezleri okunmuş, hastane bilgi sisteminden başvuru nedenleri, tanıları doğrulanmış ve daha önceki başvuruları belirlenmiştir. Kişilere sözlü olarak çalışmadan bahsedilmiştir.

Çalışmaya katılmayı sözlü olarak kabul eden kişilere ise yazılı onam formu okutulduktan sonra anlaşılmayan yerler var ise açıklanmıştır. Formları doldurmak için ayrılan sürenin ortalama 15 dakika olacağı bildirilmiştir.

Kişilerin, hasta mahremiyetine ve bilgilerin gizliliğine dikkat edilmek koşuluyla müşahadede yatan hastalar için hasta yatak başında, ayaktan hastalar için ise dinlenme alanında veya ayaktan hasta tedavi alanında yüz yüze görüşme sağlandı. Hastaların kendi el yazıları ile imzaları alındı. Çalışmada adını yazmak istemeyen kişilerden ise yalnızca imza alındı.

3.8. ETİK KONULAR

Araştırma, İstanbul Üniversitesi Rektörlüğünün 07/08/2019 gün ve 159395 sayılı yazısı ile İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 09/08/2019 tarih ve 13sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuştur ve Etik Kurul İzni (Ek-3) alınmıştır.

İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığından Fakülte İzni (Ek-4) ve İç Hastalıkları Anabilim Dalı Acil Dâhiliye Bölümü'nden kurum izni alınmıştır. Ayrıca İstanbul-Cerrahpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü'nden yazılı izin (Ek-5) alınmıştır.

Katılımcılara çalışmanın konusu ve amacı hakkında bilgi verildikten sonra Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek-6) doldurulmuştur.

3.9. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmada elde edilen veriler pilot uygulama verileri çıkarılarak 306 kişi olarak SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Kronik

Hastalık Bakımı Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu hasta yönetimi ölçeğinin güvenirliği ölçmede Cronbach's Alpha değeri hesaplanmıştır. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (One way) Anova testi kullanılmıştır. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanılmıştır. Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında pearson korelasyon ve regresyon analizi uygulanmıştır. Araştırmada istatistiksel olarak anlamlılık için $p<0,05$ değeri esas alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılanlardan kişisel bilgi formu ve ölçek yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlık ve tablolar altında incelenmiştir. Çalışmanın bulguları 5 bölüm halinde sunulmuştur.

Birinci Bölüm; Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin tanıtıcı ve hastalık ile ilgili özelliklerini gösteren bulgular incelenmiştir.

- ✓ Acile başvruan konik hastalıklı bireylerin sosyodemografik özellikleri ve fiziksel özellikleri ile ilgili bulgular,
- ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin kronik hastalık özellikleri ile ilgili bulgular,
- ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin ilaç kullanım özellikleri ve kullandığı ilaçlar ile ilgili bulgular,
- ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin özgeçmiş özellikleri ile ilgili bulgular,
- ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin acile başvurma nedenleri ve acile başvurma sıklığı ile ilgili bulgulardır.

İkinci Bölüm; Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin çalışma koşulları ile ilgili özelliklerini gösteren bulgular incelenmiştir.

- ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin çalışma özellikleri ve iş kazası geçirme durumu ile ilgili bulgular,
- ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin mesleği ile ilgili bulgulardır.

Üçüncü Bölüm; Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin kronik hastalık yönetimi ile ilgili özelliklerini gösteren bulgular incelenmiştir.

- ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin kronik hastalık yönetimi ölçeği puan ortalaması
- ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı birylerin iş yerinde kronik hastalık yönetimi ile ilgili olanakları gösteren bulgular,
- ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin iş yeri sağlık birimi uygulamaları ve uygulayan personel bilgileri ile ilgili bulgulardır.

Dördüncü Bölüm; Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin meslek özelliklerinin kronik hastalıklarına göre farklılaşma durumunu gösteren bulgular incelenmiştir.

Beşinci Bölüm; Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin tanıtıcı ve çalışma özellikleri bulguları ile kronik hastalık yönetimi düzeyleri arasındaki farkı ve ilişkiyi gösteren bulgular incelenmiştir.

- ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin kronik hastalık yönetimi düzeyi ile tanıtıcı özellikleri ve kronik hastalıkları arasındaki ilişki ve farkı gösteren bulgular,
    - ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin kronik hastalık yönetimi düzeyi ile sosyodemografik özellikleri ve fiziksel özellikleri arasındaki ilişkiyi gösteren bulgular,
    - ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin kronik hastalık yönetimi düzeyi ile kronik hastalık özellikleri arasındaki ilişkiyi gösteren bulgular,
    - ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin kronik hastalık yönetimi düzeyi ile kronik hastalık ile arasındaki farkı gösteren bulgular,
    - ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin kronik hastalık yönetimi düzeyi ile ilaç kullanım özellikleri ve ilaç kullanım durumu arasındaki ilişkiyi gösteren bulgular,
    - ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin kronik hastalık yönetimi düzeyi ile özgeçmiş özellikleri ile arasındaki ilişkiyi gösteren bulgular,
    - ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin kronik hastalık yönetimi düzeyi ile acile başvurma nedenleri ve acile başvurma sıklığı arasındaki ilişkiyi gösteren bulgular,
- ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin kronik hastalık yönetimi düzeyi ile çalışma koşulları arasındaki ilişki ve farkı gösteren bulgular,
    - ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin kronik hastalık yönetimi düzeyi ile çalışma özellikleri ve iş kazası geeçirme durumu arasındaki ilişkiyi gösteren bulgular,
    - ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin kronik hastalık yönetimi düzeyi ile mesleği arasındaki ilişkiyi gösteren bulgulardır.

4.1. ACİLE BAŞVURAN KRONİK HASTALIKLI BİREYLERİN TANITICI VE KRONİK HASTALIK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ

Bu bölümde, çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik ve fiziksel özellikleri, kronik hastalıkları, ilaç kullanım özellikleri, özgeçmiş özellikleri, acile başvurma nedenleri ve acile başvurma sıklıkları ile ilgili özellikleri yer almaktadır.

4.1.1. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Sosyodemografik ve Fiziksel Özellikleri İle İlgili Bulgular;

Çalışmaya katılanların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum, çocuk ve sigara, alkol kullanım, boy kilo ve beden kitle indeksi durumu ile ilgili bulgular tablo 4-1'de gösterilmiştir.

Katılımcılardan 110 (%35,9)'u kadın, 196 (%64,1)'sı erkek; 230'u (%75,2) evli, 76'sı (%24,8) bekardır. Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin 199'u (%65,0) çocuğu var, 107'si (%35,0) çocuğu yoktur. Yaş ortalaması 41,748±11,143 (Min=20; Maks=65) olarak saptanmıştır. Katılımcılardan 46'sı (%15,0) ilkokul, 34'ü (%11,1) ortaokul, 76'sı (%24,8) lise, 150'si (%49,0) üniversite mezunudur. Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin 276'sı (%90,2) şu anda çalışıyor, 30'u (%9,8) şu anda çalışmıyor olarak belirlenmiştir ve ekonomik durumları değerlendirildiğinde, 16'sı (%5,2) çok kötü, 50'si (%16,3) kötü, 218'i (%71,2) iyi, 22'si (%7,2) çok iyi olarak ifade etmiştir. Katılımcılardan 152'si (%49,7) sigara kullanırken 154'ü (%50,3) sigara kullanmamaktadır. Sigara kullanan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin ise yıllık tükettikleri paket sigara miktarı ortalaması 11,054±17,263 (En düşük=0; En yüksek=76) olarak saptanmıştır. Katılımcılardan 89'u (%29,1) alkol tüketiyorken 217'si (%70,9) alkol tüketmemektedir. Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin boy ortalamaları 171,075±9,335cm (En düşük=150; En yüksek=192), kilo ortalamaları 75,103±15,753kg (En düşük=29; En yüksek=115) ve beden kitle indeksi ortalaması ise 25,420±4,798kg/m² (En düşük=10,65; En yüksek=42)'dır.

Tablo 4-1. Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri Ve Fiziksel Özellikleri (N=306)

Değişkenler	Bireysel Özellikler	n	%
Cinsiyet	Kadın	110	35,9
	Erkek	**196**	**64,1**

Tablo 4-1. Devamı

Eğitim Durumu	İlkokul	46	15,0
	Ortaokul	34	11,1
	Lise	76	24,8
	Üniversite	**150**	**49,0**
Çalışma Durumu	**Evet**	**276**	**90,2**
	Hayır	30	9,8
Ekonomik Durum	Çok Kötü	16	5,2
	Kötü	50	16,3
	İyi	**218**	**71,2**
	Çok İyi	22	7,2
Medeni Durum	**Evli**	**230**	**75,2**
	Bekar	76	24,8
Çocuk	**Evet**	**199**	**65,0**
	Hayır	107	35,0
Sigara	Var	152	49,7
	Yok	**154**	**50,3**
Alkol	Var	89	29,1
	Yok	**217**	**70,9**

	$\bar{x}$	SS
Yaş (yıl)	41,748	11,143
Boy (cm)	171,075	9,335
Kilo (kg)	75,103	15,753
BKİ (kg/m²)	25,420	4,798
Sigara kullanımı (paket/yıl)	11,054	17,263

4.1.2. Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Kronik Hastalıkları İle İlgili Özellikleri Gösteren Bulgular;

Çalışmaya katılanların kronik hastalıkları ile ilgili özellikleri Tablo 4-2'de gösterilmiştir. Katılımcılardan 83'ü (%27,1) hipertansiyon hastalığı, 52'si (%17,0) diyabetus mellitus hastalığı, 25'i (%8,2) astım hastalığı, 18'i (%5,9) kronik böbrek yetmezliği hastalığı, 28'i (%9,2) hipotiroidi hastalığı tanıları almışlardır.

Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin 37'si (%12,1) kanser tanısı mevcuttur ve 5'i (%13,5) Akciğer kanseri, 22'si (%59,5) Kan Kanserleri (Lösemiler, hodgking lenfoma ve non-hodgking lenfoma, multipl myelom), 4'ü (%10,8) Yumuşak Doku Kanseri, 3'ü (%8,1) Prostat Kanseri, 1'i (%2,7) Meme Kanseri, 1'i (%2,7) Beyin ve Omurilik Kanserleri, 1'i (%2,7) Pankreas Kanseri olarak dağılmaktadır.

Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin 7'si (%2,3) Solunum Sistemi Hastalıkları (KOAH, kalıtsal akciğer hastalıklar), 22'si (%7,2) Gastrointestinal Sistem Hastalıkları (Reflü, gastrit, mide ülseri,mide kanamaları, kolitler, kabızlık, A,B,C hepatite bağlı siroz, karaciğer yağlanması, safra kesesi enfeksiyonu, pankreas enfeksiyonu), 29'u (%9,5) Romatolojik Hastalıklar (Romatoid artrit, osteoartrit, ankilozon spondilit, sistemik lupus eritamatozus(SLE), fibromiyalji, behçet hastalığı, gut hastalığı) , 11'i (%3,6) Genitoüriner Sistem Hastalıkları (böbrek taşı, renal transplantasyon, nefritler), 8'i (%2,6) Endokrin Sistem Hastalıkları (paratiroidizm, osteomalazi, seks hormonu bozuklukları, adrenal bozukluklar, kolesterol metabolizması bozuklukları), 22'si (%7,2) Otoimmün Sistem Hastalıkları (sedef hastalığı, ailevi akdeniz ateşi, multipl skleroz, çölyak hastalığı, sjögren sendromu), 49'u (%16,0) Kalp ve Damar Sistemi Hastalıkları (koroner arter hastalığı, mitral kapak hastalıkları, aort kapak hastalıkları, atrial septal defekt), 22'si (%7,2) Kan Hastalıkları (anemiler, idiopatik trombositopenik purpura (ITP), trombotik trombositopenik purpura(TTP), nötropeni, polistemia vera), 22'si (%7,2) Nörolojik Hastalıkları (baş ağrısı, epilepsi, inmeler, myasthenia graves, baş dönmesi, parkinson, Alzheimer ve demans hastalıkları) tanıları mevcuttur.

Tablo 4-2. Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Kronik Hastalıkları Ile İlgili Özellikleri (N=306)

Değişkenler	Gruplar	n	%
Hipertansiyon	**Evet**	**83**	**27,1**
	Hayır	**223**	**72,9**
Diyabetus Mellitus	Evet	52	17,0
	Hayır	254	83,0
Kalp ve Damar Sistemi Hastalıkları	Evet	49	16,0
	Hayır	257	84,0
Kanser	Evet	37	12,1
	Hayır	269	87,9
Kanser çeşitleri;	Akc Kanseri	5	13,5
	Kan Kanserleri	**22**	**59,5**
	Yumuşak Doku Kanseri	4	10,8
	Prostat Kanseri	3	8,1
	Meme Kanseri	1	2,7
	Beyin Ve Omurilik Kanserleri	1	2,7
	Pankreas Kanseri	1	2,7
Romatolojik Hastalıklar	Evet	29	9,5
	Hayır	277	90,5
Hipotiroidi	Evet	28	9,2
	Hayır	278	90,8
Nörolojik Hastalıklar	Evet	26	8,5
	Hayır	280	91,5

Tablo 4-2. Devamı

Astım	Evet	25	8,2
	Hayır	281	91,8
Kan (Hematolojik) Hastalıkları	Evet	22	7,2
	Hayır	284	92,8
Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	Evet	22	7,2
	Hayır	284	92,8
Otoimmun Sistem Hastalıkları	Evet	22	7,2
	Hayır	284	92,8
Kronik Böbrek Yetmezliği	Evet	18	5,9
	Hayır	288	94,1
Genitoüriner Sistem Hastalıkları	Evet	11	3,6
	Hayır	295	96,4
Endokrin Sistem ve Metabolik Hastalıklar	Evet	8	2,6
	Hayır	298	97,4
Solunum Sistemi Hastalıkları	Evet	7	2,3
	Hayır	299	97,7

4.1.3. Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin İlaç Kullanım Özellikleri ve Kullandığı İlaçlar İle İlgili Bulgular;

Çalışmaya katılanların ilaç kullanım özellikleri ve kullandığı ilaçları ile ilgili bulgular Tablo 4-3'de gösterilmiştir. Katılımcılardan 272'si (%88,9) sürekli düzenli olarak ilaç kullanıyorken, 34'ü (%11,1) düzenli olarak sürekli ilaç kullanmamaktadır. Günlük ilaç kullanım miktarı ortalaması 4,000±3,469 (Min=1; Maks=36), olarak saptanmıştır.

Katılımcılardan 53'ü (%19,5) ağrıkesici ilaçları, 8'i (%2,9) antialerjik ilaçları, 13'ü (%4,8) antiepileptik/antikonvulsif/antiparkinson ilaçları, 19'u (%7,0) antienfeksiyon ilaçları (antibiyotik, antifungal ilaçlar), 38'i (%14,0) kemoterapiler ve immunsupresif ilaçları, 94'ü (%34,6) kanı etkileyen ilaçları (Antikoagülanlar, Kan Yapıcılar, Sıvı Elektrolit ve Asit Baz Dengesi Düzenleyiciler, Bağışık Sağlayıcılar, Vitaminler), 118'i (%43,4) kardiyovasküler sistemi ilaçları, 58'i (%21,3) genitoüriner sistemi etkileyen ilaçları, 64'ü (%23,5) gastrointestinal sistemi etkileyen ilaçları, 63'ü (%23,2) hormonlar, kontraseptifler ve diğer endokrin sistemi etkileyen ilaçları, 15'i (%5,5) antipsikotikler, mental ve davranış bozukluğu ilaçları, 30'u (%11,0) solunum sistemini etkileyen ilaçları ve 17'si (%6,2) eklem hastalıklarının tedavisinde kullanılan ilaçları kullanmaktadır .

Tablo 4-3. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin İlaç Kullanımı Özellikleri Ve Kullandığı İlaçları (N=306)

Değişkenler	Gruplar	n	%
Sürekli İlaç Kullanma Durumu	**Evet**	**272**	**88,9**
	Hayır	34	11,1
Kardiyovasküler Sistemi İlaçları	**Evet**	**118**	**43,4**
	Hayır	**154**	**56,6**
Kanı Etkileyen İlaçlar	Evet	94	34,6
	Hayır	178	65,4
Gastrointestinal Sistemi Etkileyen İlaçları	Evet	64	23,5
	Hayır	208	76,5
Hormonlar, Kontraseptifler ve Diğer Endokrin Sistemi Etkileyen İlaçlar	Evet	63	23,2
	Hayır	209	76,8
Genitoüriner Sistemi Etkileyen İlaçlar	Evet	58	21,3
	Hayır	214	78,7
Ağrıkesici İlaçlar	Evet	53	19,5
	Hayır	219	80,5

Tablo 4-3. Devamı

Kemoterapiler ve İmmunsupresif İlaçlar	Evet	38	14,0
	Hayır	234	86,0
Solunum Sistemini Etkileyen İlaçlar	Evet	30	11,0
	Hayır	242	89,0
Antienfeksiyon İlaçları	Evet	19	7,0
	Hayır	253	93,0
Eklem Hastalıkları Tedavisinde Kullanılan ilaçlar	Evet	17	6,2
	Hayır	255	93,8
Antipsikotikler, Mental ve Davranış Bozukluğu İlaçları	Evet	15	5,5
	Hayır	257	94,5
Antiepileptik/Antikonvulsif/Antiparkinson İlaçlar	Evet	13	4,8
	Hayır	259	95,2
Antialerjenik İlaçlar	Evet	8	2,9
	Hayır	264	97,1
		x̄	**σ**
Günlük Kullanılan İlaç Miktarı		4,000	3,469

4.1.4. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Özgeçmiş Özellikleri İle İlgili Bulgular;

Çalışmaya katılanların özgeçmiş özellikleri ile ilgili bulgular Tablo 4-4'de gösterilmiştir. Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin, 38'i (%12,4) serebrovasküler olay geçirmiş, 20'si (%6,5) Myokard İnfaktüsü geçirmiş, 7'si (%2,3) Tüberkuloz geçirmiştir. Katılımcılardan 14'ü (%4,6) Hepatit B tanısı almış, 1'i (%0,3) Hepatit C tanısı almış, 1'i (%0,3) HIV tanısı almıştır. Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin 10'u (%3,3) trafik kazası geçirmiş, 6'sı (%2,0) ev içi kaza geçirmiş, 97'si (%31,7) büyük/açık ameliyat geçirmiş 38'i (%12,4) girişimsel/girişimsel olmayan operasyon geçirmiş, 9'u (%2,9) organ nakli olmuş, 15'i (%4,9) sezeryan doğum yapmıştır.

Tablo 4-4. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Özgeçmiş Özellikleri (N=306)

Değişkenler	Gruplar	n	%
Büyük/Açık Ameliyatlar	**Evet**	**97**	**31,7**
	Hayır	**209**	**68,3**
Girişimsel/Girişimsel Olmayan Operasyonlar	Evet	38	12,4
	Hayır	268	87,6
Serebrovasküler Olay	Evet	38	12,4
	Hayır	268	87,6
Myokard İnfaktüsü	Evet	20	6,5
	Hayır	286	93,5
Sezeryan Doğum	Evet	15	4,9
	Hayır	291	95,1
Hepatit B	Evet	14	4,6
	Hayır	292	95,4
Trafik Kazası	Evet	10	3,3
	Hayır	296	96,7
Organ Nakli/Nakiller	Evet	9	2,9
	Hayır	297	97,1
Tüberküloz	Evet	7	2,3
	Hayır	299	97,7
Ev İçi Kaza	Evet	6	2,0
	Hayır	300	98,0
Hepatit C	Evet	1	0,3
	Hayır	305	99,7
HIV	Evet	1	0,3
	Hayır	305	99,7

4.1.5. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Acile Başvurma Nedenleri ve Acile Başvurma Sıklığı İle İlgili Bulgular;

Çalışmaya katılanların acile başvurma nedenleri ile ilgili bulgular Tablo 4-5'de ve Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin acile başvurma sıklığını gösteren bulgular ise Tablo 4-6'da gösterilmiştir.

Katılımcılardan, 63'ü (%20,6) ateş, 114'ü (%37,3) halsizlik, 151'i (%49,3) ağrı, 23'ü (%7,5) kanama, 2'si (%0,7) hipoglisemi, 13'ü (%4,2) terleme, 14'ü (%4,6) ciltte döküntü, 16'sı (%5,2) hiperglisemi şikayetleri ile; 118'i (%38,6) nörolojik semptomlar (extremitelerde uyuşukluk, güç kaybı, baş dönmesi, bilinç bulanıklığı, epileptic nöbet, çift görme, görme alanı bozuklukları), 90'ı (%29,4) kardiyak semptomlar (çarpıntı, ödem, hipertansiyon), 16'sı (%5,2) genitoüriner semptomlar (idrar miktarında azalma, idrar yapamama, kanlı idrar yapma), 94'ü (%30,7) gastrointestinal semptomlar (bulantı, kusma, diyare), 71'i (%23,2) solunum sistemi semptomlar (nefes darlığı, siyanoz, öksürük) ile başvurdukları saptanmıştır.

Tablo 4-5: Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Acile Başvurma Nedenleri (N=306)

Değişkenler	Gruplar	n	%
Ağrı	**Evet**	**151**	**49,3**
	Hayır	**155**	**50,7**
Nörolojik Semptomlar	Evet	118	38,6
	Hayır	188	61,4
Halsizlik	Evet	114	37,3
	Hayır	192	62,7
Gastrointestinal Semptomlar	Evet	94	30,7
	Hayır	212	69,3
Kardiyak Semptomlar	Evet	90	29,4
	Hayır	216	70,6
Solunum Semptomları	Evet	71	23,2
	Hayır	235	76,8

Tablo 4-5. Devamı

Ateş	Evet	63	20,6
	Hayır	243	79,4
Kanama	Evet	23	7,5
	Hayır	283	92,5
Genitoüriner Semptomlar	Evet	16	5,2
	Hayır	290	94,8
Hiperglisemi	Evet	16	5,2
	Hayır	290	94,8
Ciltte Döküntü	Evet	14	4,6
	Hayır	292	95,4
Terleme	Evet	13	4,2
	Hayır	293	95,8
Hipoglisemi	Evet	2	0,7
	Hayır	304	99,3

Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin 1'i (%0,3) hergün, 11'i (%3,6) haftada birkaç kez, 2'si (%0,7) haftada bir kez, 41'i (%13,4) ayda birkaç kez, 30'u (%9,8) ayda bir, 121'i (%39,5) yılda birkaç kez, 100'ü (%32,7) yılda bir olarak dağılmaktadır. Son altı ayda acile başvuru sayısı ortalaması 3,510±6,614 (Min=1; Maks=100), olarak saptanmıştır.

Tablo 4-6. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Acile Başvuru Sıklığı (N=306)

Değişkenler	**Gruplar**	**n**	**%**
Acile Başvurma Sıklığı	Hergün	1	0,3
	Haftada Birkaç Kez	11	3,6
	Haftada Bir Kez	2	0,7
	Ayda Birkaç Kez	41	13,4
	Ayda Bir	30	9,8
	Yılda Birkaç Kez	**121**	**39,5**
	Yılda Bir	100	32,7
Son Altı Ayda Acile Başvuru Sayısı		**$\bar{x}$**	**σ**
		3,510	6,614

4.2. ACİLE BAŞVURAN KRONİK HASTALIKLI BİREYLERİN ÇALIŞMA KOŞULLARI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ

Bu bölümde, çalışmaya katılan bireylerin çalışma özellikleri, iş kazası geçirme durumları ve iş bilgileri yer almaktadır.

4.2.1. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Çalışma Özellikleri ve İş Kazası Geçirme Durumu İle İlgili Bilgileri Gösteren Bulgular;

Çalışmaya katılanların çalışma özellikleri ve iş kazası geçirme durumları Tablo 4-7'de gösterilmiştir.

Katılımcılardan 169'u (%55,2) özel, 137'si (%44,8) kamu sektöründe çalışmakta; 142'si (%46,4) 50 kişiden az, 69'u (%22,5) 50-500 kişi, 19'u (%6,2) 501-1000 kişi, 76'sı (%24,8) 1000 kişiden fazla çalışan sayısı olan işyerinde çalışmaktadır. Katılımcılardan 5'i (%1,6) iş kazası geçirmiş, 301'i (%98,4) iş kazası geçirmemişken sosyal güvencesi olan katılımcı 295'inin (%96,4) olarak saptanmışken 11'inin (%3,6) sosyal güvencesi yoktur.

Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin, hayatları boyunca toplam çalışma süresi değerlendirildiğinde 45'i (%14,7) 0-5yıl, 51'i (%16,7) 6-10yıl, 45'i (%14,7) 11-15yıl, 27'si (%8,8) 16-20yıl, 32'si (%10,5) 21-25yıl, 106'sı (%34,6) 26yıl ve üzeri çalışmış, toplam çalışma süresi ortalaması 19,536±11,714 (Min=1; Maks=45) olarak saptanmıştır.

Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin en son iş yerlerindeki çalışma süreleri değerlendirildiğinde 108'i (%35,3) 0-5yıl, 62'si (%20,3) 6-10yıl, 44'ü (%14,4) 11-15yıl, 22'si (%7,2) 16-20yıl, 17'si (%5,6) 21-25yıl, 53'ü (%17,3) 26yıl ve üzeri çalışmış, en son iş yerlerindeki çalışma süreleri ortalaması 12,696±10,782 (Min=1; Maks=45), olarak saptanmıştır.

Tablo 4-7: Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Çalışma Özellikleri Ve İş Kazası Geçirme Durumu (N=306)

Değişkenler	Gruplar	n	%
Sektör	**Özel**	**169**	**55,2**
	Kamu	137	44,8

Tablo 4-7. Devamı

Çalışan Sayısı	**50 Kişiden Az**	**142**	**46,4**
	50-500 Kişi	69	22,5
	501-1000 Kişi	19	6,2
	1000 Kişiden Fazla	76	24,8
Toplam Çalışma Süresi	0-5yıl	45	14,7
	6-10yıl	51	16,7
	11-15yıl	45	14,7
	16-20yıl	27	8,8
	21-25yıl	32	10,5
	25yıl Üzeri	**106**	**34,6**
En Son Çalışılan Yerde Çalışma Süresi	**0-5yıl**	**108**	**35,3**
	6-10yıl	62	20,3
	11-15yıl	44	14,4
	16-20yıl	22	7,2
	21-25yıl	17	5,6
	25yıl Üzeri	53	17,3
Sosyal Güvence	**Var**	**295**	**96,4**
	Yok	11	3,6
İş kazası	Evet	5	1,6
	Hayır	**301**	**98,4**
		$\bar{x}$	**SS**
Toplam Çalışma Süresi		19,536	11,714
Son Çalışma Yılı		12,696	10,782

4.2.2. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Mesleği İle İlgili Bulgular;

Çalışmaya katılanların meslek dağılımı Tablo 4-8'de gösterilmiştir.

Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin 31'i (%10,1) nitelik gerektirmeyen işlerde (temizlikçiler ve yardımcılar, tarım, ormancılık ve balıkçılık sektörlerinde nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar, madencilik, inşaat, imalat ve ulaştırma sektörlerinde nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar, yiyecek hazırlama yardımcıları, cadde ve sokaklarda satış ve hizmet işlerinde çalışanlar, çöpçüler, atık toplayıcılar ve diğer nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar…), 9'u (%2,9) silahlı kuvvetler ile ilgili mesleklerde (subaylar, subay olmayan silahlı kuvvetlerin daimi mensupları, silahlı kuvvetlerde diğer rütbelerdeki meslekler…), 25'i (%8,2) yöneticiler (başkanlar, üst düzey yöneticiler ve kanun yapıcılar, ticari ve idari müdürler, üretim ve uzmanlaşmış hizmet müdürleri, ağırlama, perakende ve diğer hizmet müdürleri…), 80'i (26,1) profesyonel meslek mensupları (bilim ve mühendislik alanlarındaki profesyonel meslek mensupları, sağlık profesyonelleri, eğitim ile ilgili profesyonel meslek mensupları, iş ve yönetim ile ilgili profesyonel meslek mensupları, bilgi ve iletişim teknolojisi ile ilgili profesyonel meslek mensupları, hukuk, sosyal ve kültür ile ilgili profesyonel meslek mensupları…), 46'si (%15,0) teknisyenler, teknikerler, yardımcı profesyonel meslek mensupları (bilim ve mühendislik ile ilgili yardımcı profesyonel meslek mensupları, yardımcı sağlık profesyonelleri, iş ve idare ile ilgili yardımcı profesyonel meslek mensupları, hukuk, sosyal, kültür ve benzeri alanlar ile ilgili yardımcı profesyonel meslek mensupları, bilgi ve iletişim teknisyenleri…), 30'u (%9,8) büro hizmetlerinde çalışan elemanlar (genel büro elemanları ile klavye kullanan büro elemanları, müşteri hizmetlerinde çalışan elemanlar, sayısal işlemler yapan ve malzeme kayıtları tutan büro elemanları, diğer büro hizmetlerinde çalışan elemanlar…), 36'sı (%11,8) hizmet ve satış elemanları (kişisel hizmetler veren elemanlar, satış hizmetleri veren elemanlar, kişisel bakım hizmetleri veren elemanlar, koruma hizmetleri veren elemanlar…), 30'u (%9,8) sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar (inşaat ve ilgili işlerde çalışan sanatkarlar (elektrikçiler hariç), metal işleme, makine ve ilgili işlerde çalışan sanatkarlar, el sanatları ve basım ile ilgili işlerde çalışanlar, elektrik ve elektronik işlerde çalışan

sanatkarlar, gıda işleme, ağaç işleri, giyim eşyası ve diğer sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar…) , 19'u (%6,2) tesis ve makine operatörleri (sabit tesis ve makine operatörleri, montajcılar, sürücüler ve hareketli makine ve teçhizat operatörleri…) iş kollarında çalışmakta olduğu görülmüştür.

Tablo 4-8. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Meslek Dağılımı (N=306)

Değişken	Gruplar	n	%
İş	Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar	31	10,1
	Silahlı kuvvetler ile ilgili meslekler	9	2,9
	Yöneticiler	25	8,2
	Profesyonel meslek mensupları	**80**	**26,1**
	Teknisyenler, teknikerler, yardımcı profesyonel meslek mensupları	46	15,0
	Büro hizmetlerinde çalışan elemanlar	30	9,8
	Hizmet ve satış elemanları	36	11,8
	Sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar	30	9,8
	Tesis ve makine operatörleri	19	6,2

4.3. ACİLE BAŞVURAN KRONİK HASTALIKLI BİREYLERİN KRONİK HASTALIK YÖNETİM ÖZELLİKLERİ

Bu bölümde, çalışmaya katılan bireylerin Kronik Hastalık Bakımı Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu'na verdikleri cevapların puan ortalaması, işyerinde kronik hastalık yönetimi ile ilgili olanakları ve işyeri sağlık birimi uygulamaları ve uygulayan personel bilgileri ile ilgili bulgular yer almaktadır.

4.3.1. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Hastalık Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamaları;

Çalışmaya katılanların hastalık yönetimi puan ortalaması Tablo 4-9'da gösterilmiştir. Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin "hastalık yönetimi toplam" ortalaması 40,203±25,784 (Min=20; Maks=100), "hasta katılımı" ortalaması

6,047±4,204 (Min=3; Maks=15), “karar verme” ortalaması 6,197±4,374 (Min=3; Maks=15), “amaç belirleme” ortalaması 10,017±6,568 (Min=5; Maks=25), “problem çözme” ortalaması 8,150±5,526 (Min=4; Maks=20), “izlem koordanisyon” ortalaması 9,793±6,617 (Min=5; Maks=25), olarak saptanmıştır.

Tablo 4-9. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Hastalık Yönetimi Ölçeği Puan Ortalamaları (N=306)

	Alt Boyut	x̄	SS	Min.	Max.
Kronik Hastalık Yönetim	Hastalık Yönetimi Toplam	40,203	25,784	20,000	100,000
	Hasta Katılımı	6,047	4,204	3,000	15,000
	Karar Verme	6,197	4,374	3,000	15,000
	Amaç Belirleme	10,017	6,568	5,000	25,000
	Problem Çözme	8,150	5,526	4,000	20,000
	İzlem Koordanisyon	9,793	6,617	5,000	25,000

4.3.2. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin İşyerlerinde Hastalık Yönetimi İle İlgili Olanaklarını Gösteren Bulgular;

Çalışmaya katılan bireylerin iş yerlerinde hastalık yönetimi ile ilgili olanakları Tablo 4-10’da gösterilmiştir. Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin 171'i (%55,9) devlet hastanesi acil servisleri, 33'ü (%10,8) özel hastaneler, 24'ü (%7,8) aile sağlığı merkezi, 27'si (%8,8) işyeri sağlık birimi, 5'i (%1,6) özel muayenehane, 46'sı (%15,0) üniversite hastanesi’ne başvurmuştur.

Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin 178'i (%58,2) iş yerinde sağlık hizmeti almaktadır ve bunların 130'ü (%42,5) iş yeri sağlık biriminden, 48'i (%15,7) Ortak Sağlık ve Güvenlik Biriminden faydalanmaktadır. 128'i (%41,8) iş yerinde sağlık hizmeti almamaktadır.

Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin 137'sinin (%44,8) iş yerinde hizmet aldıkları sağlık birimi tarafından işe giriş muayenesi, 85'inin (%27,8) periyodik sağlık muayenesi, 47'sinin (%15,4) kronik hastalık takibi, 13'ü (%4,2) işe geri dönüş muayenesi yapılmaktadır.

Tablo 4-10. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin İş Yerlerinde Hastalık Yönetimi ile İlgili Olanakları (N=306)

Değişkenler	Gruplar	n	%
İlk Başvurulan Yer	**Devlet Hastanesi Acil Servisleri**	**171**	**55,9**
	Özel Hastaneler	33	10,8
	Aile Sağlığı Merkezi	24	7,8
	İşyeri Sağlık Birimi	27	8,8
	Özel Muayenehane	5	1,6
	Üniversite Hastanesi	46	15,0
İşyeri Sağlık Birimlerinden Hizmet Alma Durumu	**Alıyor**	**178**	**58,2**
	Almıyor	128	41,8
Hizmet Alınan Sağlık Birimi	**İş Yeri Sağlık Birimi**	**130**	**42,5**
	Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimi	48	15,7
	Hiçbiri	128	41,8
İşe Giriş Muayenesi	Evet	137	44,8
	Hayır	**169**	**55,2**
Periyodik Sağlık Değerlendirmesi	Evet	85	27,8
	Hayır	**221**	**72,2**
Kronik Hastalık Takibi	Evet	47	15,4
	Hayır	**259**	**84,6**
İşe Geri Dönüş Muayenesi	Evet	13	4,2
	Hayır	**293**	**95,8**

4.3.3. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin İş yeri Sağlık Birimi Uygulamaları ve Uygulayan Personel Bilgileri İle İlgili Bulgular;

Çalışmaya katılan bireylerin iş yeri sağlık birimi uygulamaları ve uygulayan personel bilgileri ile ilgili bulgular tablo 4-11'de gösterilmiştir.

Katılımcılara iş yeri sağlık biriminden aldıkları hizmette ''Hastalığınız ile ilgili bilgi sahibi olan kim?'' sorusu sorulduğunda 81'i (%26,5) işyeri hekimi, 7'si (%2,3) işyeri hemşiresi, 14'ü (%4,6) iş sağlığı ve güvenliği uzmanı, 21'i (%6,9) işyeri hekimi ve işyeri hekimi birlikte, 183'ü (%59,8) ise hiç kimse olarak cevaplamışlardır.

Katılımcılara iş yeri sağlık biriminden aldıkları hizmette ''Hastalığınız ile ilgili bilgi eğitim ve danışmanlık yapan kim? ' sorusu sorulduğunda 25'i (%8,2) işyeri hekimi, 4'ü (%1,3) işyeri hemşiresi, 12'si (%3,9) işyeri hekimi ve işyeri hekimi birlikte, 265'i (%86,6) hiç kimse olarak cevaplamışlardır.

Katılımcılara iş yeri sağlık biriminden aldıkları hizmette ''Hastalığınız ile ilgili acil durum hakkında bilgi sahibi olan kim? sorusu sorulduğunda 38'i (%12,4) işyeri hekimi, 2'si (%0,7) işyeri hemşiresi, 2'si (%0,7) iş sağlığı ve güvenliği uzmanı, 14'ü (%4,6) işyeri hekimi ve işyeri hekimi birlikte, 250'si (%81,7) hiç kimse olarak cevaplamışlardır.

Katılımcılara iş yeri sağlık biriminden aldıkları hizmette ''Hastalığınız hakkında acil durum olduğunda müdahale eden kim?'' sorusu sorulduğunda 34'ü (%11,1) işyeri hekimi, 2'si (%0,7) işyeri hemşiresi, 2'si (%0,7) iş sağlığı ve güvenliği uzmanı, 12'si (%3,9) işyeri hekimi ve işyeri hekimi birlikte, 256'sı (%83,7) hiç kimse olarak cevaplamıştır.

Katılımcılara iş yeri sağlık biriminden aldıkları hizmette ''Hastalığınız ile ilgili rutin tetkikleri yapan kim?'' sorusu sorulduğunda 28'i (%9,2) işyeri hekimi, 5'i (%1,6) işyeri hemşiresi, 16'sı (%5,2) işyeri hekimi ve işyeri hekimi birlikte, 257'si (%84,0) hiç kimse olarak cevaplamıştır.

Katılımcılara iş yeri sağlık biriminden aldıkları hizmette ''Hastalığınız ile ilgili rutin tetkiklerin takibini yapan kim?'' sorusu sorulduğunda 25'i (%8,2) işyeri hekimi, 5'i (%1,6) işyeri hemşiresi, 13'ü (%4,2) işyeri hekimi ve işyeri hekimi birlikte, 263'ü (%85,9) hiç kimse olarak cevaplamıştır.

Katılımcılara iş yerinde sağlık biriminden aldıkları hizmette ‘’Hastalığınız ile ilgili periyodik muayeneleri yapan kim?’’ sorusu sorulduğunda 33'ü (%10,8) işyeri hekimi, 6'sı (%2,0) işyeri hemşiresi, 13'ü (%4,2) işyeri hekimi ve işyeri hekimi birlikte, 254'ü (%83,0) hiç kimse olarak cevaplamıştır.

Katılımcılara iş yerinde sağlık biriminden aldıkları hizmette ‘’Hastalığınız ile ilgili kullandığınız ilaçlardan haberdar olan kim?’’ sorusu sorulduğunda 51'i (%16,7) işyeri hekimi, 3'ü (%1,0) işyeri hemşiresi, 5'i (%1,6) iş sağlığı ve güvenliği uzmanı, 15'i (%4,9) işyeri hekimi ve işyeri hekimi birlikte, 232'si (%75,8) hiç kimse olarak cevaplamıştır.

Katılımcılara iş yeri sağlık biriminden aldıkları hizmette ‘’Hastalığınız ile ilgili kullandığınız ilaçların takibini yapan kim?’’ sorusu sorulduğunda 28'i (%9,2) işyeri hekimi, 4'ü (%1,3) işyeri hemşiresi, 1'i (%0,3) iş sağlığı ve güvenliği uzmanı, 11'i (%3,6) işyeri hekimi ve işyeri hekimi birlikte, 262'si (%85,6) hiç kimse olarak cevaplamıştır.

Tablo 4-11. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin İşyeri Sağlık Birimi Uygulamaları Ve Uygulayan Personel Bilgileri (N=306)

Değişkenler	Gruplar	n	%
Hastalığınız İle İlgili Bilgi Sahibi Olan Kim?	İşyeri Hemşiresi	7	2,3
	İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanı	14	4,6
	İşyeri Hekimi Ve İşyeri Hekimi	21	6,9
	İşyeri Hekimi	81	26,5
	Hiç kimse	**183**	**59,8**
Hastalığınız İle İlgili Bilgi Eğitim Ve Danışmanlık Yapan Kim?	İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanı	-	-
	İşyeri Hemşiresi	4	1,3
	İşyeri Hekimi Ve İşyeri Hekimi	12	3,9
	İşyeri Hekimi	25	8,2
	Hiç kimse	**265**	**86,6**
Hastalığınız İle İlgili Acil Durum Hakkında Bilgi Sahibi Olan Kim?	İşyeri Hemşiresi	2	0,7
	İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanı	2	0,7
	İşyeri Hekimi Ve İşyeri Hekimi	14	4,6
	İşyeri Hekimi	38	12,4
	Hiç kimse	**250**	**81,7**
Hastalığınız Hakkında Acil Durum Olduğunda Müdahale Eden Kim?	İşyeri Hemşiresi	2	0,7
	İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanı	2	0,7
	İşyeri Hekimi ve İşyeri Hekimi	12	3,9
	İşyeri Hekimi	34	11,1
	Hiç kimse	**256**	**83,7**
Hastalığınız İle İlgili Rutin Tetkikleri Yapan Kim?	İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanı	-	-
	İşyeri Hemşiresi	5	1,6
	İşyeri Hekimi ve İşyeri Hekimi	16	5,2
	İşyeri Hekimi	28	9,2
	Hiç kimse	**257**	**84,0**

Tablo 4-11. Devam

Hastalığınız İle İlgili Rutin Tetkiklerin Takibini Yapan Kim?	İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanı	-	-
	İşyeri Hemşiresi	5	1,6
	İşyeri Hekimi ve İşyeri Hekimi	13	4,2
	İşyeri Hekimi	25	8,2
	Hiç kimse	263	85,9
Hastalığınız İle İlgili Periyodik Muayeneleri Yapan Kim?	İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanı	-	-
	İşyeri Hemşiresi	6	2,0
	İşyeri Hekimi ve İşyeri Hekimi	13	4,2
	İşyeri Hekimi	33	10,8
	Hiç kimse	254	83,0
Hastalığınız İle İlgili Kullandığınız İlaçlardan Haberdar Olan Kim?	İşyeri Hemşiresi	3	1,0
	İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanı	5	1,6
	İşyeri Hekimi ve İşyeri Hekimi	15	4,9
	İşyeri Hekimi	51	16,7
	Hiç kimse	232	75,8
Hastalığınız İle İlgili Kullandığınız İlaçların Takibini Yapan Kim?	İşyeri Hemşiresi	4	1,3
	İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanı	1	0,3
	İşyeri Hekimi ve İşyeri Hekimi	11	3,6
	İşyeri Hekimi	28	9,2
	Hiç kimse	262	85,6

4.4. ACİLE BAŞVURAN KRONİK HASTALIKLI BİREYLERİN KRONİK HASTALIKLARI İLE MESLEKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu bölümde, çalışmaya katılanlar bireylerin meslek özellikleri ile kronik hastalıkları arasındaki farklılaşma durumu ile ilgili bulgular tablo 4-12'de gösterilmiştir.

Hipertansiyon (HT) tanısı ile uluslararası standart meslek sınıflandırması (ISCO-08) arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (X^2=22,618; p=0,004<0.05). Katılımcılardan

nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların 11'i (%35,5), silahlı kuvvetler ile ilgili mesleklerde çalışanların 6'sı (%66,7), yönetici konumunda çalışanların 11'i (%44,0), profesyonel meslek mensuplarında çalışanların 10'u (%12,5), teknisyenler, teknikerler, yardımcı profesyonel meslek mensuplarında çalışanların 16'sı (%34,8), büro hizmetlerinde çalışan elemanların 9'u (%30,0), hizmet ve satış elemanları olarak çalışanların 9'unun (%25,0), sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanların 7'si (%23,3), tesis ve makine operatörleri olarak çalışanların 4'ü (%21,1) Hipertansiyon tanısı almış olduğu görülmektedir.

Diyabet ile uluslararası standart meslek sınıflandırması (ISCO-08) arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (X^2=13,634; p=0,092>0.05). Katılımcılardan nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların 6'sı (%19,4), silahlı kuvvetler ile ilgili mesleklerde çalışanların 1'i (%11,1), yöneticiler konumunda çalışanların 6'sı (%24,0), profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların 10'u (%12,5), teknisyenler, teknikerler, yardımcı profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların 10'u (%21,7), büro hizmetlerinde çalışan elemanların 3'ü (%10,0), hizmet ve satış elemanları olarak çalışanalrın 2'si (%5,6), sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanların 7'si (%23,3), tesis ve makine operatörleri olarak çalışanların 7'si (%36,8) Diyabet tanısı almış olduğu görülmektedir.

Astım tanısı ile uluslararası standart meslek sınıflandırması (ISCO-08) arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (X^2=6,235; p=0,621>0.05). Katılımcılardan nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların 5'i (%16,1) astım tanısı almış, 26'sı (%83,9) astım tanısı almamış; silahlı kuvvetler ile ilgili mesleklerde çalışanların 1'i (%11,1) astım tanısı almış, 8'i (%88,9) astım tanısı almamış; yöneticiler konumunda çalışanların 25'i (%100,0) astım tanısını almamış; profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların 8'i (%10,0) astım tanısı almış, 72'si (%90,0) astım tanısı almamış; teknisyenler, teknikerler, yardımcı profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların 3'ü (%6,5) astım tanısı almış, 43'ü (%93,5) astım tanısı almamış; büro hizmetlerinde çalışan elemanların 2'si (%6,7) astım tanısı almış, 28'i (%93,3) astım tanısı almamış; hizmet ve satış elemanları olarak çalışanların 2'si (%5,6) astım tanısı almış, 34'ü (%94,4) astım tanısı almamış; sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanların 3'ü (%10,0) astım tanısı almış, 27'si (%90,0) astım tanısı almamış; tesis ve makine operatörleri olarak çalışanların 1'i (%5,3) astım tanısı almış ve 18'i (%94,7) astım tanısı almamış olduğu görülmektedir.

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) tanısı ile uluslararası standart meslek sınıflandırması (ISCO-08) arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (X^2=12,159; p=0,144>0.05). Katılımcılardan nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların 4'ü (%12,9) KBY tanısı almış, 27'si (%87,1) KBY almamış; silahlı kuvvetler ile ilgili mesleklerde çalışanların 9'u (%100,0) KBY tanısı almamış; yöneticiler konumunda çalışanların 3'ü (%12,0) KBY tanısı almış, 22'si (%88,0) KBY tanısı almamış; profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların 1'i (%1,2) KBY tanısı almış, 79'u (%98,8) KBY tanısı almamış; teknisyenler, teknikerler, yardımcı profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların 1'i (%2,2) KBY tanısı almış, 45'i (%97,8) KBY tanısı almamış; büro hizmetlerinde çalışan elemanların 1'i (%3,3) KBY tanısı almış, 29'u (%96,7) KBY tanısı almamış; hizmet ve satış elemanları olarak çalışanların 4'ü (%11,1) KBY tanısı almış, 32'si (%88,9) KBY tanısı almamış; sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanların 2'si (%6,7) KBY tanısı almış, 28'i (%93,3) KBY tanısı almamış; tesis ve makine operatörleri olarak çalışanların 2'si (%10,5) KBY tanısı almış ve 17'si (%89,5) KBY tanısı almamış olduğu görülmektedir.

Hipotiroidi tanısı ile uluslararası standart meslek sınıflandırması (ISCO-08) arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (X^2=17,615; p=0,024<0.05). Katılımcılardan nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların 4'ü (%12,9) hipotiroidi tanısı almış, 27'si (%87,1) hipotiroidi tanısı almamış; silahlı kuvvetler ile ilgili meslekler olanların 9'unun (%100,0) hayır; yöneticilerin 4'ünün (%16,0) evet, 21'i (%84,0) hayır; profesyonel meslek mensuplarının 14'ünün (%17,5) evet, 66'sının (%82,5) hayır; teknisyenler, teknikerler, yardımcı profesyonel meslek mensuplarının 2'si (%4,3) evet, 44'ünün (%95,7) hayır; büro hizmetlerinde çalışan elemanların 3'ünün (%10,0) evet, 27'si (%90,0) hayır; hizmet ve satış elemanlarının 36'sının (%100,0) hayır; sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanların 1'i (%3,3) evet, 29'unun (%96,7) hayır; tesis ve makine operatörlerinin 19'unun (%100,0) hayır olduğu görülmektedir.

Kanser tanısı ile uluslararası standart meslek sınıflandırması (ISCO-08) arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (X^2=12,481; p=0,131>0.05). Katılımcılardan nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların 8'i (%25,8) kanser tanısı almış, 23'ünün (%74,2) kanser tanısı almamış; silahlı kuvvetler ile ilgili mesleklerde çalışanların 9'u (%100,0) kanser tanısı almamış; yöneticiler konumunda çalışanların 5'i (%20,0) kanser tanısı almış, 20'si (%80,0) kanser tanısı almamış; profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların 6'sı (%7,5) kanser tanısı almış, 74'ü (%92,5) kanser tanısı almamış; teknisyenler, teknikerler, yardımcı profesyonel meslek mensupları olarak

çalışanların 3'ü (%6,5) kanser tanısı almış, 43'ü (%93,5) kanser tanısı almamış; büro hizmetlerinde çalışan elemanların 4'ü (%13,3) kanser tanısı almış, 26'sı (%86,7) kanser tanısı almamış; hizmet ve satış elemanları olarak çalışanların 3'ü (%8,3) kanser tanısı almış, 33'ü (%91,7) kanser tanısı almamış; sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanların 5'i (%16,7) kanser tanısı almış, 25'i (%83,3) kanser tanısı almamış; tesis ve makine operatörleri olarak çalışanların 3'ü (%15,8) kanser tanısı almış ve 16'sı (%84,2) kanser tanısı almamış olduğu görülmektedir.

Kanser tanısı alan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin detaylı kanser tanıları ile uluslararası standart meslek sınıflandırması (ISCO-08) arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (X^2=33,540; p=0,821>0.05). Katılımcılardan nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar olanların 2'si (%25,0) akciger kanseri, 3'ü (%37,5) kan kanserleri, 1'i (%12,5) yumuşak doku kanseri, 1'i (%12,5) beyin ve omurilik kanserleri, 1'i (%12,5) pankreas kanseri; yöneticiler konumunda çalışanların 1'i (%20,0) akciğer kanseri, 3'ü (%60,0) kan kanserleri, 1'i (%20,0) yumuşak doku kanseri; profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların 1'i (%16,7) akciğer kanseri, 3'ü (%50,0) kan kanserleri, 1'i (%16,7) yumuşak doku kanseri, 1'i (%16,7) prostat kanseri; teknisyenler, teknikerler, yardımcı profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların 3'ü (%100,0) kan kanserleri; büro hizmetlerinde çalışan elemanların 4'ü(%100,0) kan kanserleri; hizmet ve satış elemanları olarak çalışanların 1'i (%33,3) akciğer kanseri, 1'i (%33,3) kan kanserleri, 1'i (%33,3) meme kanseri; sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanların 3'ü (%60,0) kan kanserleri, 1'i (%20,0) yumuşak doku kanseri, 1'i (%20,0) prostat kanseri; tesis ve makine operatörleri olarak çalışanların 2'si (%66,7) kan kanserleri, 1'i (%33,3) prostat kanseri olduğu görülmektedir.

Solunum sistemi hastalıkları tanısı ile uluslararası standart meslek sınıflandırması (ISCO-08) arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (X^2=4,445; p=0,815>0.05). Katılımcılardan nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların 1'i (%3,2) solunum sistemi hastalığı tanısı almış, 30'u (%96,8) solunum sistemi hastalığı tanısı almamış değil; silahlı kuvvetler ile ilgili mesleklerde çalışanların 9'u (%100,0) solunum sistemi hastalığı tanısı almamış; yöneticiler konumunda çalışanların 25'i (%100,0) solunum sistemi hastalığı tansısı almamış; profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların 3'ü (%3,8) solunum sistemi hastalığı tanısı almış, 77'si (%96,2) solunum sistemi hastalığı tanısı almamış; teknisyenler, teknikerler, yardımcı profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların 2'si (%4,3) solunum sistemi hastalığı tanısı

almış, 44'ü (%95,7) solunum sistemi hastalığı tanısı almamış; büro hizmetlerinde çalışan elemanların 30'u (%100,0) solunum sistemi hastalığı tanısı almamış; hizmet ve satış elemanları olarak çalışanların 1'i (%2,8) solunum sistemi hastalığı tanısı almış, 35'i (%97,2) solunum sistemi hastalığı tanısı almamış; sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanların 30'u (%100,0) solunum sistemi hastalığı tanısı almamış; tesis ve makine operatörleri olarak çalışanların 19'unun (%100,0) solunum sistemi hastalığı tanısı almamış olduğu görülmektedir.

Gastrointestinal sistem hastalıkları tanısı ile uluslararası standart meslek sınıflandırması (ISCO-08) arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (X^2=12,040; p=0,149>0.05). Katılımcılardan nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar olanların 3'ü (%9,7) gastrointestinal hastalık tanısı almış, 28'i (%90,3) gastrointestinal hastalık tanısı almamış; iş yeni sınıflandırma silahlı kuvvetler ile ilgili mesleklerde çalışanların 9'u (%100,0) Gastrointestinal hastalık tanısı almamış; yöneticiler konumunda çalışanların 2'si (%8,0) gastrointestinal hastalık tanısı almış, 23'ü (%92,0) gastrointestinal hastalık tanısı almamış; profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların 4'ü (%5,0) gastrointestinal hastalık tanısı almış, 76'sı (%95,0) gastrointestinal hastalık tanısı almamış; teknisyenler, teknikerler, yardımcı profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların 46'sı (%100,0) gastrointestinal hastalık tanısı almamış; büro hizmetlerinde çalışan elemanların 4'ü (%13,3) gastrointestinal hastalık tanısı almış, 26'sı (%86,7) gastrointestinal hastalık tanısı almamış; hizmet ve satış elemanları olarak çalışanların 5'i (%13,9) gastrointestinal hastalık tanısı almış, 31'i (%86,1) gastrointestinal hastalık tanısı almamış; sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanların 1'i (%3,3) gastrointestinal hastalık tanısı almış, 29'u (%96,7) gastrointestinal hastalık tanısı almamış; tesis ve makine operatörleri olarak çalışanların 3'ü (%15,8) gastrointestinal hastalık tanısı almış, 16'sı (%84,2) gastrointestinal hastalık tanısı almamış olduğu görülmektedir.

Romatolojik hastalıklar tanısı ile uluslararası standart meslek sınıflandırması (ISCO-08) arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (X^2=13,102; p=0,108>0.05). Katılımcılardan nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların 4'ü (%12,9) romatolojik hastalık tanısı almış, 27'si (%87,1) romatolojik hastalık tanısı almamış; silahlı kuvvetler ile ilgili mesleklerde çalışanların 9'u (%100,0) romatolojik hastalık tanısı almamış; yöneticiler konumunda çalışanların 25'i (%100,0) romatolojik hastalıklar tanısı almamış; profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların 13'ü (%16,2) romatolojik hastalık tanısı almış, 67'si (%83,8) romatolojik

hastalık tanısı almamış; teknisyenler, teknikerler, yardımcı profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların 6'sı (%13,0) romatolojik hastalık tanısı almış, 40'ı (%87,0) romatolojik hastalık tanısı almamış; büro hizmetlerinde çalışan elemanların 2'si (%6,7) romatolojik hastalık tanısı almış, 28'i (%93,3) romatolojik hastalık tanısı almamış; hizmet ve satış elemanları olarak çalışanların 1'i (%2,8) romatolojik hastalık tansısı almış, 35'i (%97,2) romatolojik hastalık tanısı almamış; sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanların 3'ü %10,0) romatolojik hastalık tanısı almış, 27'si (%90,0) romatolojik hastalık tanısı almamış; tesis ve makine operatörleri olarak çalışanların 19'u (%100,0) romatolojik hastalık tanısı almamış olduğu görülmektedir.

Genitoüriner sistem hastalıkları tanısı ile uluslararası standart meslek sınıflandırması (ISCO-08) arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (X^2=8,705; p=0,368>0.05). Katılımcılardan nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların 3'ü (%9,7) genitoüriner hastalık tanısı almış, 28'i (%90,3) genitoüriner hastalık tanısı almamış; silahlı kuvvetler ile ilgili mesleklerde çalışanlar 9'u (%100,0) genitoüriner hastalık tanısı almamış; yöneticiler konumunda çalışanların 25'i (%100,0) genitoüriner hastalık tanısı almamış; profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların 2'si (%2,5) genitoüriner hastalık tanısı almış, 78'i (%97,5) genitoüriner hastalık tanısı almamış; teknisyenler, teknikerler, yardımcı profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların 3'ü (%6,5) genitoüriner hastalık tanısı almış, 43'ü (%93,5) genitoüriner hastalık tanısı almamış; büro hizmetlerinde çalışan elemanların 2'si (%6,7) genitoüriner hastalık, 28'i (%93,3) genitoüriner hastalık tanısı almamış; hizmet ve satış elemanları olarak çalışanların 1'i (%2,8) genitoüriner hastalık tanısı almış, 35'i (%97,2) genitoüriner hastalık almamış; sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanların 30'u (%100,0) genitoüriner hastalık; tesis ve makine operatörleri olarak çalışanların 19'u (%100,0) genitoüriner hastalık tanısı almamış olduğu görülmektedir.

Endokrin ve metabolizma sistem hastalıkları tanısı ile uluslararası standart meslek sınıflandırması (ISCO-08) arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (X^2=6,581; p=0,582>0.05). Katılımcılardan nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların 1'i (%3,2) endokrin ve metabolizma hastalığı tanısı almış, 30'u (%96,8) endokrin ve metabolizma hastalığı tanısı almamış; silahlı kuvvetler ile ilgili mesleklerde çalışanların 9'u (%100,0) endokrin ve metabolizma hastalığı tanısı almamış; yöneticiler konumunda çalışanların 25'i (%100,0) endokrin ve metabolizma hastalığı tanısı almamış; profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların 4'ü

(%5,0) endokrin ve metabolizma hastalığı tanısı almış, 76'sı (%95,0) endokrin sistem ve metabolizma hastalığı tanısı almamış; teknisyenler, teknikerler, yardımcı profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların 46'sı (%100,0) endokrin ve metabolizma hastalığı tanısı almamış; büro hizmetlerinde çalışan elemanların 1'i (%3,3) endokrin ve metabolizma hastalığı tanısı almış, 29'u (%96,7) endokrin ve metabolizma hastalığı tanısı almamış; hizmet ve satış elemanları olarak çalışanların 2'si (%5,6) endokrin ve metabolizma hastalığı tanısı almış, 34'ü (%94,4) endokrin ve metabolizma hastalığı tanısı almamış; sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanların 30'u (%100,0) endokrin ve metabolizma hastalığı tanısı almamış; tesis ve makine operatörleri olarak çalışanların 19'u (%100,0) endokrin ve metabolizma hastalığı tanısı almamış olduğu görülmektedir.

Otoimmun sistem hastalıkları tanısı ile uluslararası standart meslek sınıflandırması (ISCO-08) arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (X^2=9,160; p=0,329>0.05). Katılımcılardan nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların 1'i (%3,2) oroimmun hastalık tanısı almış, 30'u (%96,8) otoimmun hastalık tanısı almamış; silahlı kuvvetler ile ilgili mesleklerde çalışanların 9'u (%100,0) otoimmun hastalık tanısı almamış; yöneticiler konumunda çalışanların 2'si (%8,0) otoimmun hastalık tanısı almış, 23'ü (%92,0) otoimmun hastalık tanısı almamış; profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların 9'u (%11,2) otoimmun hastalık tanısı almış, 71'i (%88,8) otoimmun hastalık tanısı almamış; teknisyenler, teknikerler, yardımcı profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların 4'ü (%8,7) otoimmun hastalık tanısı almış, 42'si (%91,3) otoimmun hastalık tansısı almamış; büro hizmetlerinde çalışan elemanların 2'si (%6,7) otoimmun hastalık tanısı almış, 28'i (%93,3) otoimmun hastalık tanısı almamış; hizmet ve satış elemanları olarak çalışanların 36'sı (%100,0) otoimmun hastalık tanısı almamış; sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanların 1'i (%3,3) otoimmun hastalık tanısı almış, 29'u (%96,7) otoimmun hastalık tanısı almamış; tesis ve makine operatörleri olarak çalışanların 3'ü (%15,8) otoimmun hastalık tanısı almış, 16'sı (%84,2) otoimmun hastalık tanısı almamış olduğu görülmektedir.

Kalp ve damar hastalıkları tanısı ile uluslararası standart meslek sınıflandırması (ISCO-08) arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (X^2=5,330; p=0,722>0.05). Katılımcılardan nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların 1'i (%3,2) kalp ve damar hastalığı tanısı almış, 30'u (%96,8) kalp ve damar hastalığı tanısı almamış; silahlı kuvvetler ile ilgili mesleklerde çalışanların 2'si (%22,2) kalp ve

damar hastalığı tanısı almış, 7'si (%77,8) kalp ve damar hastalığı tanısı almamış; yöneticiler konumunda çalışanların 5'i (%20,0) kalp ve damar hastalığı tanısı almış, 20'si (%80,0) kalp ve damar hastalığı tanısı almamış; profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların 15'i (%18,8) kalp ve damar hastalığı tanısı almış, 65'i (%81,2) kalp ve damar hastalığı tanısı almamış; teknisyenler, teknikerler, yardımcı profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların 7'si (%15,2) kalp ve damar hastalığı tanısı almış, 39'u (%84,8) kalp ve damar hastalığı tanısı almamış; büro hizmetlerinde çalışan elemanların 5'i (%16,7) kalp ve damar hastalığı tanısı almış, 25'i (%83,3) kalp ve damar hastalığı tanısı almamış; hizmet ve satış elemanları olarak çalışanların 6'sı (%16,7) kalp ve damar hastalığı tanısı almış, 30'u (%83,3) kalp ve damar hastalığı tanısı almamış; sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanların 4'ü (%13,3) kalp ve damar hastalığı tanısı almış, 26'sı (%86,7) kalp ve damar hastalığı tanısı almamış; tesis ve makine operatörleri olarak çalışanların 4'ü (%21,1) kalp ve damar hastalığı tanısı almış, 15'i (%78,9) kalp ve damar hastalığı tanısı almamış olduğu görülmektedir.

Kan hastalıkları tanısı ile uluslararası standart meslek sınıflandırması (ISCO-08) arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (X^2=4,988; p=0,759>0.05). Katılımcılardan nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların 1'i (%3,2) kan hastalığı tanısı almış, 30'u (%96,8) kan hastalığı tanısı almamış; silahlı kuvvetler ile ilgili mesleklerde çalışanların 9'u (%100,0) kan hastalığı tanısı almamış; yöneticiler konumunda çalışanların 1'i (%4,0) kan hastalığı tanısı almış, 24'ünün (%96,0) kan hastalığı tanısı almamış; profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların 6'sı (%7,5) kan hastalığı tanısı almış, 74'ü (%92,5) kan hastalığı tanısı almamış; iş yeni sınıflandırma teknisyenler, teknikerler, yardımcı profesyonel meslek mensupları olanların 4'ü (%8,7) kan hastalığı tanısı almış, 42'si (%91,3) kan hastalığı tanısı almamış; büro hizmetlerinde çalışan elemanların 3'ü (%10,0) kan hastalığı tanısı almış, 27'si (%90,0) kan hastalığı tanısı almamış; hizmet ve satış elemanları olarak çalışanların 4'ü (%11,1) kan hastalığı tanısı almış, 32'si (%88,9) kan hastalığı tanısı; sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanların 3'ü (%10,0) kan hastalığı tanısı almış, 27'si (%90,0) kan hastalığı tanısı almamış; tesis ve makine operatörleri olarak çalışanların 19'u (%100,0) kan hastalığı tanısı almamış olduğu görülmektedir.

Nörolojik hastalıklar tanısı ile uluslararası standart meslek sınıflandırması (ISCO-08) arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (X^2=8,149; p=0,419>0.05). Katılımcılardan nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların 1'i (%3,2) nörolojik hastalık tanısı almış,

30'u (%96,8) nörolojik hastalık tanısı almamış; silahlı kuvvetler ile ilgili mesleklerde çalışanların 9'u (%100,0) nörolojik hastalık tanısı almamış; yöneticiler konumunda çalışanların 2'si (%8,0) nörolojik hastalık tanısı almış, 23'ü (%92,0) nörolojik hastalık tanısı almamış; profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların 10'u (%12,5) nörolojik hastalık tanısı almış, 70'i (%87,5) nörolojik tanısı almamış; teknisyenler, teknikerler, yardımcı profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların 5'i (%10,9) nörolojik hastalık tanısı almış, 41'i (%89,1) nörolojik hastalık tanısı almamış; büro hizmetlerinde çalışan elemanların 2'si (%6,7) nörolojik hastalık tanısı almış, 28'i (%93,3) nörolojik hastalık tanısı almamış; hizmet ve satış elemanları olarak çalışanların 3'ü (%8,3) nörolojik hastalık tanısı almış, 33'ü (%91,7) nörolojik hastalık tanısı almamış; sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanların 30'u (%100,0) nörolojik hastalık tanısı almamış; tesis ve makine operatörleri olarak çalışanların 3'ü (%15,8) nörolojik hastalık tanısı almış ve 16'sı (%84,2) nörolojik hastalık tanısı almamış olduğu görülmektedir.

Tablo 4-12. Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Meslek Özelliklerinin Kronik Hastalıklarına Göre Farklılaşma Durumu (N=306)

ISCO-08 Uluslararası Standart Meslek Sınıflaması ile Kronik Hastalıklar		**Nitelik Gerektirmeyen İşlerde Çalışanlar**		**Silahlı Kuvvetler İle İlgili Meslekler**		**Yöneticiler**		**Profesyonel Meslek Mensupları**		**Teknisyenler, Teknikerler, Yardımcı Profesyonel Meslek Mensupları**		**Büro Hizmetlerinde Çalışan Elemanlar**		**Hizmet Ve Satış Elemanları**		**Sanatkarlar Ve İlgili İşlerde Çalışanlar**		**Tesis Ve Makine Operatörleri**		**p**
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Hipertansiyon	Evet	**11**	**%35,5**	**6**	**%66,7**	**11**	**%44,0**	10	%12,5	16	%34,8	9	%30,0	9	%25,0	7	%23,3	4	%21,1	**X^2=22,618 p=0,004**
	Hayır	20	%64,5	3	%33,3	14	%56,0	70	%87,5	30	%65,2	21	%70,0	27	%75,0	23	%76,7	15	%78,9	
Diyabet	Evet	6	%19,4	1	%11,1	6	%24,0	10	%12,5	10	%21,7	3	%10,0	2	%5,6	7	%23,3	7	%36,8	X^2=13,634 p=0,092
	Hayır	25	%80,6	8	%88,9	19	%76,0	70	%87,5	36	%78,3	27	%90,0	34	%94,4	23	%76,7	12	%63,2	
Astım	Evet	5	%16,1	1	%11,1	0	%0,0	8	%10,0	3	%6,5	2	%6,7	2	%5,6	3	%10,0	1	%5,3	X^2=6,235 p=0,621
	Hayır	26	%83,9	8	%88,9	25	%100,0	72	%90,0	43	%93,5	28	%93,3	34	%94,4	27	%90,0	18	%94,7	
Kronik Böbrek Yetmezliği	Evet	4	%12,9	0	%0,0	3	%12,0	1	%1,2	1	%2,2	1	%3,3	4	%11,1	2	%6,7	2	%10,5	X^2=12,159 p=0,144
	Hayır	27	%87,1	9	%100,0	22	%88,0	79	%98,8	45	%97,8	29	%96,7	32	%88,9	28	%93,3	17	%89,5	
Hipotiroidi	Evet	4	%12,9	0	%0,0	4	%16,0	**14**	**%17,5**	2	%4,3	3	%10,0	0	%0,0	1	%3,3	0	%0,0	**X^2=17,615 p=0,024**
	Hayır	27	%87,1	9	%100,0	21	%84,0	66	%82,5	44	%95,7	27	%90,0	36	%100,0	29	%96,7	19	%100,0	
Kanser	Evet	8	%25,8	0	%0,0	5	%20,0	6	%7,5	3	%6,5	4	%13,3	3	%8,3	5	%16,7	3	%15,8	X^2=12,481 p=0,131
	Hayır	23	%74,2	9	%100,0	20	%80,0	74	%92,5	43	%93,5	26	%86,7	33	%91,7	25	%83,3	16	%84,2	

Tablo 4-12. Devamı

Kanser Çeşidi;	Akc Ca	2	%25,0	1	%20,0	1	%16,7	0	%0,0	0	%0,0	1	%33,3	0	%0,0	0	%0,0	5	%13,5	X^2=33,540 p=0,821
	Kan Kanserleri	3	%37,5	3	%60,0	3	%50,0	3	%100,0	4	%100,0	1	%33,3	3	%60,0	2	%66,7	22	%59,5	
	Yumuşak Doku Ca	1	%12,5	1	%20,0	1	%16,7	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	1	%20,0	0	%0,0	4	%10,8	
	Prostat Ca	0	%0,0	0	%0,0	1	%16,7	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	1	%20,0	1	%33,3	3	%8,1	
	Meme Ca	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	1	%33,3	0	%0,0	0	%0,0	1	%2,7	
	Beyin Ve Omurilik Kanserleri	1	%12,5	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	1	%2,7	
	Pankreas Ca	1	%12,5	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	0	%0,0	1	%2,7	
Solunum Sistemi Hastalıkları	Evet	1	%3,2	0	%0,0	0	%0,0	3	%3,8	2	%4,3	0	%0,0	1	%2,8	0	%0,0	0	%0,0	X^2=4,445 p=0,815
	Hayır	30	%96,8	9	%100,0	25	%100,0	77	%96,2	44	%95,7	30	%100,0	35	%97,2	30	%100,0	19	%100,0	
Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	Evet	3	%9,7	0	%0,0	2	%8,0	4	%5,0	0	%0,0	4	%13,3	5	%13,9	1	%3,3	3	%15,8	X^2=12,040 p=0,149
	Hayır	28	%90,3	9	%100,0	23	%92,0	76	%95,0	46	%100,0	26	%86,7	31	%86,1	29	%96,7	16	%84,2	
Romatolojik Hastalıklar	Evet	4	%12,9	0	%0,0	0	%0,0	13	%16,2	6	%13,0	2	%6,7	1	%2,8	3	%10,0	0	%0,0	X^2=13,102 p=0,108
	Hayır	27	%87,1	9	%100,0	25	%100,0	67	%83,8	40	%87,0	28	%93,3	35	%97,2	27	%90,0	19	%100,0	

Tablo 4-12. Devamı

Genitoüriner Sistem Hastalıkları	Evet	3	%9,7	0	%0,0	0	%0,0	2	%2,5	3	%6,5	2	%6,7	1	%2,8	0	%0,0	0	%0,0	X^2=8,705 p=0,368
	Hayır	28	%90,3	9	%100,0	25	%100,0	78	%97,5	43	%93,5	28	%93,3	35	%97,2	30	%100,0	19	%100,0	
Endokrin Sistem ve Metabolizma Hastalıkları	Evet	1	%3,2	0	%0,0	0	%0,0	4	%5,0	0	%0,0	1	%3,3	2	%5,6	0	%0,0	0	%0,0	X^2=6,581 p=0,582
	Hayır	30	%96,8	9	%100,0	25	%100,0	76	%95,0	46	%100,0	29	%96,7	34	%94,4	30	%100,0	19	%100,0	
Otoimmun Sistem Hastalıkları	Evet	1	%3,2	0	%0,0	2	%8,0	9	%11,2	4	%8,7	2	%6,7	0	%0,0	1	%3,3	3	%15,8	X^2=9,160 p=0,329
	Hayır	30	%96,8	9	%100,0	23	%92,0	71	%88,8	42	%91,3	28	%93,3	36	%100,0	29	%96,7	16	%84,2	
Kalp ve Damar Sistemi Hastalıkları	Evet	1	%3,2	2	%22,2	5	%20,0	15	%18,8	7	%15,2	5	%16,7	6	%16,7	4	%13,3	4	%21,1	X^2=5,330 p=0,722
	Hayır	30	%96,8	7	%77,8	20	%80,0	65	%81,2	39	%84,8	25	%83,3	30	%83,3	26	%86,7	15	%78,9	
Kan Hastalıkları	Evet	1	%3,2	0	%0,0	1	%4,0	6	%7,5	4	%8,7	3	%10,0	4	%11,1	3	%10,0	0	%0,0	X^2=4,988 p=0,759
	Hayır	30	%96,8	9	%100,0	24	%96,0	74	%92,5	42	%91,3	27	%90,0	32	%88,9	27	%90,0	19	%100,0	
Nörolojik Sistem Hastalıkları	Evet	1	%3,2	0	%0,0	2	%8,0	10	%12,5	5	%10,9	2	%6,7	3	%8,3	0	%0,0	3	%15,8	X^2=8,149 p=0,419
	Hayır	30	%96,8	9	%100,0	23	%92,0	70	%87,5	41	%89,1	28	%93,3	33	%91,7	30	%100,0	16	%84,2	

4.5. ACİLE BAŞVURAN KRONİK HASTALIKLI BİREYLERİN TANITICI ÖZELLİKLER, KRONİK HASTALIK ÖZELLİKLERİ, ÇALIŞMA ÖZELLİKLERİ VE SAYISAL BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER İLE KRONİK HASTALIK YÖNETİMİ DÜZEYİ ARASINDAKİ FARK VE İLİŞKİ

Bu bölümde, çalışmaya katılan bireylerin tanıtıcı özellikleri, kronik hastalık özellikleri, çalışma özellikleri ve sayısal bağımsız değişkenler ile kronik hastalık yönetimi düzeyi arasındaki fark ve ilişki ile ilgili bulgular yer almaktadır.

4.5.1. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Tanıtıcı Özellikler ve Kronik Hastalık Özellikleri ile Kronik Hastalık Yönetimi Düzeyi Arasındaki İlişki ve Farklılaşmayı Gösteren Bulgular;

Bu kısımda, Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin sosyodemografik ve fiziksel özellikleri, kronik hastalık özellikleri, ilaç kullanım özellikleri, özgeçmiş özellikleri, acile başvurma nedenleri ve acile başvurma sıklıkları ile hastalık yönetimi düzeyi arasındaki fark ve ilişki ile ilgili bulgular yer almaktadır.

4.5.1.1. Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin sosyodemografik ve fiziksel özellikeri ile kronik hastalık yönetimi düzeyi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular;

Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi düzeyinin sosyodemografik ve fizksel özellikleri ile arasındaki ilişki Tablo 4-13'de gösterilmiştir.

Cinsiyet; Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin cinsiyete göre karar verme puanları anlamlı farklılıkk göstermektedir($t_{(304)}$=-1.912; p=0.045<0.05). Kadın Acile b aşvuran kronik hastalıklı bireylerin karar verme puanları (x=5,518), erkek Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin karar verme puanlarından (x=6,505) düşük bulunmuştur(t=-1,885; p=0.048<0.05).

Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi toplam, hasta katılımı, amaç belirleme, problem çözme, izlem koordanisyon puanları cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir(p>0.05).

Çocuk; Çocuğu olan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi toplam puanları (x=42,493), çocuk sahibi olmayan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi toplam puanlarından (x=35,505) yüksek bulunmuştur(t=2,290; p=0.017<0.05).

Çocuğu olanlar Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin karar verme puanları ($\bar{x}$=6,528), çocuğu olmayan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin karar verme puanlarından ($\bar{x}$=5,449) yüksek bulunmuştur(t=2,019; p=0.036<0.05).

Çocuğu olan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin amaç belirleme puanları ($\bar{x}$=10,699), çocuk sahibi olmayan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin amaç belirleme puanlarından ($\bar{x}$=8,664) yüksek bulunmuştur($t_{(304)}$=2.625; p=0.006<0.05).

Çocuğu olan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin problem çözme puanları ($\bar{x}$=8,553), çocuk sahibi olmayan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin problem çözme puanlarından ($\bar{x}$=7,290) yüksek bulunmuştur($t_{(304)}$=1.927; p=0.045<0.05).

Çocuğu olan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin izlem koordanisyon puanları ($\bar{x}$=10,387), çocuk sahibi olmayan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin izlem koordanisyon puanlarından ($\bar{x}$=8,636) yüksek bulunmuştur($t_{(304)}$=2.233; p=0.021<0.05).

Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hasta katılımı, puanları çocuk değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir(p>0.05).

Eğitim Durumu, Ekonomik Durum ve Medeni Durum; Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi toplam, hasta katılımı, karar verme, amaç belirleme, problem çözme, izlem koordanisyon puanları eğitim durumu, ekonomik durum ve medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir(p>0.05).

Sigara ve Alkol; Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi toplam, hasta katılımı, karar verme, amaç belirleme, problem çözme, izlem koordanisyon puanları sigara ve alkol değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir(p>0.05).

Tablo 4-13. Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ile Hastalık Yönetimi Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=306)

Demografik Özellikler	n	Hastalık Yönetimi Toplam	Hasta Katılımı	Karar Verme	Amaç Belirleme	Problem Çözme	İzlem Koordanisyon
Cinsiyet		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Kadın	110	37,791±24,346	5,946±4,102	**5,518±3,811**	9,418±6,240	7,664±5,245	9,246±6,212
Erkek	196	41,316±26,297	6,071±4,225	**6,505±4,597**	10,306±6,679	8,362±5,624	10,071±6,783
t=		-1,155	-0,253	**-1,912**	-1,142	-1,068	-1,053
p=		0,249	0,801	**0,045**	0,254	0,286	0,293
Eğitim Durumu		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
İlkokul	46	39,130±25,259	6,109±4,111	6,261±4,592	9,391±5,987	7,891±5,701	9,478±6,463
Ortaokul	34	38,677±26,976	5,529±4,399	6,471±4,750	9,824±6,676	7,529±5,276	9,324±7,227
Lise	76	38,395±24,499	5,711±3,963	5,842±4,376	9,579±6,281	7,671±5,216	9,592±6,158
Üniversite	150	41,480±26,160	6,273±4,268	6,200±4,203	10,413±6,805	8,533±5,630	10,060±6,733
F=		0,312	0,484	0,203	0,445	0,607	0,196
p=		0,817	0,694	0,894	0,721	0,611	0,899
Ekonomik Durum		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Çok Kötü	16	41,750±29,937	6,188±4,199	6,688±5,313	10,500±7,537	8,438±6,303	9,938±7,767
Kötü	50	33,060±20,743	5,580±4,185	5,180±3,916	7,960±4,823	6,240±3,972	8,100±5,195
İyi	218	41,463±26,050	6,119±4,177	6,344±4,330	10,362±6,671	8,532±5,671	10,106±6,739
Çok İyi	22	40,680±27,260	6,000±4,332	6,046±4,726	10,500±7,249	7,955±5,507	10,182±6,822
F=		1,496	0,233	1,059	2,419	2,419	1,296
p=		0,216	0,873	0,367	0,066	0,066	0,276
Medeni Durum		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evli	230	41,209±26,050	6,161±4,193	6,291±4,416	10,339±6,725	8,309±5,576	10,109±6,762
Bekar	76	36,540±24,132	5,618±4,118	5,724±4,146	8,921±5,805	7,513±5,222	8,763±5,948
t=		1,379	0,982	0,986	1,646	1,095	1,548
p=		0,169	0,327	0,325	0,078	0,274	0,123
Çocuk		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	199	**42,493±26,699**	6,327±4,316	**6,528±4,531**	**10,699±6,897**	**8,553±5,725**	**10,387±6,850**
Hayır	107	**35,505±23,006**	5,467±3,857	**5,449±3,917**	**8,664±5,573**	**7,290±4,953**	**8,636±5,926**
t=		**2,290**	1,723	**2,080**	**2,625**	**1,927**	**2,233**
p=		**0,017**	0,076	**0,031**	**0,006**	**0,045**	**0,021**
Sigara		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Var	152	39,428±25,803	5,809±4,019	6,118±4,442	9,875±6,18	7,921±5,434	9,709±6,778
Yok	154	40,662±25,524	6,240±4,325	6,182±4,273	10,097±6,459	8,299±5,560	9,844±6,411
t=		-0,421	-0,903	-0,127	-0,298	-0,601	-0,186
p=		0,674	0,367	0,899	0,766	0,548	0,853
Alkol		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Var	89	40,989±26,586	5,966±4,074	6,023±4,194	10,303±6,866	8,348±5,705	10,348±7,068
Yok	217	39,664±25,278	6,051±4,224	6,203±4,422	9,857±6,397	8,014±5,413	9,539±7,068
t=		0,410	-0,160	-0,329	0,542	0,483	0,976
p=		0,682	0,873	0,743	0,588	0,629	0,330

4.5.1.2. Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin kronik hastalık özellikleri ile kronik hastalık yönetimi düzeyi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular;

Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi ile kronik hastalık tanıları arasındaki ilişki ile ilgili bugular Tablo 4-14'de gösterilmiştir.

Diyabet; Diyabet olan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin izlem koordanisyon puanları (x=11,712), diyabet olmayan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin izlem koordanisyon puanlarından (x=9,378) yüksek bulunmuştur($t_{(304)}$=2.345; p=0.020<0.05).

Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi toplam, hasta katılımı, karar verme, amaç belirleme, problem çözme puanları diyabet değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir(p>0.05).

Astım; Astım olan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin problem çözme puanları ($\bar{x}$=10,200), astım olmayan hastaların problem çözme puanlarından ($\bar{x}$=7,925) yüksek bulunmuştur($t_{(304)}$=1.994; p=0.047<0.05).

Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi toplam, hasta katılımı, karar verme, amaç belirleme, izlem koordanisyon puanları astım değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir(p>0.05).

Kronik Böbrek Yetmezliği; Kronik böbrek yetmezliği olan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi toplam puanları (x=25,833), kronik böbrek yetmezliği olmayan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi toplam puanlarından ($\bar{x}$=40,938) düşük bulunmuştur($t_{(304)}$=-2.445; p=0.000<0.05).

Kronik böbrek yetmezliği olan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hasta katılımı puanları (x=3,944), kronik böbrek yetmezliği olmayan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hasta katılımı puanlarından ($\bar{x}$=6,156) düşük bulunmuştur($t_{(304)}$=-2.194; p=0.000<0.05).

Kronik böbrek yetmezliği olan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin karar verme puanları (x=3,611), kronik böbrek yetmezliği olmayan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin karar verme puanlarından (x=6,309) düşük bulunmuştur($t_{(304)}$=-2.576; p=0.000<0.05).

Kronik böbrek yetmezliği olan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin amaç belirleme puanları ($\bar{x}$=6,389), kronik böbrek yetmezliği olmayan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin amaç belirleme puanlarından ($\bar{x}$=10,212) düşük bulunmuştur($t_{(304)}$=-2.429; p=0.000<0.05).

Kronik böbrek yetmezliği olan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin problem çözme puanları ($\bar{x}$=5,444), kronik böbrek yetmezliği olmayan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin problem çözme puanlarından ($\bar{x}$=8,278) düşük bulunmuştur($t_{(304)}$=-2.136; p=0.005<0.05).

Kronik böbrek yetmezliği olan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin izlem koordanisyon puanları (x=6,444), kronik böbrek yetmezliği olmayan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin izlem koordanisyon puanlarından (x=9,983) düşük bulunmuştur($t_{(304)}$=-2.226; p=0.000<0.05).

Hipotiroidi; Hipotiroidi olan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi toplam puanları ($\bar{x}$=29,750hipotiroidi olmayan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi toplam puanlarından ($\bar{x}$=41,086) düşük bulunmuştur($t_{(304)}$=-2.246; p=0.001<0.05).

Hipotiroidi olan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin karar verme puanları ($\bar{x}$=4,607), hipotiroidi olmayan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin karar verme puanlarından ($\bar{x}$=6,306) düşük bulunmuştur($t_{(304)}$=-1.979; p=0.006<0.05).

Hipotiroidi olan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin amaç belirleme puanları ($\bar{x}$=7,107), hipotiroidi olmayan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin amaç belirleme puanlarından ($\bar{x}$=10,277) düşük bulunmuştur($t_{(304)}$=-2.469; p=0.000<0.05).

Hipotiroidi olan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin problem çözme puanları ($\bar{x}$=6,179), hipotiroidi olmayan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin problem çözme puanlarından ($\bar{x}$=8,306) düşük bulunmuştur($t_{(304)}$=-1.963; p=0.014<0.05).

Hipotiroidi olan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin izlem koordanisyon puanları ($\bar{x}$=6,929), hipotiroidi olmayan Acil servise başvuran kronik

hastalıklı bireylerin izlem koordanisyon puanlarından ($\bar{x}$=10,061) düşük bulunmuştur($t_{(304)}$=-2.418; p=0.000<0.05).

Katılanların hasta katılımı puanları hipotiroidi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir(p>0.05).

Otoimmun Sistem Hastalıkları; Otoimmun sistem hastalıkları olan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi toplam puanları ($\bar{x}$=31,500), otoimmun sistem hastalıkları olmayan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi toplam puanlarından ($\bar{x}$=40,711) düşük bulunmuştur($t_{(304)}$=-1.628; p=0.024<0.05).

Otoimmun sistem hastalıkları olan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hasta katılımı puanları ($\bar{x}$=4,364), otoimmun sistem hastalıkları olmayan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hasta katılımı puanlarından ($\bar{x}$=6,155) düşük bulunmuştur($t_{(304)}$=-1.948; p=0.005<0.05).

Otoimmun sistem hastalıkları olan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin amaç belirleme puanları ($\bar{x}$=7,636), otoimmun sistem hastalıkları olmayan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin amaç belirleme puanlarından ($\bar{x}$=10,169) düşük bulunmuştur($t_{(304)}$=-1.759; p=0.011<0.05).

Otoimmun sistem hastalıkları olan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin problem çözme puanları ($\bar{x}$=6,455), otoimmun system hastalıkları olmayan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin problem çözme puanlarından ($\bar{x}$=8,239) düşük bulunmuştur($t_{(304)}$=-1.471; p=0.035<0.05)

Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin karar verme, izlem koordanisyon puanları otoimmun göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Kan Hastalıkları; Kan hastalıkları olan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hasta katılımı puanları ($\bar{x}$=8,318), kan hastalıkları olmayan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hasta katılımı puanlarından ($\bar{x}$=5,849) yüksek bulunmuştur($t_{(304)}$=2.700; p=0.043<0.05).

Kan hastalıkları olan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin amaç belirleme puanları ($\bar{x}$=12,818), kan hastalıkları olmayan Acil servise başvuran kronik

hastalıklı bireylerin amaç belirleme puanlarından ($\bar{x}$=9,768) yüksek bulunmuştur($t_{(304)}$=2.124; p=0.035<0.05).

Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi toplam, karar verme, problem çözme, izlem koordanisyon puanları kan hastalıkları değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Hipertansiyon, Kanser, Solunum Sistemi Hastalıkları, Gastrointesirnal Sistem Hastalıkları, Romatolojik Hastalıklar, Genitoüriner Sistem Hastalıkları, Endokrin Sistemve Metabolik Hastalıklar, Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları Ve Nörolojik Hastalıklar; Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi toplam, hasta katılımı, karar verme, amaç belirleme, problem çözme, izlem koordanisyon puanları hipertansiyon, kanser, solunum sistemi hastalıkları, gastrointesirnal sistem hastalıkları, romatolojik hastalıklar, genitoüriner sistem hastalıkları, endokrin sistem hastalıkları, kardiyovasküler sistem hastalıkları ve nörolojik hastalıklar değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir(p>0.05).

Tablo 4-14. Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Hastalık Yönetimi Özellikleri ile Kronik Hastalık Özeliklerinin Karşılaştırılması (N=306)

Kronik Hastalık Özellikleri	**n**	**Hastalık Yönetimi Toplam**	**Hasta Katılımı**	**Karar Verme**	**Amaç Belirleme**	**Problem Çözme**	**İzlem Koordanisyon**
Hipertansiyon		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	83	42,916±26,612	6,422±4,300	6,590±4,502	10,675±6,719	8,398±5,563	10,831±7,107
Hayır	223	38,982±25,230	5,879±4,127	5,987±4,292	9,731±6,453	8,005±5,474	9,381±6,352
t=		1,195	1,011	1,080	1,125	0,556	1,718
p=		0,233	0,313	0,281	0,262	0,579	0,105
Diyabet		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	52	46,289±27,192	6,827±4,124	7,096±4,675	11,423±6,855	9,231±5,596	**11,712±7,204**
Hayır	254	38,772±25,162	5,862±4,174	5,957±4,265	9,693±6,434	7,882±5,454	**9,378±6,395**
t=		1,936	1,521	1,726	1,747	1,618	**2,345**
p=		0,054	0,129	0,085	0,082	0,107	**0,020**
Astım		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	25	47,680±24,767	7,200±3,969	7,120±4,400	11,240±6,392	**10,200±5,568**	11,920±7,011
Hayır	281	39,370±25,636	5,922±4,183	6,064±4,344	9,875±6,540	**7,925±5,457**	9,584±6,525
t=		1,557	1,470	1,164	1,001	**1,994**	1,705
p=		0,120	0,143	0,246	0,317	**0,047**	0,089
Kronik Böbrek Yetmezliği		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	18	**25,833±12,922**	**3,944±1,830**	**3,611±1,975**	**6,389±2,893**	**5,444±3,601**	**6,444±3,329**
Hayır	288	**40,938±25,974**	**6,156±4,247**	**6,309±4,411**	**10,212±6,629**	**8,278±5,551**	**9,983±6,685**
t=		**-2,445**	**-2,194**	**-2,576**	**-2,429**	**-2,136**	**-2,226**
p=		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,005**	**0,000**

Tablo 4-14. Devamı

	n	Hastalık Yönetimi Toplam	Hasta Katılımı	Karar Verme	Amaç Belirleme	Problem Çözme	İzlem Koordanisyon
Hipotiroidi		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	28	**29,750±15,410**	4,929±3,344	**4,607±2,793**	**7,107±3,775**	**6,179±3,973**	**6,929±3,751**
Hayır	273	**41,086±26,235**	6,137±4,239	**6,306±4,452**	**10,277±6,680**	**8,306±5,591**	**10,061±6,744**
t=		**-2,446**	-1,462	**-1,979**	**-2,469**	**-1,963**	**-2,418**
p=		**0,001**	0,084	**0,006**	**0,000**	**0,014**	**0,000**
Kanser		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	37	38,973±23,693	6,189±4,477	6,189±4,248	9,757±5,965	7,892±5,343	8,946±5,400
Hayır	269	40,197±25,921	6,004±4,140	6,145±4,372	10,019±6,612	8,141±5,522	9,889±6,733
t=		-0,272	0,253	-0,058	-0,228	-0,259	-0,816
p=		0,786	0,800	0,954	0,820	0,796	0,340
Solunum Sistemi Hastalıkları		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	7	48,286±27,578	8,429±5,287	6,857±4,100	12,000±7,188	9,571±5,653	11,429±7,068
Hayır	299	39,856±25,599	5,970±4,140	6,134±4,361	9,940±6,518	8,077±5,494	9,736±6,581
t=		0,839	1,544	0,434	0,825	0,711	0,672
p=		0,391	0,124	0,664	0,410	0,478	0,502
Gastrointestinal Sistem Hastalıkları		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	22	40,091±29,343	6,136±4,570	6,227±4,750	9,818±7,614	8,227±6,391	9,682±6,910
Hayır	284	40,046±25,377	6,018±4,151	6,144±4,327	10,000±6,452	8,102±5,429	9,782±6,572
t=		0,008	0,128	0,086	-0,126	0,103	-0,068
p=		0,994	0,898	0,932	0,900	0,918	0,945
Romatolojik Hastalıklar		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	29	37,414±27,242	5,621±4,305	5,724±4,651	9,069±6,319	7,552±5,822	9,448±6,998
Hayır	277	40,325±25,490	6,069±4,167	6,195±4,324	10,083±6,554	8,170±5,464	9,809±6,553
t=		-0,581	-0,549	-0,554	-0,795	-0,576	-0,280
p=		0,561	0,583	0,580	0,427	0,565	0,780
Genitoüriner Sistem Hastalıkları		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	11	41,546±30,856	6,455±4,762	6,455±5,145	10,091±7,968	8,636±6,087	9,909±7,449
Hayır	295	39,993±25,474	6,010±4,160	6,139±4,328	9,983±6,485	8,092±5,479	9,770±6,565
t=		0,197	0,346	0,236	0,054	0,323	0,069
p=		0,844	0,729	0,814	0,957	0,747	0,945
Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	8	35,875±23,847	5,500±4,106	5,500±3,505	9,000±6,164	8,000±6,047	7,875±5,540
Hayır	298	40,161±25,702	6,040±4,183	6,168±4,375	10,013±6,546	8,114±5,488	9,826±6,612
t=		-0,466	-0,361	-0,428	-0,433	-0,058	-0,826
p=		0,641	0,719	0,669	0,666	0,954	0,409
Otoimmun Sistem Hastalıkları		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	22	**31,500±16,715**	**4,364±2,498**	**4,955±3,199**	**7,636±3,983**	**6,455±3,447**	**8,091±5,442**
Hayır	284	**40,711±26,096**	**6,155±4,253**	**6,243±4,418**	**10,169±6,656**	**8,239±5,603**	**9,905±6,666**
t=		**-1,628**	**-1,948**	**-1,340**	**-1,759**	**-1,471**	**-1,246**
p=		**0,024**	**0,005**	**0,089**	**0,011**	**0,035**	**0,151**

Tablo 4-14. Devamı

	n	Hastalık Yönetimi Toplam	Hasta Katılımı	Karar Verme	Amaç Belirleme	Problem Çözme	İzlem Koordanisyon
Kalp ve Damar Sistemi Hastalıkları		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	49	38,490±22,015	5,878±3,924	6,061±4,018	10,000±6,232	7,551±4,787	9,000±5,288
Hayır	257	40,346±26,289	6,055±4,228	6,167±4,418	9,984±6,595	8,218±5,619	9,922±6,804
t=		-0,464	-0,271	-0,156	0,015	-0,778	-0,898
p=		0,643	0,786	0,876	0,988	0,388	0,290
Kan Hastalıkları		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	22	51,818±30,814	**8,318±5,277**	7,909±5,013	**12,818±7,301**	10,091±6,553	12,682±7,931
Hayır	284	39,137±25,016	**5,849±4,035**	6,014±4,275	**9,768±6,427**	7,958±5,385	9,549±6,432
t=		2,251	**2,700**	1,978	**2,124**	1,761	2,162
p=		0,072	**0,043**	0,098	**0,035**	0,079	0,084
Nörolojik Hastalıklar		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	26	35,308±25,477	5,500±4,329	5,500±4,236	9,154±6,745	7,077±5,513	8,077±5,491
Hayır	280	40,489±25,643	6,075±4,165	6,211±4,364	10,064±6,515	8,207±5,490	9,932±6,664
t=		-0,986	-0,671	-0,796	-0,680	-1,004	-1,376
p=		0,325	0,503	0,426	0,497	0,316	0,116

4.5.1.3. Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin ilaç kullanım özellikleri ve kullandıkları ilaçlar ile kronik hastalık yönetimi düzeyi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular;

Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin ilaç kullanım özellikleri ile kronik hastalık yönetimi düzeyi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular tablo 4-15'de ve kullandıkları ilaçların türleri ile kronik hastalık yönetimi özellikleri arasındaki ilişki ile ilgili bulgular tablo 4-15'de gösterilmiştir.

Kullanılan ilaçlardan inhaler yol ile uygulanan ilaçlarlar; Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin ilaç uygulama yöntemi inhaler yolla olanların hastalık yönetimi toplam puanları ($\bar{x}$=51,539), ilaç uygulama yöntemi inhaler yolla olmayanların hastalık yönetimi toplam puanlarından ($\bar{x}$=39,982) yüksek bulunmuştur($t_{(304)}$=2.408; p=0.017<0.05).

İlaç uygulama yöntemi inhaler yolla olanların hasta katılımı puanları ($\bar{x}$=7,885), ilaç uygulama yöntemi inhaler yolla olmayanların hasta katılımı puanlarından ($\bar{x}$=5,854) yüksek bulunmuştur($t_{(304)}$=2.391; p=0.017<0.05).

İlaç uygulama yöntemi inhaler yolla olanların amaç belirleme puanları ($\bar{x}$=12,615), ilaç uygulama yöntemi inhaler yolla olmayanların amaç belirleme puanlarından ($\bar{x}$=9,743) yüksek bulunmuştur($t_{(304)}$=2.159; p=0.032<0.05).

İlaç uygulama yöntemi inhaler yolla olanların problem çözme puanları ($\bar{x}$=11,039), ilaç uygulama yöntemi inhaler yolla olmayanların problem çözme puanlarından ($\bar{x}$=7,839) yüksek bulunmuştur($t_{(304)}$=2.875; p=0.004<0.05).

İlaç uygulama yöntemi inhaler yolla olanların izlem koordanisyon puanları ($\bar{x}$=12,692), ilaç uygulama yöntemi inhaler yolla olmayanların izlem koordanisyon puanlarından ($\bar{x}$=9,504) yüksek bulunmuştur($t_{(304)}$=2.380; p=0.018<0.05).

Katılanların karar verme puanları ilaçları inhaler yoldan uygulama değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir(p>0.05).

Sürekli İlaç Kullanma Durumu, Oral yol ile uygulanan, İntravenöz yol ile uygulanan, S**ubkutan yol ile uygulanan,** N**azal yol ile uygulanan İlaçlar;** Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi toplam, hasta katılımı, karar verme, amaç belirleme, problem çözme, izlem koordanisyon puanları sürekli ilaç kullanma durumuna, kullanılan ilacın oral yolla, intravenöz yolla, subkutan yolla ve nazal yolla uygulanmasına göre anlamlı farklılık göstermemektedir(p>0.05).

Tablo 4-15. Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin İlaç Kullanım Özellikleri ile Hastalık Yönetimi Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=306)

İlaç Kullanım Özellikleri Sürekli İlaç Kullanma Durumu	n	Hastalık Yönetimi Toplam	Hasta Katılımı	Karar Verme	Amaç Belirleme	Problem Çözme	İzlem Koordanisyon
		x̄±SS	x̄±SS	x̄±SS	x̄±SS	x̄±SS	x̄±SS
Evet	272	40,662±25,966	6,158±4,247	6,213±4,407	10,136±6,630	8,224±5,596	9,930±6,654
Hayır	34	35,147±22,493	4,971±3,416	5,647±3,892	8,794±5,596	7,206±4,760	8,529±5,950
t=		1,184	1,567	0,715	1,130	1,019	1,170
p=		0,192	0,070	0,475	0,259	0,255	0,208
Oral		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	277	40,235±26,097	6,083±4,259	6,253±4,445	10,040±6,627	8,072±5,546	9,787±6,649
Hayır	29	38,276±20,916	5,483±3,269	5,172±3,219	9,483±5,572	8,483±5,026	9,655±6,055
t=		0,391	0,736	1,274	0,437	-0,382	0,102
p=		0,643	0,368	0,107	0,618	0,702	0,919
İntravenöz		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	11	38,818±24,161	5,909±4,415	6,364±4,822	9,546±5,922	7,182±3,868	9,818±6,493
Hayır	295	40,095±25,719	6,031±4,173	6,142±4,341	10,003±6,559	8,146±5,545	9,773±6,600
t=		-0,162	-0,095	0,165	-0,228	-0,571	0,022
p=		0,871	0,925	0,869	0,820	0,568	0,982
Subkutan		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	38	36,368±23,364	5,342±3,497	5,395±3,831	9,421±6,167	7,421±5,044	8,790±5,748
Hayır	268	40,571±25,931	6,123±4,259	6,258±4,415	10,067±6,585	8,209±5,555	9,914±6,694
t=		-0,946	-1,080	-1,145	-0,570	-0,827	-0,985
p=		0,345	0,281	0,253	0,569	0,409	0,325
İnhaler		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	**26**	**51,539±25,557**	**7,885±4,082**	7,308±4,212	**12,615±6,694**	**11,039±5,956**	**12,692±7,075**
Hayır	**280**	**38,982±25,417**	**5,854±4,148**	6,043±4,355	**9,743±6,471**	**7,839±5,378**	**9,504±6,485**
t=		**2,408**	**2,391**	1,420	**2,159**	**2,875**	**2,380**
p=		**0,017**	**0,017**	0,157	**0,032**	**0,004**	**0,018**
Nazal		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	3	32,667±12,055	4,333±2,309	4,333±2,309	7,667±2,309	8,333±4,041	8,000±2,646
Hayır	303	40,122±25,726	6,043±4,118	6,168±4,364	10,010±6,554	8,109±5,510	9,792±6,612
t=		-0,501	-0,705	-0,726	-0,618	0,070	-0,468
p=		0,617	0,481	0,468	0,215	0,944	0,640

Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi özellikleri ile kullandıkları ilaç türü arasındaki ilişki ile ilgili bulgular Tablo 4-16'da gösterilmiştir.

Antiepileptik/Antikonvulsif/Antiparkinson ilaç; Antiepileptik/Antikonvulsif/Antiparkinson ilaç kullananların amaç belirleme puanları (x̄=6,692), Antiepileptik/Antikonvulsif/Antiparkinson ilaç kullanmayanların amaç belirleme puanlarından (x̄=10,309) düşük bulunmuştur(t=-1,929; p=0.009<0.05).

Katılanların hastalık yönetimi toplam, hasta katılımı, karar verme, problem çözme, izlem koordanisyon puanları Antiepileptik/Antikonvulsif/Antiparkinson ilaç kullananlar değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0.05$).

Antienfeksiyon ilaç; Antienfeksiyon ilaçları kullananların hastalık yönetimi toplam puanları ($\bar{x}$=25,579), antienfeksiyon ilaçları kullanmayanların hastalık yönetimi toplam puanlarından ($\bar{x}$=41,795) düşük bulunmuştur($t_{(270)}$=-2.654; $p=0.000<0.05$).

Antienfeksiyon ilaçları kullananların hasta katılımı puanları ($\bar{x}$=3,526), antienfeksiyon ilaçları kullanmayanların hasta katılımı puanlarından ($\bar{x}$=6,356) düşük bulunmuştur($t_{(270)}$=-2.837; $p=0.000<0.05$).

Antienfeksiyon ilaçları kullananların karar verme puanları ($\bar{x}$=3,895), antienfeksiyon ilaçları kullanmayanların karar verme puanlarından ($\bar{x}$=6,387) düşük bulunmuştur($t_{(270)}$=-2.398; $p=0.000<0.05$).

Antienfeksiyon ilaçları kullananların amaç belirleme puanları ($\bar{x}$=6,632), antienfeksiyon ilaçları kullanmayanların amaç belirleme puanlarından ($\bar{x}$=10,399) düşük bulunmuştur($t_{(270)}$=-2.410; $p=0.000<0.05$).

Antienfeksiyon ilaçları kullananların problem çözme puanları ($\bar{x}$=5,158), antienfeksiyon ilaçları kullanmayanların problem çözme puanlarından ($\bar{x}$=8,455) düşük bulunmuştur($t_{(270)}$=-2.510; $p=0.000<0.05$).

Antienfeksiyon ilaçları kullananların izlem koordanisyon puanları ($\bar{x}$=6,368), antienfeksiyon ilaçları kullanmayanların izlem koordanisyon puanlarından ($\bar{x}$=10,198) düşük bulunmuştur(t=-2,441; $p=0<0.05$).

Kemoterapiler ve İmmunsupresif ilaç; Kemoterapiler ve immunsupresif ilaç kullananlar amaç belirleme puanları ($\bar{x}$=8,184), kemoterapiler ve immunsupresif ilaç kullanmayanların amaç belirleme puanlarından ($\bar{x}$=10,453) düşük bulunmuştur($t_{(270)}$=-1.967; $p=0.028<0.05$).

Katılanların hastalık yönetimi toplam, hasta katılımı, karar verme, problem çözme, izlem koordanisyon puanları kemoterapiler ve immunsupresif ilaç değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0.05$).

Kanı Etkileyen İlaç(Kan Yapıcılar, Sıvı Elektrolit ve Asit Baz Dengesi Düzenleyiciler, Bağışık Sağlayıcılar, Vitaminler)**;**

Kanı etkileyen ilaçları kullananların hastalık yönetimi toplam puanları (x=46,543), kanı etkileyen ilaçları kullanmayanların hastalık yönetimi toplam puanlarından (x=37,556) yüksek bulunmuştur(t=2,747; p=0.012<0.05).

Kanı etkileyen ilaç kullananların hasta katılımı puanları (x=7,085), kanı etkileyen ilaç kullanmayanların hasta katılımı puanlarından (x=5,669) yüksek bulunmuştur(t=2,645; p=0.014<0.05).

Kanı etkileyen ilaç kullananların karar verme puanları (x=7,202), kanı etkileyen ilaç kullanmayanların karar verme puanlarından (x=5,691) yüksek bulunmuştur(t=2,721; p=0.012<0.05).

Kanı etkileyen ilaç kullananların amaç belirleme puanları (x=11,500), kanı etkileyen ilaç kullanmayanların amaç belirleme puanlarından (x=9,416) yüksek bulunmuştur(t=2,489; p=0.02<0.05).

Kanı etkileyen ilaç kullananların problem çözme puanları (x=9,309), kanı etkileyen ilaç kullanmayanların problem çözme puanlarından (x=7,652) yüksek bulunmuştur(t=2,350; p=0.028<0.05).

Kanı etkileyen ilaç kullananların izlem koordanisyon puanları (x=11,447), kanı etkileyen ilaç kullanmayanların izlem koordanisyon puanlarından (x=9,129) yüksek bulunmuştur(t=2,765; p=0.01<0.05).

Böbrek ve Böbreküstü Bezlerini Etkileyen İlaçlar; Böbrek ve böbreküstü bezlerini etkileyen ilaçları kullananların hastalık yönetimi toplam puanları ($\bar{x}$=34,879), böbrek ve böbreküstü bezleri etkileyen ilaçları kullanmayanların hastalık yönetimi toplam puanlarından ($\bar{x}$=42,229) düşük bulunmuştur($t_{(270)}$=-1.922; p=0.039<0.05).

Böbrek ve böbreküstü bezlerini etkileyen ilaçları kullananların hasta katılımı puanları ($\bar{x}$=5,121), böbrek ve böbreküstü bezleri etkileyen ilaçları kullanmayanların hasta katılımı puanlarından ($\bar{x}$=6,439) düşük bulunmuştur($t_{(270)}$=-2.111; p=0.021<0.05).

Böbrek ve böbreküstü bezlerini etkileyen ilaçları kullananların amaç belirleme puanları ($\bar{x}$=8,724), böbrek ve böbreküstü bezlerini etkileyen ilaçları kullanmayanların izlem koordanisyon puanlarından ($\bar{x}$=10,519) düşük bulunmuştur($t_{(270)}$=-1.876; p=0.044<0.05).

Böbrek ve böbreküstü bezlerini etkileyen ilaçları kullananların problem çözme puanları ($\bar{x}$=7,017), böbrek ve böbreküstü bezleri etkileyen ilaçları kullanmayanların problem çözme puanlarından ($\bar{x}$=8,551) düşük bulunmuştur($t_{(270)}$=-1.868; p=0.050<0.05).

Böbrek ve böbreküstü bezlerini etkileyen ilaçları kullananların izlem koordanisyon puanları ($\bar{x}$=8,483), böbrek ve böbreküstü bezleri etkileyen ilaçları kullanmayanların izlem koordanisyon puanlarından ($\bar{x}$=10,322) düşük bulunmuştur(t=-1,876; p=0.044<0.05).

Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin karar veme puanları böbrek ve böbreküstü bezleri etkileyen ilaçları kullananlar değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir(p>0.05).

Solunum Sistemini Etkileyen İlaçlar; Solunum sistemini etkileyen ilaçlar kullaların hastalık yönetimi toplam puanları ($\bar{x}$=50,833), solunum sistemini etkileyen ilaçlar kullanmayanların hastalık yönetimi toplam puanlarından ($\bar{x}$=39,401) yüksek bulunmuştur($t_{(270)}$=2.293; p=0.023<0.05).

Solunum sistemini etkileyen ilaçlar kullananların hasta katılımı puanları ($\bar{x}$=7,733), solunum sistemini etkileyen ilaçlar kullanmayanların hasta katılımı puanlarından ($\bar{x}$=5,963) yüksek bulunmuştur($t_{(270)}$=2.168; p=0.031<0.05).

Solunum sistemini etkileyen ilaçlar kullananların amaç belirleme puanları ($\bar{x}$=12,467), solunum sistemini etkileyen ilaçlar kullanmayanların amaç belirleme puanlarından ($\bar{x}$=9,847) yüksek bulunmuştur($t_{(270)}$=2.053; p=0.041<0.05).

Solunum sistemini etkileyen ilaçlar kullananların problem çözme puanları ($\bar{x}$=10,567), solunum sistemini etkileyen ilaçlar kullanmayanların problem çözme puanlarından ($\bar{x}$=7,934) yüksek bulunmuştur($t_{(270)}$=2.463; p=0.014<0.05).

Solunum sistemini etkileyen ilaçlar kullananların izlem koordanisyon puanları ($\bar{x}$=12,733), solunum sistemini etkileyen ilaçlar kullanmayanların izlem koordanisyon puanlarından ($\bar{x}$=9,583) yüksek bulunmuştur($t_{(270)}$=2.469; p=0.014<0.05).

Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin karar verme puanları solunum sistemini etkileyen ilaçlar değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir(p>0.05).

Ağrıkesici ilaç, Antialerjik ilaç, Kardiyovasküler sistem ilaçları, Gastrointestinal Sistemi Etkileyen İlaç, Hormonlar, Diğer Endokrin İlaçları ve Kontraseptifler, Antipsikotikler, Mental ve Davranış Bozukluğu ilaçları ve Eklem Hastalıkları İçin Kullanılan İlaçlar; Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi toplam, hasta katılımı, karar verme, amaç belirleme, problem çözme, izlem koordanisyon puanları ağrıkesici ilaç antialerjik ilaç, kardiyovasküler sistem ilaçları, gastrointestinal sistemi etkileyen ilaç, , hormonlar, diğer endokrin ilaçları ve kontraseptifler, antipsikotikler, mental ve davranış bozukluğu ilaçları ve eklem hastalıkları için kullanılan ilaçlar değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir(p>0.05).

Tablo 4-16. Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Kullandığı İlaç Türü ile Hastalık Yönetimi Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=306)

İlaç Türünr göre	n	Hastalık Yönetimi Toplam	Hasta Katılımı	Karar Verme	Amaç Belirleme	Problem Çözme	İzlem Koordanisyon
Ağrıkesiciler		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	53	40,623±26,477	6,359±4,558	6,377±4,781	10,660±7,149	7,793±5,471	9,434±6,405
Hayır	219	40,671±25,902	6,110±4,178	6,174±4,323	10,009±6,509	8,329±5,606	10,050±6,722
t=		-0,012	0,382	0,302	0,641	-0,628	-0,604
p=		0,990	0,703	0,763	0,522	0,531	0,546
Antialerjenikler		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	8	50,125±29,064	7,500±4,504	7,625±4,340	12,625±7,482	10,375±6,070	12,000±8,298
Hayır	264	40,375±25,873	6,117±4,241	6,171±4,410	10,061±6,604	8,159±5,558	9,867±6,608
t=		1,047	0,907	0,919	1,078	1,108	0,893
p=		0,296	0,365	0,359	0,282	0,269	0,373
Antiepileptik/Antikonvulsif /Antiparkinson İlaçlar		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	13	28,769±21,076	4,462±3,573	4,615±3,820	**6,692±4,070**	5,846±4,793	7,154±4,947
Hayır	259	41,259±26,078	6,243±4,266	6,932±4,426	**10,309±6,691**	8,344±5,592	10,070±6,706
t=		-1,698	-1,479	-1,342	**-1,929**	-1,581	-1,546
p=		0,059	0,105	0,181	**0,009**	0,091	0,061
Antienfeksiyonlar		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	19	**25,579±11,301**	**3,526±1,307**	**3,895±2,378**	**6,632±3,403**	**5,158±2,410**	**6,368±2,813**
Hayır	253	**41,795±26,410**	**6,356±4,326**	**6,387±4,477**	**10,399±6,741**	**8,455±5,678**	**10,198±6,784**
t=		**-2,654**	**-2,837**	**-2,398**	**-2,410**	**-2,510**	**-2,441**
p=		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**

Tablo 4-16. Devamı

Kemoterapiler ve İmmunsupresif İlaçlar		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	38	34,53±25,479	5,526±4,648	5,316±4,319	**8,184±5,594**	7,132±5,715	8,395±6,340
Hayır	234	41,654±25,962	6,261±4,180	6,359±4,413	**10,453±6,740**	8,402±5,544	10,180±6,684
t=		-1,568	-0,989	-1,355	**-1,967**	-1,304	-1,537
p=		0,118	0,324	0,176	**0,028**	0,193	0,125
Kanı Etkileyen İlaçları (Kan Yapıcılar, Sıvı Elektrolit ve Asit Baz Dengesi Düzenleyiciler, Bağışık Sağlayıcılar, Vitaminler)		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	94	**46,543±29,827**	**7,085±4,776**	**7,202±4,937**	**11,500±7,388**	**9,309±6,199**	**11,447±7,442**
Hayır	178	**37,556±23,168**	**5,669±3,865**	**5,691±4,017**	**9,416±6,092**	**7,652±5,141**	**9,129±6,068**
t=		**2,747**	**2,645**	**2,721**	**2,489**	**2,350**	**2,765**
p=		**0,012**	**0,014**	**0,012**	**0,020**	**0,028**	**0,010**
Kardiyovasküler Sistem İlaçları		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	118	40,619±24,937	6,254±4,186	6,263±4,280	10,161±6,495	8,059±5,332	9,881±6,460
Hayır	154	40,695±26,808	6,084±4,305	6,175±4,519	10,117±6,752	8,351±5,767	9,968±6,820
t=		0,024	0,326	0,162	0,054	-0,427	0,106
p=		0,981	0,744	0,872	0,957	0,670	0,916
Böbrek ve Böbreküstü Bezlerini Etkileyen İlaçlar		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	58	**34,879±22,990**	**5,121±3,642**	5,535±4,293	**8,724±6,920**	**7,017±5,083**	**8,483±5,877**
Hayır	214	**42,229±26,548**	**6,439±4,362**	6,397±4,430	**10,519±6,772**	**8,551±5,667**	**10,322±6,810**
t=		**-1,922**	**-2,111**	-1,324	**-1,836**	**-1,868**	**-1,876**
p=		**0,039**	**0,021**	0,187	**0,050**	**0,050**	**0,044**
Gastrointestinal Sistem İlaçları		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	64	44,031±29,034	6,672±4,529	6,578±4,697	10,906±7,302	8,891±6,113	10,984±7,324
Hayır	208	39,625±24,930	6,000±4,155	6,101±4,320	9,899±6,409	8,019±5,397	9,606±6,418
t=		1,188	1,107	0,757	1,063	1,094	1,452
p=		0,276	0,269	0,450	0,289	0,275	0,179
Hormonlar, Diğer Endokrin İlaçları ve Kontraseptifler		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	63	38,064±23,182	5,889±3,840	5,778±3,858	9,492±5,975	7,857±5,199	9,048±5,934
Hayır	209	41,445±26,750	6,239±4,368	6,345±4,560	10,330±6,816	8,335±5,690	10,196±6,848
t=		-0,906	-0,573	-0,894	-0,879	-0,596	-1,202
p=		0,330	0,567	0,330	0,347	0,552	0,197
Antipsikotikler, Mental ve Davranış Bozukluğu İlaçları		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	15	42,600±27,121	7,267±5,405	6,800±4,663	10,467±6,534	8,733±6,006	9,333±7,208
Hayır	257	40,549±25,947	6,093±4,174	6,179±4,399	10,117±6,648	8,195±5,559	9,965±6,634
t=		0,297	1,040	0,530	0,198	0,363	-0,357
p=		0,767	0,421	0,597	0,843	0,717	0,722
Solunum Sistemini Etkileyen İlaçlar		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	30	**50,833±25,240**	**7,733±4,218**	7,333±4,342	**12,467±6,559**	**10,567±5,817**	**12,733±6,968**
Hayır	242	**39,401±25,240**	**5,963±4,218**	6,074±4,404	**9,847±6,595**	**7,934±5,487**	**9,583±6,546**
t=		**2,293**	**2,168**	1,479	**2,053**	**2,463**	**2,469**
p=		**0,023**	**0,031**	0,140	**0,041**	**0,014**	**0,014**
Eklem Hastalıkları İçin Kullanılan İlaçlar		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	17	35,941±25,996	5,294±4,283	5,824±5,114	8,282±6,353	7,235±5,707	8,706±5,977
Hayır	255	40,977±25,984	6,216±4,247	6,239±4,366	10,220±6,652	8,290±5,571	10,012±6,700
t=		-0,774	-0,886	0,376	-0,805	-0,755	-0,783
p=		0,440	0,387	0,707	0,442	0,451	0,434

4.5.1.4. Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin acile başvurma özellikleri ile kronik hastalık yönetimi düzeyi arasındaki ilişki ile ilgili bulgular,

Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin acile başvurma nedenleri ile kronik hastalık yönetimi arasındaki ilişki ile ilgili özellikleri tablo 4-17'de ve acile başvurma sıklıkları ile kronik hastalık yönetimi düzeyleri arasındaki ilişki tablo 4-18'de gösterilmiştir.

Halsizlik Semptomu; Halsizlik semptomu olanların hastalık yönetimi toplam puanları ($\bar{x}$=36,140), halsizlik semptomu olmayanların hastalık yönetimi toplam puanlarından ($\bar{x}$=42,370) düşük bulunmuştur($t_{(304)}$=-2.067; p=0.035<0.05).

Halsizlik semptomu olanların hasta katılımı puanları ($\bar{x}$=5,412), halsizlik semptomu olmayanların hasta katılımı puanlarından ($\bar{x}$=6,391) düşük bulunmuştur($t_{(304)}$=-1.992; p=0.047<0.05).

Halsizlik semptomu olanların amaç belirleme puanları ($\bar{x}$=9,026), halsizlik semptomu olmayanların amaç belirleme puanlarından ($\bar{x}$=10,557) düşük bulunmuştur($t_{(304)}$=-1.993; p=0.042<0.05).

Halsizlik semptomu olanların evet problem çözme puanları ($\bar{x}$=7,219), halsizlik semptomu olmayanların problem çözme puanlarından ($\bar{x}$=8,641) düşük bulunmuştur($t_{(304)}$=-2.202; p=0.025<0.05).

Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin karar verme ve izlem koordinasyon puanları halsizlik değişkenine göre anlamlı faklılık göstermemektedir(p>0.05).

Hipoglisemi/Düşük Kan Şekeri Semptomu; Hipoglisemi semptomu olanların hasta katılımı puanları ($\bar{x}$=3,000), hipoglisemi semptomu olmayanların hasta katılımı puanlarından ($\bar{x}$=6,046) düşük bulunmuştur($t_{(304)}$=-1.029; p=0.000<0.05).

Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi toplam, karar verme, amaç belirleme, problem çözme, izlem koordanisyon puanları hipoglisemi semptomu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir(p>0.05).

Kardiyak Semptomlar; Kardiyak semptomları olanların hasta katılımı puanları ($\bar{x}$=6,833), kardiyak semptomları olmayanların hasta katılımı puanlarından ($\bar{x}$=5,690) yüksek bulunmuştur($t_{(304)}$=2.197; p=0.029<0.05).

Kardiyak semptomları olanların karar verme puanları ($\bar{x}$=6,967), kardiyak semptomlar olmayanların karar verme puanlarından ($\bar{x}$=5,810) yüksek bulunmuştur($t_{(304)}$=2.131; p=0.041<0.05).

Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi toplam, amaç belirleme, problem çözme, izlem koordanisyon puanları kardiyak semptomlar değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir(p>0.05).

Genitoüriner Semptomlar; Genitoüriner semptomları olanların hastalık yönetimi toplam puanları ($\bar{x}$=22,188), genitoüriner semptomları olmayanların hastalık yönetimi toplam puanlarından ($\bar{x}$=41,035) düşük bulunmuştur($t_{(304)}$=-2.898; p=0.000<0.05).

Genitoüriner semptomları olanların hasta katılımı puanları ($\bar{x}$=3,313),genitoüriner semptomları olmayanların hasta katılımı puanlarından ($\bar{x}$=6,176) düşük bulunmuştur($t_{(304)}$=-2.698; p=0.000<0.05).

Genitoüriner semptomları olanların karar verme puanları ($\bar{x}$=3,250), genitoüriner semptomları olmayanların karar verme puanlarından ($\bar{x}$=6,310) düşük bulunmuştur($t_{(304)}$=-2.769; p=0.000<0.05).

Genitoüriner semptomları olanların amaç belirleme puanları ($\bar{x}$=5,563), genitoüriner semptomları olmayanların amaç belirleme puanlarından ($\bar{x}$=10,231) düşük bulunmuştur($t_{(304)}$=-2.816; p=0.000<0.05).

Genitoüriner semptomları olanların problem çözme puanlarından ($\bar{x}$=4,563), genitoüriner semptomları olmayanların problem çözme puanları ($\bar{x}$=8,307) düşük bulunmuştur($t_{(304)}$=-2.682; p=0.000<0.05).

Genitoüriner semptomları olanların izlem koordanisyon puanları ($\bar{x}$=5,500), genitoüriner semptomları olmayanların izlem koordanisyon puanlarından ($\bar{x}$=10,010) düşük bulunmuştur($t_{(304)}$=-2.694; p=0.000<0.05).

Gastrointestinal Semptomlar; Gastrointestinal semptomları olanların hastalık yönetimi toplam puanları ($\bar{x}$=34,553), gastrointestinal semptomları olmayanların hastalık yönetimi toplam puanlarından ($\bar{x}$=42,486) düşük bulunmuştur($t_{(304)}$=-2.520; p=0.008<0.05).

Gastrointestinal semptomları olanların hasta katılımı puanları ($\bar{x}$=5,149), gastrointestinal semptomları olmayanların hasta katılımı puanlarından ($\bar{x}$=6,415) düşük bulunmuştur($t_{(304)}$=-2.468; p=0.010<0.05).

Gastrointestinal semptomları olanların karar verme puanları ($\bar{x}$=5,213), gastrointestinal semptomları olmayanların karar verme puanlarından ($\bar{x}$=6,566) düşük bulunmuştur($t_{(304)}$=-2.532; p=0.007<0.05).

Gastrointestinal semptomları olanların amaç belirleme puanları ($\bar{x}$=8,819), gastrointestinal semptomları olmayanların amaç belirleme puanlarından ($\bar{x}$=10,505) düşük bulunmuştur($t_{(304)}$=-2.095; p=0.030<0.05).

Gastrointestinal semptomları olanların problem çözme puanları ($\bar{x}$=7,053), gastrointestinal semptomları olmayanların problem çözme puanlarından ($\bar{x}$=8,580) düşük bulunmuştur($t_{(304)}$=-2.259; p=0.019<0.05).

Gastrointestinal semptomları olanların evet izlem koordanisyon puanları ($\bar{x}$=8,319), gastrointestinal semptomları olmayanların izlem koordanisyon puanlarından ($\bar{x}$=10,420) düşük bulunmuştur($t_{(304)}$=-2.598; p=0.004<0.05).

Yüksek Ateş, Ağrı, Kanama, Hiperglisemi, Terleme, Ciltte Döküntü Semptomları, Nörolojik Semptomlar ve Solunum Sistemi Semptomları; Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi toplam, hasta katılımı, karar verme, amaç belirleme, problem çözme, izlem koordanisyon puanları yüksek ateş, ağrı, kanama, hiperglisemi, terleme, ciltte döküntü semptomları, nörolojik semptomlar ve solunum sistemi semptomları değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir(p>0.05).

Tablo 4-17. Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Acile Başvurma Nedenleri ile Hastalık Yönetimi Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=306)

Acile Başvurma Sebepleri	n	Hastalık Yönetimi Toplam	Hasta Katılımı	Karar Verme	Amaç Belirleme	Problem Çözme	İzlem Koordanisyon
Ateş		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	63	37,492±24,961	5,603±3,913	5,794±4,159	9,127±6,215	7,667±5,358	9,302±6,379
Hayır	243	40,712±25,807	6,136±4,241	6,243±4,403	10,210±6,602	8,226±5,531	9,897±6,645
t=		-0,888	-0,902	-0,730	-1,174	-0,720	-0,639
p=		0,375	0,368	0,466	0,241	0,472	0,523
Ağrı		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	151	40,629±25,578	6,033±4,156	6,258±4,437	10,238±6,575	8,192±5,572	9,907±6,662
Hayır	155	39,484±25,747	6,019±4,206	6,045±4,277	9,752±6,469	8,032±5,430	9,645±6,529
t=		0,390	0,029	0,428	0,664	0,254	0,348
p=		0,697	0,977	0,669	0,507	0,800	0,728
Halsizlik		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	114	**36,140±23,994**	**5,412±4,033**	5,570±3,987	**9,026±6,093**	**7,219±5,107**	8,912±6,129
Hayır	192	**42,370±26,338**	**6,391±4,225**	6,495±4,528	**10,557±6,725**	**8,641±5,655**	10,287±6,806
t=		**-2,067**	**-1,992**	-1,804	**-1,993**	**-2,202**	-1,771
p=		**0,035**	**0,047**	0,064	**0,042**	**0,025**	0,070
Kanama		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	23	36,348±25,124	5,783±4,431	5,174±3,550	9,087±6,266	7,044±5,156	9,261±6,621
Hayır	283	40,350±25,857	6,046±4,161	6,230±4,405	10,060±6,555	8,198±5,518	9,816±6,597
t=		-0,720	-0,290	-1,120	-0,687	-0,969	-0,388
p=		0,472	0,772	0,264	0,493	0,333	0,698
Hipoglisemi		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	2	32,500±17,678	3,000±0,000	4,000±1,414	10,000±7,071	7,000±4,243	8,500±4,950
Hayır	204	40,099±25,685	6,046±4,181	6,165±4,361	9,987±6,538	8,118±5,504	9,783±6,600
t=		-0,417	-1,029	-0,701	0,003	-0,287	-0,274
p=		0,667	0,000	0,484	0,998	0,775	0,784
Terleme		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	13	43,154±29,487	6,539±5,093	6,846±5,273	10,615±7,752	8,692±6,713	10,462±6,527
Hayır	293	39,911±25,493	6,003±4,138	6,120±4,313	9,959±6,483	8,085±5,444	9,744±6,597
t=		0,446	0,452	0,589	0,354	0,389	0,384
p=		0,656	0,652	0,557	0,723	0,697	0,701
Ciltte Döküntü		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	14	39,143±29,331	6,000±4,540	5,857±4,276	9,500±6,892	7,929±6,070	9,857±7,979
Hayır	292	40,093±25,494	6,027±4,165	6,164±4,361	10,010±6,522	8,120±5,474	9,771±6,528
t=		-0,135	-0,024	-0,258	-0,285	-0,127	0,048
p=		0,893	0,981	0,797	0,776	0,899	0,962
Hiperglisemi		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	16	47,313±26,229	6,313±3,459	7,125±4,759	12,438±6,772	9,438±5,549	12,000±7,146
Hayır	290	39,648±25,581	6,010±4,215	6,097±4,330	9,852±6,500	8,038±5,489	9,652±6,544
t=		1,165	0,281	0,920	1,546	0,992	1,391
p=		0,245	0,779	0,358	0,123	0,322	0,165

Tablo 4-17. Devamı

	n	Hastalık Yönetimi Toplam	Hasta Katılımı	Karar Verme	Amaç Belirleme	Problem Çözme	İzlem Koordanisyon
Nörolojik Semptomlar		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	118	41,144±27,621	6,110±4,424	6,432±4,737	10,288±6,902	8,144±5,589	10,170±7,063
Hayır	188	39,362±24,461	5,973±4,022	5,973±4,093	9,798±6,294	8,090±5,446	9,527±6,274
t=		0,592	0,270	0,898	0,639	0,083	0,831
p=		0,565	0,781	0,386	0,523	0,934	0,420
Kardiyak Semptomlar		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	90	43,867±25,589	**6,833±4,399**	**6,967±4,582**	11,044±6,618	8,478±5,553	10,544±6,802
Hayır	216	38,458±25,535	**5,690±4,041**	**5,810±4,215**	9,546±6,455	7,958±5,553	9,454±6,482
t=		1,687	**2,197**	**2,131**	1,836	0,753	1,322
p=		0,093	**0,029**	**0,041**	0,067	0,452	0,187
Genitoüriner Semptomlar		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	16	**22,188±5,419**	**3,313±1,014**	**3,250±0,775**	**5,563±1,263**	**4,563±1,632**	**5,500±1,095**
Hayır	290	**41,035±25,942**	**6,176±4,232**	**6,310±4,411**	**10,231±6,615**	**8,307±5,564**	**10,010±6,681**
t=		**-2,898**	**-2,698**	**-2,769**	**-2,816**	**-2,682**	**-2,694**
p=		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
Gastrointestinal Semptomlar		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	94	**34,553±22,479**	**5,149±3,767**	**5,213±3,810**	**8,819±6,029**	**7,053±5,015**	**8,319±5,310**
Hayır	212	**42,486±26,594**	**6,415±4,295**	**6,566±4,516**	**10,505±6,687**	**8,580±5,639**	**10,420±6,993**
t=		**-2,520**	**-2,468**	**-2,532**	**-2,095**	**-2,259**	**-2,598**
p=		**0,008**	**0,010**	**0,007**	**0,030**	**0,019**	**0,004**
Solunum Semptomları		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	71	41,394±24,460	6,451±4,375	6,183±4,138	10,183±6,294	8,437±5,310	10,141±6,488
Hayır	235	39,643±26,008	5,898±4,114	6,140±4,421	9,928±6,610	8,013±5,554	9,664±6,624
t=		0,504	0,978	0,072	0,288	0,569	0,534
p=		0,615	0,329	0,942	0,773	0,570	0,594

Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalı yönetimi ile acile başvurma sıklığı arasındaki ilişki tablo 4-18'de gösterilmiştir.

Acile Başvurma Sıklığı; Katılanların hastalık yönetimi toplam, hasta katılımı, karar verme, amaç belirleme, problem çözme, izlem koordanisyon puanları acile başvurma sıklığı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir(p>0.05).

Tablo 4-18. Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Acile Başvurma Sıklığı ile Hastalık Yönetimi Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=306)

Acile Başvurma Sıklığı	n	Hastalık Yönetimi Toplam	Hasta Katılımı	Karar Verme	Amaç Belirleme	Problem Çözme	İzlem Koordanisyon
		x̄±SS	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Ayda Birkaç Kez Ve Daha Az	55	36,800±23,431	5,291±3,510	5,582±4,003	9,309±6,079	7,436±5,174	9,182±6,227
Ayda Bir	30	36,300±25,854	5,600±4,296	5,933±4,631	9,233±6,771	7,533±5,722	8,000±5,180
Yılda Birkaç Kez	**121**	**43,785±27,622**	**6,785±4,568**	**6,628±4,563**	**10,868±7,028**	**8,851±5,823**	**10,653±7,141**
Yılda Bir	100	38,440±23,951	5,640±3,881	5,950±4,188	9,520±6,021	7,760±5,147	9,570±6,376
F=		1,505	2,321	0,894	1,238	1,259	1,634
p=		0,213	0,075	0,445	0,296	0,289	0,181

4.5.2. Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Çalışma Koşulları ile Kronik Hastalık Yönetimi Düzeyi Arasındaki İlişki Ve Farklılaşmayı Gösteren Bulgular;

Bu kısımda, çalışmaya katılan bireylerin çalışma özellikleri ve mesleği ile kronik hastalık yönetimi düzeyi arasındaki ilişki ve farklılaşmayı gösteren bulgular yer almaktadır.

4.5.2.1. Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin çalışma özellikleri ile kronik hastalık yönetimi düzeyi arasındaki ilişki ve farklılaşmayı gösteren bulgular;

Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin çalışma özellikleri ile kronik hastalık yönetimi düzeyi arasındaki ilişki ve farklılaşmayı gösteren bulgular tablo 4-19'da gösterilmiştir.

Çalıştığı Sektör; Özel sektörde çalışan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi toplam puanları ($\bar{x}$=37,450), kamuda çalışan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi toplam puanlarından ($\bar{x}$=43,256) düşük bulunmuştur($t_{(304)}$=-1.980; p=0.049<0.05).

Özel sektörde çalışan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hasta katılımı puanları ($\bar{x}$=5,527), kamuda çalışan Acil servise başvuran kronik hastalıklı

bireylerin hasta katılımı puanlarından ($\bar{x}$=6,642) düşük bulunmuştur(t=-2,342; p=0.02<0.05).

Özel sektörde çalışan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin karar verme puanları ($\bar{x}$=5,651), kamuda çalışan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin karar verme puanlarından ($\bar{x}$=6,766) düşük bulunmuştur(t=-2,245; p=0.027<0.05).

Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin amaç belirleme, problem çözme, izlem koordanisyon puanları sektör değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir(p>0.05).

Çalışan Sayısı;

✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi toplam puanları çalışan sayısı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir(F=13,317; p=0<0.05). Farkın nedeni;

-Çalışan sayısı 50-500 kişi olanların, çalışan sayısı 501-1000 kişi olanların ve çalışan sayısı 1000 kişiden fazla olanların hastalık yönetimi toplam puanlarının çalışan sayısı 50 kişiden az olanların hastalık yönetimi toplam puanlarından yüksek olmasıdır(p<0.05).

✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hasta katılımı puanları çalışan sayısı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir(F=12,050; p=0<0.05). Farkın nedeni;

-Çalışan sayısı 50-500 kişi olanların, çalışan sayısı 501-1000 kişi olanların ve çalışan sayısı 1000 kişiden fazla olanların hasta katılımı puanlarının çalışan sayısı 50 kişiden az olanların hastalık yönetimi toplam puanlarından yüksek olmasıdır(p<0.05).

✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin karar verme puanları çalışan sayısı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir(F=9,959; p=0<0.05). Farkın nedeni;

-Çalışan sayısı 50-500 kişi olanların, çalışan sayısı 501-1000 kişi olanların ve çalışan sayısı 1000 kişiden fazla olanların karar verme puanlarının çalışan sayısı 50 kişiden az olanların hastalık yönetimi toplam puanlarından yüksek olmasıdır(p<0.05).

✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin amaç belirleme puanları çalışan sayısı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir(F=11,448; p=0<0.05). Farkın nedeni;

-Çalışan sayısı 50-500 kişi olanların, çalışan sayısı 501-1000 kişi olanların ve çalışan sayısı 1000 kişiden fazla olanların amaç belirleme puanlarının çalışan sayısı 50 kişiden az olanların hastalık yönetimi toplam puanlarından yüksek olmasıdır(p<0.05).

✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin problem çözme puanları çalışan sayısı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir(F=11,324; p=0<0.05). Farkın nedeni;

-Çalışan sayısı 50-500 kişi olanların, çalışan sayısı 501-1000 kişi olanların ve çalışan sayısı 1000 kişiden fazla olanların problem çözme puanlarının çalışan sayısı 50 kişiden az olanların hastalık yönetimi toplam puanlarından yüksek olmasıdır(p<0.05).

✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin izlem koordanisyon puanları çalışan sayısı değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir(F=13,783; p=0<0.05). Farkın nedeni;

-Çalışan sayısı 50-500 kişi olanların, çalışan sayısı 501-1000 kişi olanların ve çalışan sayısı 1000 kişiden fazla olanların izlem koordinasyon puanlarının çalışan sayısı 50 kişiden az olanların hastalık yönetimi toplam puanlarından yüksek olmasıdır(p<0.05).

Toplam Çalışma Süresi:

✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi toplam puanları toplam çalışma süresi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir(F=2,546; p=0.028<0.05). Farkın nedeni;

-Toplam çalışma süresi 21-25yıl olanların hastalık yönetimi toplam puanlarının toplam çalışma süresi 0-5yıl olanların ve toplam çalışma süresi 6-10yıl olanların hastalık yönetimi toplam puanlarından yüksek olmasıdır(p<0.05).

-Toplam çalışma süresi 25yıl üzeri olanların hastalık yönetimi toplam puanlarının toplam çalışma süresi 6-10yıl olanların hastalık yönetimi toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

- ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin amaç belirleme puanları toplam çalışma süresi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir($F=2,483$; $p=0.032<0.05$). Farkın nedeni;

-Toplam çalışma süresi 21-25yıl olanların amaç belirleme puanlarının toplam çalışma süresi 6-10yıl olanların amaç belirleme puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

-Toplam çalışma süresi 25yıl üzeri olanların amaç belirleme puanlarının toplam çalışma süresi 6-10yıl olanların amaç belirleme puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

- ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin problem çözme puanları toplam çalışma süresi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir($F=2,487$; $p=0.032<0.05$). Farkın nedeni;

-Toplam çalışma süresi 21-25yıl olanların problem çözme puanlarının toplam çalışma süresi 0-5yıl, toplam çalışma süresi 6-10yıl ve toplam çalışma süresi 16-20yıl olanların problem çözme puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

-Toplam çalışma süresi 25yıl üzeri olanların problem çözme puanlarının toplam çalışma süresi 6-10yıl olanların problem çözme puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

- ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin izlem koordanisyon puanları toplam çalışma süresi göre anlamlı farklılık göstermektedir($F=2,431$; $p=0.035<0.05$). Farkın nedeni;

-Toplam çalışma süresi 21-25yıl olanların izlem koordanisyon puanları toplam çalışma süresi 0-5yıl, çalışma süresi 6-10yıl ve puanlarının toplam çalışma süresi 16-20yıl olanların izlem koordanisyon puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

-Toplam çalışma süresi 25yıl üzeri olanların izlem koordanisyon puanlarının toplam çalışma süresi 6-10yıl olanların izlem koordanisyon puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

En Son Çalışılan Yerde Çalışma Süresi;

✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin problem çözme puanları en son çalışılan yerde çalışma süresi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir($F=2,473$; $p=0.032<0.05$). Farkın nedeni;

-En son çalışılan yerde çalışma süresi 25yıl üzeri olanların problem çözme puanlarının en son çalışılan yerde çalışma süresi 0-5yıl ve en son çalışılan yerde çalışma süresi 16-20yıl olanların problem çözme puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

Katılanların hastalık yönetimi toplam, hasta katılımı, karar verme, amaç belirleme, izlem koordanisyon puanları en son çalışılan yerde çalışma süresi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir($p>0.05$).

Sosyal Güvence; Sosyal güvencesi olan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi toplam puanları ($x=40,536$), sosyal güvencesi olmayan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi toplam puanlarından ($x=27,000$) yüksek bulunmuştur($t=1,725$; $p=0.008<0.05$).

Sosyal güvencesi olan acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hasta katılımı puanları ($x=6,109$), sosyal güvencesi olmayan acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hasta katılımı puanlarından ($x=3,818$) yüksek bulunmuştur($t=1,793$; $p=0.002<0.05$).

Sosyal güvencesi olan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin karar verme puanları ($x=6,227$), sosyal güvencesi olmayan Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin karar verme puanlarından ($x=4,091$) yüksek bulunmuştur($t=1,603$; $p=0.004<0.05$).

Sosyal güvencesi olan acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin amaç belirleme puanları ($x=10,119$), sosyal güvencesi olmayan acil servise başvuran kronik

hastalıklı bireylerin amaç belirleme puanlarından (x=6,455) yüksek bulunmuştur(t=1,835; p=0.001<0.05).

Sosyal güvencesi olan acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin izlem koordanisyon puanları (x=9,892), sosyal güvencesi olmayan acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin izlem koordanisyon puanlarından (x=6,636) yüksek bulunmuştur(t=1,614; p=0.021<0.05).

Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin problem çözme puanları sosyal güvence değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir(p>0.05).

Çalışma Durumu ve İş Kazası; Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi toplam, hasta katılımı, karar verme, amaç belirleme, problem çözme, izlem koordanisyon puanları çalışma durumu ve iş kazası değişkenlerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir(p>0.05).

Tablo 4-19. Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Çalışma Özelikleri ile Kronik Hastalık Yönetimi Özelliklerinin Farklılaşma Durumu (N=306)

	n	Hastalık Yönetimi Toplam	Hasta Katılımı	Karar Verme	Amaç Belirleme	Problem Çözme	İzlem Koordanisyon
Çalışma Durumu		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	276	40,641±25,669	6,112±4,166	6,228±4,352	10,120±6,572	8,207±5,481	9,975±6,640
Hayır	30	34,600±25,014	5,233±4,240	5,433±4,345	8,767±6,084	7,233±5,612	7,933±5,848
t=		1,227	1,096	0,950	1,078	0,921	1,617
p=		0,221	0,274	0,343	0,282	0,358	0,081
Sektör		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Özel	169	**37,450±24,535**	**5,527±3,954**	**5,651±4,141**	9,396±6,100	7,598±5,309	9,278±6,346
Kamu	137	**43,256±26,657**	**6,642±4,369**	**6,766±4,536**	10,715±6,976	8,745±5,666	10,387±6,843
t=		**-1,980**	**-2,342**	**-2,245**	-1,763	-1,823	-1,467
p=		**0,049**	**0,020**	**0,027**	0,079	0,069	0,143
Çalışan Sayısı		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
50 Kişiden Az	142	**30,690±21,290**	**4,578±3,499**	**4,782±3,730**	**7,754±5,362**	**6,247±4,660**	**7,331±5,009**
50-500 Kişi	69	**47,217±24,411**	**6,971±4,0011**	**7,116±4,269**	**12,044±6,420**	**9,478±5,138**	**11,609±6,524**
501-1000 Kişi	19	**46,842±25,275**	**7,316±4,295**	**6,632±4,669**	**11,421±6,818**	**9,632±5,600**	**11,842±6,727**
1000 Kişiden Fazla	76	**49,329±28,517**	**7,553±4,611**	**7,711±4,704**	**11,934±7,283**	**9,974±6,162**	**12,158±7,649**
F=		**13,317**	**12,050**	**9,959**	**11,324**	**11,324**	**13,783**
p=		**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**	**0,000**
PostHoc=		**2 > 1, 3 > 1, 4 > 1 (p<0.05)**	**2 > 1, 3 > 1, 4 > 1 (p<0.05)**	**2 > 1, 4 > 1 (p<0.05)**	**2 > 1, 3 > 1, 4 > 1 (p<0.05)**	**2 > 1, 3 > 1, 4 > 1 (p<0.05)**	**2 > 1, 3 > 1, 4 > 1 (p<0.05)**

Tablo 4-19. Devamı

	n	Hastalık Yönetimi Toplam	Hasta Katılımı	Karar Verme	Amaç Belirleme	Problem Çözme	İzlem Koordanisyon
Toplam Çalışma Süresi		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
0-5yıl	45	**34,733±24,922**	5,356±4,184	5,4000±4,213	**8,882±6,454**	**6,933±4,952**	8,222±6,067
6-10yıl	51	**33,392±23,473**	5,235±3,814	5,216±4,017	**8,255±5,892**	**6,843±5,285**	7,843±5,259
11-15yıl	45	**40,467±25,381**	6,178±4,125	6,022±4,104	**9,822±6,520**	**8,156±5,283**	10,289±6,717
16-20yıl	27	**35,040±21,497**	4,815±2,788	5,333±3,659	**8,704±5,105**	**7,037±4,637**	9,370±6,039
21-25yıl	32	**48,688±24,704**	7,406±4,464	7,594±4,226	**11,906±6,161**	**10,125±5,852**	11,656±6,592
25yıl Üzeri	106	**43,943±27,416**	6,519±4,441	6,745±4,731	**11,132±7,031**	**8,868±5,782**	10,679±7,191
F=		**2,546**	2,096	2,073	**2,483**	**2,487**	2,431
p=		**0,028**	0,066	0,069	**0,032**	**0,032**	0,035
PostHoc=		**5 > 1, 5 > 2, 6 > 2 (p<0.05)**			**5 > 2, 6 > 2 (p<0.05)**	**5 > 1, 5 > 2, 6 > 2, 5 > 4 (p<0.05)**	
En Son Çalışılan İşte Çalışma Süresi		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
0-5yıl	108	35,426±24,358	5,185±3,906	5,407±4,142	8,982±6,276	**7,157±5,079**	8,694±6,222
6-10yıl	62	42,016±25,718	6,613±4,392	6,742±4,577	10,226±6,502	**8,710±5,784**	9,726±6,022
11-15yıl	44	41,068±23,122	6,500±4,043	6,091±3,821	10,182±5,974	**8,182±4,843**	10,114±6,146
16-20yıl	22	34,409±22,544	5,000±3,266	5,864±4,346	8,273±5,129	**6,727±4,682**	8,546±6,315
21-25yıl	17	41,059±26,121	6,941±5,250	6,177±4,405	10,235±6,648	**7,588±5,613**	10,118±7,262
25yıl Üzeri	53	48,340±29,404	6,793±4,303	6,177±4,405	12,226±7,554	**10,038±6,297**	12,151±7,722
F=		2,158	2,056	1,430	2,131	**2,473**	2,190
p=		0,059	0,071	0,213	0,062	**0,032**	0,055
PostHoc=						**6 > 1, 6 > 4 (p<0.05)**	

Tablo 4-19. Devamı

	n	Hastalık Yönetimi Toplam	Hasta Katılımı	Karar Verme	Amaç Belirleme	Problem Çözme	İzlem Koordanisyon
Sosyal Güvence		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Var	295	**40,536±25,860**	**6,109±4,216**	**6,227±4,399**	**10,119±6,594**	8,190±5,530	**9,892±6,641**
Yok	11	**27,000±13,297**	**3,818±1,834**	**4,091±1,868**	**6,455±2,697**	6,000±3,975	**6,636±3,880**
t=		**1,725**	**1,793**	**1,603**	**1,835**	1,300	**1,614**
p=		**0,008**	**0,002**	**0,004**	**0,001**	0,104	**0,021**
İş kazası		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	5	54,200±42,050	7,800±6,573	8,600±6,066	13,800±10,354	11,000±8,307	13,000±10,954
Hayır	301	39,814±25,314	5,997±4,134	6,110±4,319	9,924±6,454	8,063±5,441	9,721±6,505
t=		1,246	0,958	1,271	1,318	1,187	1,105
p=		0,488	0,574	0,205	0,450	0,474	0,541

4.5.2.2. Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin mesleği ile kronik hastalık yönetimi düzeyi arasındaki ilişki ve farklılaşmayı gösteren bulgular;

Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin kronik hastalık yönetimi düzeyi ile mesleği arasındaki ilişki ve farklılaşmayı gösteren bulgular tablo 4-20'de gösterilmiştir.

✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin uluslararası standart meslek sınıflandırması (ISCO-08)'na göre hastalık yönetimi toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(8, 297)}$=3,270; p=0,001<0.05). Farkın nedeni;

-Silahlı kuvvetler ile ilgili mesleklerde çalışanların hastalık yönetimi toplam puanlarının ($\bar{x}$=69,556), nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların hastalık yönetimi toplam puanlarından ($\bar{x}$=33,161), yöneticiler konumunda çalışanların hastalık yönetimi toplam puanlarından ($\bar{x}$=38,640), profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların hastalık yönetimi toplam puanlarından ($\bar{x}$=35,538), teknisyenler, teknikerler, yardımcı profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların hastalık yönetimi toplam puanlarından ($\bar{x}$=44,391), büro hizmetlerinde çalışan elemanlar hastalık yönetimi toplam puanlarından ($\bar{x}$=50,367), hizmet ve satış elemanları olarak çalışanların hastalık yönetimi toplam puanlarından ($\bar{x}$=41,444), sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanların hastalık yönetimi toplam puanlarından ($\bar{x}$=37,067), tesis ve makine operatörleri olarak çalışanların hastalık yönetimi toplam puanlarından ($\bar{x}$=33,421), yüksek olmasıdır.

-Büro hizmetlerinde çalışan elemanların hastalık yönetimi toplam puanlarının ($\bar{x}$=50,367), nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların hastalık yönetimi toplam puanlarından ($\bar{x}$=33,161), profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların hastalık yönetimi toplam puanlarından ($\bar{x}$=35,538), sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanların hastalık yönetimi toplam puanlarından ($\bar{x}$=37,067), tesis ve makine operatörleri olarak çalışanların hastalık yönetimi toplam puanlarından ($\bar{x}$=33,421) yüksek olmasıdır.

✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin uluslararası standart meslek sınıflandırması (ISCO-08)'na göre hasta katılımı puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(8, 297)}$=2,255; p=0,024<0.05). Farkın nedeni;

-Silahlı kuvvetler ile ilgili mesleklerde çalışanların hasta katılımı puanlarının ($\bar{x}$=10,333), nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların hasta katılımı puanlarından

($\bar{x}$=5,194), yöneticiler konumunda çalışanların hasta katılımı puanlarından ($\bar{x}$=5,680), profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların hasta katılımı puanlarından ($\bar{x}$=5,638), teknisyenler, teknikerler, yardımcı profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların hasta katılımı puanlarından ($\bar{x}$=6,348), hizmet ve satış elemanları olarak çalışanların hasta katılımı puanlarından ($\bar{x}$=6,306), sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanların hasta katılımı puanlarından ($\bar{x}$=5,300), tesis ve makine operatörleri olarak çalışanların hasta katılımı puanlarından ($\bar{x}$=5,053), yüksek olmasıdır.

-Büro hizmetlerinde çalışan elemanların hasta katılımı puanlarının ($\bar{x}$=7,433), nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların hasta katılımı puanlarından ($\bar{x}$=5,194), profesyonel meslek mensupları olarak çalıanların hasta katılımı puanlarından ($\bar{x}$=5,638), sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanların hasta katılımı puanlarından ($\bar{x}$=5,300), tesis ve makine operatörleri olarak çalışanların hasta katılımı puanlarından ($\bar{x}$=5,053), yüksek olmasıdır.

✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin uluslararası standart meslek sınıflandırması (ISCO-08)'na göre karar verme puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(8, 297)}$=3,442; p=0,001<0.05). Farkın nedeni;

-Silahlı kuvvetler ile ilgili mesleklerde çalışanların karar verme puanlarının ($\bar{x}$=11,444), nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların karar verme puanlarından ($\bar{x}$=5,323), yöneticiler konumunda çalışanların karar verme puanlarından ($\bar{x}$=5,520), profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların karar verme puanlarından ($\bar{x}$=5,263), teknisyenler, teknikerler, yardımcı profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların karar verme puanlarından ($\bar{x}$=7,087), büro hizmetlerinde çalışan elemanların karar verme puanlarından ($\bar{x}$=7,567), hizmet ve satış elemanları olarak çalışanların karar verme puanlarından ($\bar{x}$=6,639), sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanların karar verme puanlarından ($\bar{x}$=5,600), tesis ve makine operatörleri olarak çalışanların karar verme puanlarından ($\bar{x}$=5,000), yüksek olmasıdır.

-Büro hizmetlerinde çalışan elemanların karar verme puanlarının ($\bar{x}$=7,567), nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların karar verme puanlarından ($\bar{x}$=5,323), profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların karar verme puanlarından ($\bar{x}$=5,263), tesis ve makine operatörleri olarak çalışanların karar verme puanlarından ($\bar{x}$=5,000) yüksek olmasıdır.

-Teknisyenler, teknikerler, yardımcı profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların karar verme puanlarının ($\bar{x}$=7,087), profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların karar verme puanlarından ($\bar{x}$=5,263) yüksek olmasıdır.

✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin uluslararası standart meslek sınıflandırmasına (ISCO-08)'na göre amaç belirleme puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(8, 297)}$=3,708; p=0,000<0.05). Farkın nedeni;

-Silahlı kuvvetler ile ilgili mesleklerde çalışanların amaç belirleme puanlarının ($\bar{x}$=18,333), nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların amaç belirleme puanlarından ($\bar{x}$=8,129), yöneticiler konumunda çalışanların amaç belirleme puanlarından ($\bar{x}$=9,320), profesyonel meslek mensupları amaç belirleme puanlarından ($\bar{x}$=8,863), teknisyenler, teknikerler, yardımcı profesyonel meslek mensuplarının amaç belirleme puanlarından ($\bar{x}$=11,087), büro hizmetlerinde çalışan elemanların amaç belirleme puanlarından ($\bar{x}$=12,567), hizmet ve satış elemanları olaeak çalışanların amaç belirleme puanlarından ($\bar{x}$=10,361), sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanların amaç belirleme puanlarından ($\bar{x}$=9,400), tesis ve makine operatörleri olarak çalışanların amaç belirleme puanlarından ($\bar{x}$=8,158)yüksek olmasıdır.

-Büro hizmetlerinde çalışan elemanların amaç belirleme puanlarının ($\bar{x}$=12,567), nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların amaç belirleme puanlarından ($\bar{x}$=8,129), profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların amaç belirleme puanlarından ($\bar{x}$=8,863), tesis ve makine operatörleri olarak çalışanların amaç belirleme puanlarından ($\bar{x}$=8,158) yüksek olmasıdır.

-Teknisyenler, teknikerler, yardımcı profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların amaç belirleme puanlarının ($\bar{x}$=11,087), nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların amaç belirleme puanlarından ($\bar{x}$=8,129) yüksek olmasıdır.

✓ Katılanların iş yeni sınıflandırma göre problem çözme puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(8, 297)}$=2,502; p=0,012<0.05). Farkın nedeni;

-Silahlı kuvvetler ile ilgili mesleklerde çalışanların problem çözme puanlarının ($\bar{x}$=12,889), nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların problem çözme puanlarından ($\bar{x}$=6,584), yöneticiler konumunda çalışanların problem çözme puanlarından ($\bar{x}$=7,920), profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların problem çözme puanlarından ($\bar{x}$=7,225), teknisyenler, teknikerler, yardımcı profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların problem çözme puanlarından ($\bar{x}$=8,913), hizmet ve

satış elemanları olarak çalışanların problem çözme puanlarından ($\bar{x}$=8,250), sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanların problem çözme puanlarından ($\bar{x}$=7,967), tesis ve makine operatörleri olarak çalışanların problem çözme puanlarından ($\bar{x}$=6,684), yüksek olmasıdır.

-Büro hizmetlerinde çalışan elemanların problem çözme puanlarının ($\bar{x}$=10,467), nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların problem çözme puanlarından ($\bar{x}$=6,548), profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların problem çözme puanlarından ($\bar{x}$=7,225), tesis ve makine operatörleri olarak çalışanların problem çözme puanlarından ($\bar{x}$=6,684) yüksek olmasıdır.

✓ Katılanların iş yeni sınıflandırma göre izlem koordanisyon puanları anlamlı farklılık göstermektedir($F_{(8, 297)}$=2,901; p=0,004<0.05). Farkın nedeni;

-Silahlı kuvvetler ile ilgili mesleklerde çalışanların izlem koordanisyon puanlarının ($\bar{x}$=16,556), nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların izlem koordanisyon puanlarından ($\bar{x}$=7,968), yöneticiler konumunda çalışanların izlem koordanisyon puanlarından ($\bar{x}$=10,200), profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların izlem koordanisyon puanlarından ($\bar{x}$=8,550), teknisyenler, teknikerler, yardımcı profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların izlem koordanisyon puanlarından ($\bar{x}$=10,957), hizmet ve satış elemanları olarak çalışanların izlem koordanisyon puanlarından ($\bar{x}$=9,889), sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanların izlem koordanisyon puanlarından ($\bar{x}$=8,800), tesis ve makine operatörleri olarak çalışanların izlem koordanisyon puanlarından ($\bar{x}$=8,526), yüksek olmasıdır.

-Büro hizmetlerinde çalışan elemanların izlem koordanisyon puanlarının ($\bar{x}$=12,333), nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların izlem koordanisyon puanlarından ($\bar{x}$=7,968), profesyonel meslek mensupları olarak çalışanların izlem koordanisyon puanlarından ($\bar{x}$=8,550), sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanların izlem koordanisyon puanlarından ($\bar{x}$=8,800), tesis ve makine operatörleri olarak çalışanların izlem koordanisyon puanlarından ($\bar{x}$=8,526) yüksek olmasıdır.

-Teknisyenler, teknikerler, yardımcı profesyonel meslek mensuplarının izlem koordanisyon puanlarının ($\bar{x}$=10,957), nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanların izlem koordanisyon puanlarından ($\bar{x}$=7,968), profesyonel meslek mensupları izlem koordanisyon puanlarından ($\bar{x}$=8,550) yüksek olmasıdır.

Tablo 4-20. Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Meslek Özellikleri İle Hastalık Yönetimi Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=306)

	Grup	n	x̄	σ	F	p	Fark
Hastalık Yönetimi Toplam	Nitelik Gerektirmeyen İşlerde Çalışanlar	31	33,161	19,133	3,270	**0,001**	**2>1**
	Silahlı Kuvvetler İle İlgili Meslekler	**9**	**69,556**	**31,201**			**6>1**
	Yöneticiler	25	38,640	24,812			**2>3**
	Profesyonel Meslek Mensupları	80	35,538	24,028			**2>4**
	Teknisyenler, Teknikerler, Yardımcı Profesyonel Meslek Mensupları	46	44,391	27,434			**6>4**
	Büro Hizmetlerinde Çalışan Elemanlar	**30**	**50,367**	**25,842**			**2>5**
	Hizmet Ve Satış Elemanları	36	41,444	27,519			**2>6**
	Sanatkarlar Ve İlgili İşlerde Çalışanlar	30	37,067	24,798			**2>7**
	Tesis Ve Makine Operatörleri	19	33,421	20,249			**2>8**
							6>8
							2>9
							6>9
Hasta Katılımı	Nitelik Gerektirmeyen İşlerde Çalışanlar	31	5,194	3,736	2,255	**0,024**	**2>1**
	Silahlı Kuvvetler İle İlgili Meslekler	**9**	**10,333**	**5,268**			**6>1**
	Yöneticiler	25	5,680	4,059			**2>3**
	Profesyonel Meslek Mensupları	80	5,638	4,017			**2>4**
	Teknisyenler, Teknikerler, Yardımcı Profesyonel Meslek Mensupları	46	6,348	4,239			**6>4**
	Büro Hizmetlerinde Çalışan Elemanlar	**30**	**7,433**	**4,415**			**2>5**
	Hizmet Ve Satış Elemanları	36	6,306	4,665			**2>7**
	Sanatkarlar Ve İlgili İşlerde Çalışanlar	30	5,300	3,640			**2>8**
	Tesis Ve Makine Operatörleri	19	5,053	3,171			**6>8**
							2>9
							6>9
Karar Verme	Nitelik Gerektirmeyen İşlerde Çalışanlar	31	5,323	3,600	3,442	**0,001**	**2>1**
	Silahlı Kuvvetler İle İlgili Meslekler	**9**	**11,444**	**5,077**			**6>1**
	Yöneticiler	25	5,520	3,864			**2>3**
	Profesyonel Meslek Mensupları	80	5,263	3,841			**2>4**
	Teknisyenler, Teknikerler, Yardımcı Profesyonel Meslek Mensupları	**46**	**7,087**	**4,843**			**5>4**
	Büro Hizmetlerinde Çalışan Elemanlar	**30**	**7,567**	**3,971**			**6>4**
	Hizmet Ve Satış Elemanları	36	6,639	4,906			**2>5**
	Sanatkarlar Ve İlgili İşlerde Çalışanlar	30	5,600	4,264			**2>6**
	Tesis Ve Makine Operatörleri	19	5,000	3,958			**2>7**
							2>8
							2>9
							6>9

Tablo 4-20. Devamı

	Grup	n	x̄	σ	F	p	Fark
Amaç Belirleme	Nitelik Gerektirmeyen İşlerde Çalışanlar	31	8,129	4,507	3,708	**0,000**	**2>1**
	Silahlı Kuvvetler İle İlgili Meslekler	**9**	**18,333**	**7,937**			**5>1**
	Yöneticiler	25	9,320	5,633			**6>1**
	Profesyonel Meslek Mensupları	80	8,863	6,077			**2>3**
	Teknisyenler, Teknikerler, Yardımcı Profesyonel Meslek Mensupları	**46**	**11,087**	**7,195**			**2>4**
	Büro Hizmetlerinde Çalışan Elemanlar	**30**	**12,567**	**7,157**			**6>4**
	Hizmet Ve Satış Elemanları	36	10,361	6,916			**2>5**
	Sanatkarlar Ve İlgili İşlerde Çalışanlar	30	9,400	6,311			**2>6**
	Tesis Ve Makine Operatörleri	19	8,158	4,610			**2>7** **2>8** **2>9** **6>9**
Problem Çözme	Nitelik Gerektirmeyen İşlerde Çalışanlar	31	6,548	4,241	2,502	**0,012**	
	Silahlı Kuvvetler İle İlgili Meslekler	**9**	**12,889**	**6,864**			**2>1**
	Yöneticiler	25	7,920	5,773			**6>1**
	Profesyonel Meslek Mensupları	80	7,225	5,158			**2>3**
	Teknisyenler, Teknikerler, Yardımcı Profesyonel Meslek Mensupları	46	8,913	5,644			**2>4**
	Büro Hizmetlerinde Çalışan Elemanlar	**30**	**10,467**	**5,637**			**6>4**
	Hizmet Ve Satış Elemanları	36	8,250	5,744			**2>5**
	Sanatkarlar Ve İlgili İşlerde Çalışanlar	30	7,967	5,738			**2>7**
	Tesis Ve Makine Operatörleri	19	6,684	4,321			**2>8** **2>9** **6>9**
İzlem Koordanisyon	Nitelik Gerektirmeyen İşlerde Çalışanlar	31	7,968	5,128	2,901	**0,004**	
	Silahlı Kuvvetler İle İlgili Meslekler	**9**	**16,556**	**9,207**			**2>1**
	Yöneticiler	25	10,200	6,519			**5>1**
	Profesyonel Meslek Mensupları	80	8,550	6,008			**6>1**
	Teknisyenler, Teknikerler, Yardımcı Profesyonel Meslek Mensupları	**46**	**10,957**	**7,202**			**2>3**
	Büro Hizmetlerinde Çalışan Elemanlar	**30**	**12,333**	**7,058**			**2>4**
	Hizmet Ve Satış Elemanları	36	9,889	6,832			**5>4**
	Sanatkarlar Ve İlgili İşlerde Çalışanlar	30	8,800	5,720			**6>4**
	Tesis Ve Makine Operatörleri	19	8,526	5,621			**2>5** **2>7** **2>8** **6>8** **2>9** **6>9**

Tek Yönlü Varyans Analizi

4.5.2.3. Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin çalıştıkları işyerindeki hastalık yönetimi olanakları ile kronik hastalık yönetimi düzeyi arasındaki ilişki ve farklılaşmayı gösteren bulgular;

Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin çalıştıkları işyerindeki hastalık yönetimi olanakları ile kronik hastalık yönetimi özellikleri ile ilgili bulgular Tablo 4-21'de verilmiştir.

İlk Başvurulan Yer:

- ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi toplam puanları ilk başvurulan yer değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir($F=17,917$; $p=0<0.05$). Farkın nedeni;

-İlk başvurulan yer işyeri sağlık birimi olanların hastalık yönetimi toplam puanlarının ilk başvurulan yer devlet hastanesi acil servisleri olanların hastalık yönetimi toplam puanlarından, ilk başvurulan yer özel hastaneler olanların hastalık yönetimi toplam puanlarından, ilk başvurulan yer aile sağlığı merkezi olanların hastalık yönetimi toplam puanlarından, ilk başvurulan yer üniversite hastanesi olanların hastalık yönetimi toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

-İlk başvurulan yer devlet hastanesi acil servisleri olanların hastalık yönetimi toplam puanlarının ilk başvurulan yer aile sağlığı merkezi olanların hastalık yönetimi toplam puanlarından, ilk başvurulan yer üniversite hastanesi olanların hastalık yönetimi toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

-İlk başvurulan yer özel hastaneler olanların hastalık yönetimi toplam puanlarının ilk başvurulan yer aile sağlığı merkezi olanların hastalık yönetimi toplam puanlarından, ilk başvurulan yer üniversite hastanesi olanların hastalık yönetimi toplam puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

- ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hasta katılımı puanları ilk başvurulan yer değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir($F=17,160$; $p=0<0.05$). Farkın nedeni;

-İlk başvurulan yer işyeri sağlık birimi olanların hasta katılımı puanlarının ilk başvurulan yer devlet hastanesi acil servisleri olanların hasta katılımı puanlarından, ilk başvurulan yer özel hastaneler olanların hasta katılımı puanlarından, ilk başvurulan yer aile sağlığı merkezi olanların hasta katılımı puanlarından, ilk başvurulan yer üniversite hastanesi olanların hasta katılımı puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

-İlk başvurulan yer devlet hastanesi acil servisleri olanların hasta katılımı puanlarının ilk başvurulan yer aile sağlığı merkezi olanların hasta katılımı puanlarından, ilk başvurulan yer üniversite hastanesi olanların hasta katılımı puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

-İlk başvurulan yer özel hastaneler olanların hasta katılımı puanlarının ilk başvurulan yer aile sağlığı merkezi olanların hasta katılımı puanlarından, ilk başvurulan yer üniversite hastanesi olanların hasta katılımı puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

- ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin karar verme puanları ilk başvurulan yer değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir($F=15,471$; $p=0<0.05$). Farkın nedeni;

-İlk başvurulan yer işyeri sağlık birimi olanların karar verme puanlarının ilk başvurulan yer devlet hastanesi acil servisleri olanların karar verme puanlarından, ilk başvurulan yer özel hastaneler olanların karar verme puanlarından, ilk başvurulan yer aile sağlığı merkezi olanların karar verme puanlarından, ilk başvurulan yer üniversite hastanesi olanların karar verme puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

-İlk başvurulan yer devlet hastanesi acil servisleri olanların karar verme puanlarının ilk başvurulan yer üniversite hastanesi olanların karar verme puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

- ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin amaç belirleme puanları ilk başvurulan yer değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir($F=19,700$; $p=0<0.05$). Farkın nedeni;

-İlk başvurulan yer işyeri sağlık birimi olanların amaç belirleme puanlarının ilk başvurulan yer devlet hastanesi acil servisleri olanların amaç belirleme puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

-İlk başvurulan yer işyeri sağlık birimi olanların amaç belirleme puanlarının ilk başvurulan yer özel hastaneler olanların amaç belirleme puanlarından, ilk başvurulan yer aile sağlığı merkezi olanların amaç belirleme puanlarından, ilk başvurulan yer üniversite hastanesi olanların amaç belirleme puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

-İlk başvurulan yer özel hastaneler olanların amaç belirleme puanlarının ilk başvurulan yer aile sağlığı merkezi olanların amaç belirleme puanlarından ilk başvurulan yer üniversite hastanesi olanların amaç belirleme puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

- ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin problem çözme puanları ilk başvurulan yer değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir($F=15,416$; $p=0<0.05$). Farkın nedeni;

-İlk başvurulan yer işyeri sağlık birimi olanların problem çözme puanlarının ilk başvurulan yer devlet hastanesi acil servisleri olanların problem çözme puanlarından, ilk başvurulan yer özel hastaneler olanların problem çözme puanlarından, ilk başvurulan yer aile sağlığı merkezi olanların problem çözme

puanlarından, ilk başvurulan yer üniversite hastanesi olanların problem çözme puanlarındanyüksek olmasıdır(p<0.05).

-İlk başvurulan yer özel hastaneler olanların problem çözme puanlarının ilk başvurulan yer aile sağlığı merkezi olanların problem çözme puanlarından, ilk başvurulan yer üniversite hastanesi olanların problem çözme puanlarından yüksek olmasıdır(p<0.05).

- ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin izlem koordanisyon puanları ilk başvurulan yer değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir(F=12,696; p=0<0.05). Farkın nedeni;

-İlk başvurulan yer özel hastaneler olanların izlem koordanisyon puanlarının ilk başvurulan yer devlet hastanesi acil servisleri olanların izlem koordanisyon puanlarından, ilk başvurulan yer aile sağlığı merkezi olanların izlem koordanisyon puanlarından, ilk başvurulan yer üniversite hastanesi olanların izlem koordanisyon puanlarından yüksek olmasıdır(p<0.05).

-İlk başvurulan yer işyeri sağlık birimi olanların izlem koordanisyon puanlarının ilk başvurulan yer devlet hastanesi acil servisleri olanların izlem koordanisyon puanlarından, ilk başvurulan yer özel hastaneler olanların izlem koordanisyon puanlarından, ilk başvurulan yer aile sağlığı merkezi olanların izlem koordanisyon puanlarından, ilk başvurulan yer üniversite hastanesi olanların izlem koordanisyon puanlarından yüksek olmasıdır(p<0.05).

İşyeri Sağlık Birimlerinden Hizmet Alma:

İşyeri sağlık birimlerinden hizmet alma değişkeninde hizmet alıyorum cevabını veren acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi toplam puanları (x=53,225), işyeri sağlık birimlerinden hizmet alma değişkeninde hizmet almıyorum cevabını veren acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi toplam puanlarından (x=21,727) yüksek bulunmuştur(t=13,326; p=0<0.05).

İşyeri sağlık birimlerinden hizmet alma değişkeninde alıyorum cevabını veren acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hasta katılımı puanları (x=7,989), işyeri sağlık birimlerinden hizmet alma değişkeninde almıyorum cevabını veren acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hasta katılımı puanlarından (x=3,297) yüksek bulunmuştur(t=11,642; p=0<0.05).

İşyeri sağlık birimlerinden hizmet alma değişkeninde alıyorum cevabını veren acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin karar verme puanları (x=8,169), işyeri sağlık birimlerinden hizmet alma değişkeninde almıyorum cevabını veren acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin karar verme puanlarından (x=3,344) yüksek bulunmuştur(t=11,421; p=0<0.05).

İşyeri sağlık birimlerinden hizmet alma değişkeninde alıyorum cevabını veren acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin amaç belirleme puanları (x=13,202), işyeri sağlık birimlerinden hizmet alma değişkeninde almıyorum cevabını veren acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin amaç belirleme puanlarından (x=5,516) yüksek bulunmuştur(t=12,470; p=0<0.05).

İşyeri sağlık birimlerinden hizmet alma değişkeninde alıyorum cevabını veren acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin problem çözme puanları (x=10,826), işyeri sağlık birimlerinden hizmet alma değişkeninde almıyorum cevabını veren acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin problem çözme puanlarından (x=4,336) yüksek bulunmuştur(t=12,538; p=0<0.05).

İşyeri sağlık birimlerinden hizmet alma değişkeninde alıyorum cevabını veren acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin izlem koordanisyon puanları (x=13,039), işyeri sağlık birimlerinden hizmet alma değişkeninde almıyorum cevabını veren acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin izlem koordanisyon puanlarından (x=5,234) yüksek bulunmuştur(t=12,595; p=0<0.05).

Hizmet Alınan Sağlık Birimi:

- ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi toplam puanları hizmet alınan sağlık birimi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir(F=105,011; p=0<0.05). Farkın nedeni;

-Hizmet alınan sağlık birimi iş yeri sağlık birimi olanların hastalık yönetimi toplam puanlarının hizmet alınan sağlık birimi ortak sağlık ve güvenlik birimi olanların hastalık yönetimi toplam puanlarından, hizmet alınan sağlık birimi hiç olmayanların hastalık yönetimi toplam puanlarından yüksek olmasıdır(p<0.05).

-Hizmet alınan sağlık birimi ortak sağlık ve güvenlik birimi olanların hastalık yönetimi toplam puanlarının hizmet alınan sağlık birimi hiç olmayanların hastalık yönetimi toplam puanlarından yüksek olmasıdır(p<0.05).

- ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hasta katılımı puanları hizmet alınan sağlık birimi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir(F=81,393; p=0<0.05). Farkın nedeni;

-Hizmet alınan sağlık birimi iş yeri sağlık birimi olanların hasta katılımı puanlarının hizmet alınan sağlık birimi ortak sağlık ve güvenlik birimi olanların hasta katılımı puanlarından, hizmet alınan sağlık birimi hiç olmayanların hasta katılımı puanlarından yüksek olmasıdır(p<0.05).

-Hizmet alınan sağlık birimi ortak sağlık ve güvenlik birimi olanların hasta katılımı puanlarının hizmet alınan sağlık birimi hiç olmayanların hasta katılımı puanlarından yüksek olmasıdır(p<0.05).

- ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin karar verme puanları hizmet alınan sağlık birimi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir(F=79,480; p=0<0.05). Farkın nedeni;

-Hizmet alınan sağlık birimi iş yeri sağlık birimi olanların karar verme puanlarının hizmet alınan sağlık birimi ortak sağlık ve güvenlik birimi olanların karar verme puanlarından, hizmet alınan sağlık birimi hiç olmayanların karar verme puanlarından yüksek olmasıdır(p<0.05).

-Hizmet alınan sağlık birimi ortak sağlık ve güvenlik birimi olanların karar verme puanlarının hizmet alınan sağlık birimi hiç olmayanların karar verme puanlarından yüksek olmasıdır(p<0.05).

- ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin amaç belirleme puanları hizmet alınan sağlık birimi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir(F=92,814; p=0<0.05). Farkın nedeni;

-Hizmet alınan sağlık birimi iş yeri sağlık birimi olanların amaç belirleme puanlarının hizmet alınan sağlık birimi ortak sağlık ve güvenlik birimi olanların amaç belirleme puanlarından, hizmet alınan sağlık birimi hiç olmayanların amaç belirleme puanlarından yüksek olmasıdır(p<0.05).

-Hizmet alınan sağlık birimi ortak sağlık ve güvenlik birimi olanların amaç belirleme puanlarının hizmet alınan sağlık birimi hiç olmayanların amaç belirleme puanlarından yüksek olmasıdır(p<0.05).

- ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin problem çözme puanları hangi sağlık birimi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir(F=94,746; p=0<0.05). Farkın nedeni;

-Hizmet alınan sağlık birimi iş yeri sağlık birimi olanların problem çözme puanlarının hizmet alınan sağlık birimi ortak sağlık ve güvenlik birimi olanların problem çözme puanlarında, hizmet alınan sağlık birimi hiç olmayanların problem çözme puanlarından yüksek olmasıdır(p<0.05).

-Hizmet alınan sağlık birimi ortak sağlık ve güvenlik birimi olanların problem çözme puanlarının hizmet alınan sağlık birimi hiç olmayanların problem çözme puanlarından yüksek olmasıdır(p<0.05).

- ✓ Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin izlem koordanisyon puanları hizmet alınan sağlık birimi değişkenine göre anlamlı farklılık göstermektedir(F=85,954; p=0<0.05). Farkın nedeni;

-Hizmet alınan sağlık birimi iş yeri sağlık birimi olanların izlem koordanisyon puanlarının hizmet alınan sağlık birimi ortak sağlık ve güvenlik birimi olanların izlem koordanisyon puanlarından, hizmet alınan sağlık birimi hiç olmayanların izlem koordanisyon puanlarından yüksek olmasıdır(p<0.05).

-Hizmet alınan sağlık birimi ortak sağlık ve güvenlik birimi olanların izlem koordanisyon puanlarının hizmet alınan sağlık birimi hiç olmayanların izlem koordanisyon puanlarından yüksek olmasıdır($p<0.05$).

İşe Giriş Muayenesi:

İşe giriş muayenesi olan acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin hastalık yönetimi toplam puanları (x=57,766), işe giriş muayenesi olmayanların hastalık yönetimi toplam puanlarından (x=25,686) yüksek bulunmuştur(t=13,903; $p=0<0.05$).

İşe giriş muayenesi olanların hasta katılımı puanları (x=8,533), işe giriş muayenesi olmayanların hasta katılımı puanlarından (x=3,994) yüksek bulunmuştur(t=11,230; $p=0<0.05$).

İşe giriş muayenesi olanların karar verme puanları (x=8,854), işe giriş muayenesi olmayanların karar verme puanlarından (x=3,959) yüksek bulunmuştur(t=11,799; $p=0<0.05$).

İşe giriş muayenesi olanların amaç belirleme puanları (x=14,336), işe giriş muayenesi olmayanların amaç belirleme puanlarından (x=6,462) yüksek bulunmuştur(t=13,102; $p=0<0.05$).

İşe giriş muayenesi olanların problem çözme puanları (x=11,847), işe giriş muayenesi olmayanların problem çözme puanlarından (x=5,083) yüksek bulunmuştur(t=13,542; $p=0<0.05$).

İşe giriş muayenesi olanların izlem koordanisyon puanları (x=14,197), işe giriş muayenesi olmayanların izlem koordanisyon puanlarından (x=6,189) yüksek bulunmuştur(t=13,270; $p=0<0.05$).

Periyodik Sağlık Değerlendirmesi:

Periyodik sağlık değerlendirmesi olanların hastalık yönetimi toplam puanları (x=61,471), periyodik sağlık değerlendirmesi olmayanların hastalık yönetimi toplam puanlarından (x=31,810) yüksek bulunmuştur(t=10,593; $p=0<0.05$).

Periyodik sağlık değerlendirmesi olanların hasta katılımı puanları (x=8,800), periyodik sağlık değerlendirmesi olmayanların hasta katılımı puanlarından (x=4,959) yüksek bulunmuştur(t=7,901; $p=0<0.05$).

Periyodik sağlık değerlendirmesi olanların karar verme puanları (x=9,353), periyodik sağlık değerlendirmesi olmayanların karar verme puanlarından (x=4,919) yüksek bulunmuştur(t=8,965; $p=0<0.05$).

Periyodik sağlık değerlendirmesi olanların amaç belirleme puanları (x=15,424), periyodik sağlık değerlendirmesi olmayanların amaç belirleme puanlarından (x=7,896) yüksek bulunmuştur(t=10,539; p=0<0.05).

Periyodik sağlık değerlendirmesi olanların problem çözme puanları (x=12,588), periyodik sağlık değerlendirmesi olmayanların problem çözme puanlarından (x=6,389) yüksek bulunmuştur(t=10,239; p=0<0.05).

Periyodik sağlık değerlendirmesi olanların izlem koordanisyon puanları (x=15,306), periyodik sağlık değerlendirmesi olmayanların izlem koordanisyon puanlarından (x=7,647) yüksek bulunmuştur(t=10,664; p=0<0.05).

Kronik Hastalık Takibi:

Kronik hastalık takibi olanların hastalık yönetimi toplam puanları (x=71,234), kronik hastalık takibi olmayanların hastalık yönetimi toplam puanlarından (x=34,390) yüksek bulunmuştur(t=10,592; p=0<0.05).

Kronik hastalık takibi olanların hasta katılımı puanları (x=11,340), kronik hastalık takibi olmayanların hasta katılımı puanlarından (x=5,062) yüksek bulunmuştur(t=11,279; p=0<0.05).

Kronik hastalık takibi olanların karar verme puanları (x=11,489), kronik hastalık takibi olmayanların karar verme puanlarından (x=5,182) yüksek bulunmuştur(t=10,716; p=0<0.05).

Kronik hastalık takibi olanların amaç belirleme puanları (x=17,426), kronik hastalık takibi olmayanların amaç belirleme puanlarından (x=8,637) yüksek bulunmuştur(t=9,700; p=0<0.05).

Kronik hastalık takibi olanların problem çözme puanları (x=14,702), kronik hastalık takibi olmayanların problem çözme puanlarından (x=6,915) yüksek bulunmuştur(t=10,394; p=0<0.05).

Kronik hastalık takibi olanların izlem koordanisyon puanları (x=16,277), kronik hastalık takibi olmayanların izlem koordanisyon puanlarından (x=8,595) yüksek bulunmuştur(t=8,099; p=0<0.05).

İşe Geri Dönüş Muayenesi:

İşe geri dönüş muayenesi olanların hastalık yönetimi toplam puanları (x=70,000), işe geri dönüş muayenesi olmayanların hastalık yönetimi toplam puanlarından (x=38,720) yüksek bulunmuştur(t=4,436; p=0<0.05).

İşe geri dönüş muayenesi olanların hasta katılımı puanları (x=11,154), işe geri dönüş muayenesi olmayanların hasta katılımı puanlarından (x=5,799) yüksek bulunmuştur(t=4,678; p=0<0.05).

İşe geri dönüş muayenesi olanların karar verme puanları (x=11,769), işe geri dönüş muayenesi olmayanların karar verme puanlarından (x=5,901) yüksek bulunmuştur(t=4,938; p=0<0.05).

İşe geri dönüş muayenesi olanların amaç belirleme puanları (x=17,154), işe geri dönüş muayenesi olmayanların amaç belirleme puanlarından (x=9,669) yüksek bulunmuştur(t=4,151; p=0<0.05).

İşe geri dönüş muayenesi olanların problem çözme puanları (x=13,769), işe geri dönüş muayenesi olmayanların problem çözme puanlarından (x=7,860) yüksek bulunmuştur(t=3,883; p=0<0.05).

İşe geri dönüş muayenesi olanların izlem koordanisyon puanları (x=16,154), işe geri dönüş muayenesi olmayanların izlem koordanisyon puanlarından (x=9,492) yüksek bulunmuştur(t=3,640; p=0<0.05).

Tablo 4-21. Acil servise başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Çalıştığı İşyerinde Hastalık Yönetimi İle İlgili Olanakları ile Hastalık Yönetimi Özelliklerinin Karşılaştırılması (N=306)

	n	Hastalık Yönetimi Toplam	Hasta Katılımı	Karar Verme	Amaç Belirleme	Problem Çözme	İzlem Koordanisyon
İlk Başvurulan Yer		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Devlet Hastanesi Acil Servisleri	171	**38,257±24,220**	**5,842±4,056**	**6,059±4,308**	9,444±6,176	7,637±5,606	9,275±6,205
Özel Hastaneler	38	**43,290±26,708**	**6,184±4,248**	5,737±3,909	**10,526±6,154**	**9,263±6,267**	**11,579±7,295**
Aile Sağlığı Merkezi	24	28,208±18,304	3,875±2,559	4,417±3,147	7,333±5,164	5,875±4,246	6,708±4,080
İşyeri Sağlık Birimi	27	**73,444±21,412**	**11,370±3,639**	**11,556±3,724**	**19,037±5,606**	**14,741±5,446**	**16,741±7,003**
Üniversite Hastanesi	46	30,609±18,890	4,565±2,865	4,565±3,264	7,630±4,683	6,196±4,075	7,652±5,043
F=		17,917	17,160	15,471	19,700	15,416	12,696
p=		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
PostHoc=		**4 > 1, 4 > 2, 1 > 3, 2 > 3, 4 > 3, 1 > 5, 2 > 5, 4 > 5 (p<0.05)**	**4 > 1, 4 > 2, 1 > 3, 2 > 3, 4 > 3, 1 > 5, 2 > 5, 4 > 5 (p<0.05)**	**4 > 1, 4 > 2, 4 > 3, 1 > 5, 4 > 5 (p<0.05)**	**4 > 1, 4 > 2, 2 > 3, 4 > 3, 2 > 5, 4 > 5 (p<0.05)**	**4 > 1, 4 > 2, 2 > 3, 4 > 3, 2 > 5, 4 > 5 (p<0.05)**	**2 > 1, 4 > 1, 4 > 2, 2 > 3, 4 > 3, 2 > 5, 4 > 5 (p<0.05)**
İşyeri Sağlık Birimlerinden Hizmet Alma		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Alıyorum	178	**53,225±26,009**	**7,989±4,363**	**8,169±4,601**	**13,202±6,746**	**10,826±5,701**	**13,039±6,928**
Almıyorum	128	21,727±7,276	3,297±1,554	3,344±1,519	5,516±2,073	4,336±1,564	5,234±1,245
t=		13,326	11,642	11,421	12,470	12,538	12,595
p=		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Tablo 4-21. Devamı

	n	Hastalık Yönetimi Toplam	Hasta Katılımı	Karar Verme	Amaç Belirleme	Problem Çözme	İzlem Koordanisyon
Hizmet Alınan Sağlık Birimi		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
İş Yeri Sağlık Birimi	133	**56,346±26,005**	**8,549±4,406**	**8,729±4,435**	**13,880±6,923**	**11,571±5,713**	**13,617±7,032**
Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimi	48	**44,667±23,306**	**6,417±3,853**	**6,688±4,613**	**11,542±5,724**	**8,750±4,936**	**11,271±6,239**
Hiçbiri	125	20,936±5,329	3,192±1,262	3,200±1,238	5,248±1,255	4,184±1,291	5,112±0,815
F=		105,011	81,393	79,480	92,814	94,746	85,954
p=		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
PostHoc=		**1 > 2, 1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)**	**1 > 2, 1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)**	**1 > 2, 1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)**	**1 > 2, 1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)**	**1 > 2, 1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)**	**1 > 2, 1 > 3, 2 > 3 (p<0.05)**
İşe Giriş Muayenesi		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	137	**57,766±25,236**	**8,533±4,349**	**8,854±4,587**	**14,336±6,557**	**11,847±5,610**	**14,197±6,852**
Hayır	169	25,686±14,607	3,994±2,656	3,959±2,557	6,462±3,828	5,083±2,947	6,189±3,442
t=		13,903	11,230	11,799	13,102	13,542	13,270
p=		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Periyodik Sağlık Değerlendirmesi		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	85	**61,471±23,540**	**8,800±4,245**	**9,353±4,361**	**15,424±6,084**	**12,588±5,364**	**15,306±6,451**
Hayır	221	31,810±21,296	4,959±3,629	4,919±3,673	7,896±5,399	6,389±4,485	7,647±5,279
t=		10,593	7,901	8,965	10,539	10,239	10,664
p=		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Kronik Hastalık Takibi		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	47	**71,234±23,472**	**11,340±4,061**	**11,489±3,850**	**17,426±6,483**	**14,702±5,237**	**16,277±7,076**
Hayır	259	34,390±21,655	5,062±3,404	5,182±3,688	8,637±5,566	6,915±4,628	8,595±5,766
t=		10,592	11,279	10,716	9,700	10,394	8,099
p=		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Tablo 4-21. Devamı

	n	Hastalık Yönetimi Toplam	Hasta Katılımı	Karar Verme	Amaç Belirleme	Problem Çözme	İzlem Koordanisyon
İşe Geri Dönüş Muayenesi		**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**	**x̄±SS**
Evet	13	**70,000±20,853**	**11,154±3,484**	**11,769±3,632**	**17,154±5,829**	**13,769±5,388**	**16,154±6,694**
Hayır	287	38,720±25,029	5,799±4,060	5,901±4,214	9,669±6,382	7,860±5,369	9,492±6,447
t=		4,436	4,678	4,938	4,151	3,883	3,640
p=		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

5. TARTIŞMA

Acile başvuran kronik hastalıklı bireylerin çalışma koşulları ve kronik hastalık yönetimi özelliklerinin belirlenmesi amacıyla yaptığımız bu çalışmanın sonuçlarında acil servislere başvuran ve şu an aktif olarak çalışmakta olan kişilerin, çalıştıkları iş yerinde kronik hastalıklarının yönetimine yönelik etkili bir hizmet almadıkları belirlenmiştir.

Çalışma bulguları iş yeri sağlık biriminde kronik hastalıkların izlemine yönelik gerekli önlemler alınırsa, gerekli faaliyetler sürdürülürse bu bireylerin acil servis birimlerine başvurma sıklıklarında düşüşler olacağı konusunda temel veri sağlanmıştır.

Çalışmada elde edilen bulguların tartışması aşağıda sunulmuştur.

- Hala iş görmekte olan acil servise başvuran kronik hastalıklı 306 bireyin, erkek sayısının kadın sayısından fazla olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların eğitim durumu üniversite mezunu olanların sayıca en fazla olması çalışmada profesyonel meslek grubu içinde olanların sayıca fazla olduğunu göstermektedir (bkz. Tablo 4-9).

- Kronik hastalıkları ile ilgili özelliklerine bakıldığında büyük çoğunluğunun hipertansiyon ve kan kanseri tanılarının komplikasyonları nedeniyle acil servise başvurduğu ve büyük çoğunluğunun kardiyovasküler sistem ilaçları kullandığı görülmüştür. Dönmez Ak'ın da çalışmasında katılımcıların hipertansiyon tanısı alanları %44 oranında bulunmuştur (Dönmez Ak, 2017). Ülkemizde ve dünyada kalp ve damar hastalıklaırndan ölümün %40'dan fazla olduğu göz önüne alınırsa çalışmadaki katılımcıların toplam popülasyonla uyumlu olduğu görülmüştür (Dünya Sağlık Örgütü, 2021).

- Acil sevise başvurma nedenlerine bakıldığında en çok ağrı şikayetiyle başvurdukları dikkati çekmektedir. Acil servise başvuran kronik hastalıklı bu bireylerin zaten var olan kronik hastalıkları ile ilgili şikayetleri devam ediyorken ateş, ağrı gibi semptomlarının da olması eğer bir iş yeri sağlık birimi kontrolünde olsaydı elimine edilebilirdi. Bu şikayet ve semptomlar kontrol edilemediğinde katılımcı bireylerin yılda bir kaç kez acil servise başvurdukları (%39,5) ve son altı ayda acile başvurularının 3,5±6,6 olduğu yani yılda 18 kezden fazla olduğu görülmüştür. Uğrak ve ark. yaptığı çalışmaya göre, son ayda sağlık kontrollerine gitme sıklığı kronik hastalığı olan bireylerde %47,6 olarak bulunmuştur (Uğrak, Uzuntarla , Cihangiroğlu, & Akyüz, 2016).

- Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin büyük bir kısmı 50 kişiden az çalışanı bulunan iş yerlerinde çalışmaktadır. 50 kişiden az çalışanı olan iş yerlerinde sağlık birimi bulundurması zorunlu olmadığı için bireylerin varolan sağlık problemleri ile ilgili oluşabilecek sorunlara çözüm bulunamamaktadır. Kronik hastalık yönetimine yönelik risk faktörleri belirlenememektedir. Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin çalışma süreleri değerlendirildiğinde %34'ü hayatları boyunca toplam çalışma sürelerinin 26 yıl ve üzeri olarak tespit edilmiş ve tümverilerin ortalamasında toplam çalışma yılı 19,5yıl olarak bulunmuştur. En son çalıştıkları işte çalışma sürelerine bakıldığında ise %35'inin 0-5 yıl arasında çalışmış olduğu ve tüm verilerin ortalamasında en son çalışma süresi 12,6yıl olarak tespit edilmiştir. Bu durumdan dolayı uzun süre çalışan kişilerin maruziyetlerinin fazla olması kronik hastalıkların artmasına ve var olan kronik hastalıkların da kötüleşmesine sebep olmaktadır.

- Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin büyük çoğunluğu profesyonel meslek gruplarına (Bilim ve mühendislik alanlarındaki profesyonel meslek mensupları, Sağlık profesyonelleri, Eğitim ile ilgili profesyonel meslek mensupları, İş ve yönetim ile ilgili profesyonel meslek mensupları, Bilgi ve iletişim teknolojisi ile ilgili profesyonel meslek mensupları, Hukuk, sosyal ve kültür ile ilgili profesyonel meslek mensupları…) ait biş işte çalışmakta, ayrıntılı bakıldığında ise masa başı iş yaptıkları gözlemlenmektedir. Türkiyede bütün iş kollarına bakıldığında %90'ının 50 kişiden az çalışanı olan iş yerleridir. İş sağlığı birimi mevzuatına göre böyle bir durumda böyle bir durumda iş sağlığı biriminin kurulmasına gerek olmadığı, ortak sağlık ve güvenlik birimlerinden hizmet alınabileceği bulunmaktadır. Iş yerinde iş sağlığı birimi üyelerinin 24 saat çalışan ile bulunmamasından dolayı bu iş yererinde çalışan insanlara etkili sağlık hizmeti verilemeyip bireylerin gelişen komplikasyonlarla acil servis birimlerine başvurularının artmasına sebep olmaktadır.

- Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin, kronik hastalık yönetimi puanlarına bakıldığında hastalık yönetimi toplam puanları ortalamanın üzerinde olmasına rağmen alt boyutlardaki puanlar ortalma puanın altında olduğu görülmüştür.Kronik hastalık yönetimi ölçeğinde puanın artması hastalık yönetiminin iyi düzeyde olduğunu, ölçek puanının düşük olması hastalık yönetiminin iyi düzeyde olmadığını göstermektedir. Çalışmaya katılan bireylerin kronik hastalık yönetimiölçeği alt puanlarının düşük olması kronik hastalık yönetimlerinin iyi olmadığını ve bu durumda iş yerinde sağlık imkanlarının iyi olmadığı ve iş yeri sağlık biriminden hizmet

almıyor olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin acile başvurmuş olmaları kronik hastalık yönetim düzeyleri düşük olmasından kaynaklanmaktadır ve bu durum ise hem bireysel olarak hem de iş yerinde kronik hastalık yönetiminin düşük olmasındandır. Bunun sebebi ise iş yerinde sağlık hizmetlerinin yönetimi özelliklerine bakıldığında katılımcıların büyük çoğunluğunun iş yeri sağlık birimi olmayan iş yerleri olduğundan iş yerinde kronik hastalık yönetimi yapamamasıdır. Ayrıca iş yerinden başvuracak iş yeri sağlık birimi olmayan katılımcıların çoğunlukla devlet hastanelerinn acil servislerine başvurdukları görülmüştür. Bu durumda bir yandan acil servislerin iş yükünü artırırken diğer yandan da bu birimlere başvuran kronik hastalıklı bireylere semptomatik tedavi uygulayarak anlık müdahale edilmesine sebep olmakta, uzun vadede kronik hastalıkların gelişebilecek komplikasyonlarına çözüm olmamaktadır. İş yerinde kronik hastalık yönetimi özellikleri değerlendirildiğinde işe giriş muayenesi, periyodik sağlık değerlendirmesi, kronik hastalık takibi, işe geri dönüş muayenesi gibi kronik hastalıkların yönetiminde yapılan faaliyetlerin ortalamanın altında olması, kronik hastalık yönetimiölçek puanının düşük olması gibi beklenen sonucu vermiştir.

- İş yeri sağlık biriminde iş yeri hemşiresinden çalışmaya katılan bireylerin yalnızca küçük bir kısmı hizmet aldığını belirtmiştir. Katılımcıların büyük bir çoğunluğunun işe giriş muayenesi, periyodik sağlık değerlendirmesi, kronik hastalık takibi ve işe geri dönüş muayenesinin yapılmamış olduğu; uygulamaların detaylı incelenmesi sonucunda da çalışanların kronik hastalıkları ile ilgili bilgi sahibi olan, kronik hastalıkları ile ilgili bilgi veren, eğitim ve danışmanlık yapan, kronik hastalıkları ile ilgili acil durumlar hakkında bilgi sahibi olan, kronik hastalığı hakkında acil durumda müdahale edecek olan, kronik hastalıkları ile ilgili rutin tetkikleri yapan, hastalıkları ile ilgili rutin tetkiklerin takibini yapan, kronik hastalıkları ile ilgili periyodik takipleri yapan, kronik hastalıkları ile ilgili kullandığı ilaçlar hakkında bilgi sahibi olan ve kronik hastalıkları ile ilgili kullandığı ilaçların takibini yapan bir sağlık profesyonelinin olmadığı görülmektedir. Oysaki kronik hastalık yönetiminde sağlık ekibi içerisinde en etkin role sahip olan profesyoneller hemşirelerdir. Bulgularımızda ise hemşirelerden alınan hizmetin (bilgi sahibi olma; eğitim ve danışmanlık vs.) düşük olduğu saptanmıştır.

- Acile başvuran kronik hastalıklı bireylerin ‘’Acile başvuran kronik hastalıklı bireylerin meslekleri ile kronik hastalıkları arasında ilişki nedir?’’ sorusu cevap aramak

için bütün meslek grupları ile bütün kronik hastalıklar arasında bir karşılaştırma yapılmıştır. Bu karşılaştırma sonucunda hipertansiyon ve hipotiroidi anlamlı ilişki bulunan hastalıklar olmuştur. Hipertansiyon tanısı alan bireyler silahlı kuvvetler ile ilgili mesleklerde çalışan kişilerin yarısından fazlası; yönetici olarak çalışanların ise neredeyse 1/3'üdür. Bunun sebebi bu bireylerin daha yüksek stres faktörüne maruz kalması, yoğun çalışma temposu gibi iş özelliklerinden dolayı kardiyovasküler sistem hastalıklarına diğer mesleklere göre daha yatkın olduğu düşünülmüştür.

- Acile başvuran kronik hastalıklı bireylerin tanıtıcı özelliklerinden;
    - Sosyodemografik özellikleri ile kronik hastalık yönetimi ölçeği puanları karşılaştırıldığında erkek katılımcıların karar verme puanının kadın katılımcılara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.
    - Kronik hastalıkları ile kronik hastalık yönetimi ölçeği puanları karşılaştırıldığında hipertansiyonu olan bireylerin kronik hastalık yönetimi puanlarının tümünün düşük bulunması hipertansiyon hastası bireylerin bu hastalığı etkili yönetemediklerini ve bu yüzden acile başvurularının fazla olduğunu göstermektedir. Dönmez Ak'ın çalışmasında da hipertansiyon tanılı hastaların kronik hastalık yönetiminde karar verme alt boyutunda anlamlı sonuç saptanmıştır (Dönmez Ak, 2017). Diyabet tanısı olan hastaların kronik hastalık yönetimi puanlarından izlem ve koordinasyon puanının yüksek olması diyabet tanılı hastaların hastalık sürecini daha etkili yönettiklerini göstermektedir. Dönmez Ak'ın çalışmasında diabetes mellitusu olan hastaların ise çalışmaya katılan hastaların %34,66' sını oluşturdukları ve bu hastaların tüm çalışmanın aksine sadece izlem/koordinasyon alt boyutuna istatistiksel olarak anlamlı sayılabilecek şekilde daha fazla puan verdikleri saptandı (Dönmez Ak, 2017). Hipotiroidi tanılı hastaların ise hastalık yönetimi toplam puanı yüksek bulunmuş alt grup puanları düşük bulunmuştur. Kronik böbrek yetmezliği tanılı hastaların ise kronik hastalık yönetimi puanlarından hastalık yönetimi toplam, hasta katılımı, karar verme, amaç belirleme, problem çözme, izlem ve koordinasyon puanlarının hepsini yüksek bulunmasu bu hastaların hastalıklarını iyi şekilde yönettiğini düşündürmektedir. Diyabet, hipotiroidi, kronik böbrek yetmezliği ve otoimmun hastalık tanılarına sahip bireylerin hastalık yönetimi toplam puanları yüksek yani hastalık yönetimi yeterli olarak düşünülmesine rağmen yine de acile

başvurma sıklığı fazladır. Bu durum ise hastalık yönetiminin aslında çok da iyi olmadığını düşündürmüştür.

- Acile başvuran kronik hastalıklı bireylerin acile başvurma nedenleri ve sıklığı ile hastalık yönetimi özellikleri karşılaştırıldığında ateş ve ağrı bulgularının iş yerinde sağlık biriminde halledilebilecek bir problem olmasına rağmen kronik hastalık yönetiminin iş yerinde iyi yapılamamasından dolayı acil servislere başvurlardır. Halsizlik ve gastrointestinal sistem semptomalar ile kronik hastalık yönetimi arasında anlamlı bir ilişki varken diğer semptomlarla anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu da kronik hastalık semptomlarının iş yerlerinde iyi yönetilemediğini ve acile servislere başvurulması gerektiğini göstermektedir. Acil servislere başvuru sıklığı yılda birka kez olan katılımcıları ise hastalık yönetimi puanları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

- Acile başvuran kronik hastalıklı bireylerin çalışma özellikleri ile kronik hastalık yönetimi puanları karşılaştırıldığında çalışan sayısı 50 kişiden az olan iş yerlerinde kronik hastalık yönetimi diğer gruplara göre daha başarısız bulunmuştur. Bunun sebebi ise 50 kişiden az çalışanı olan iş yerlerinde iş yeri sağlık biriminin zorunlu olmaması ve çalışanların iş yeri sağlık biriminden faydalanamamasına bağlı acil servislere başvurmasıdır.

- Acile başvuran kronik hastalıklı bireylerin meslekleri ile kronik hastalık yönetimi düzeyleri karşılaştırıldığında silahlı kuvvetler ile ilgili mesleklerde çalışanların kronik hastalık yönetimi puanlarının diğer meslek gruplarına göre daha iyi olduğu görülmüştür. Bunun sebebi ise bu meslek grubundaki çalışanların kurumun özellikleri dolayısıyla iş yeri sağlık biriminden etkili şekilde tedavi ve bakım almaları olarak düşünülmüştür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇ

Acile başvuran kronik hastalıklı bireylerin çalışma koşulları ve kronik hastalık yönetimi özelliklerinin belirlenmesi amacıyla yaptığımız bu çalışmanın sonuçlarında acil servislere başvuran ve şu an aktif olarak çalışmakta olan kişilerin, çalıştıkları iş yerinde kronik hastalıklarının yönetimine yönelik etkili bir hizmet almadıkları belirlenmiştir.

Çalışma bulguları iş yeri sağlık biriminde kronik hastalıkların izlemine yönelik gerekli önlemler alınırsa, gerekli faaliyetler sürdürülürse bu bireylerin acil servis birimlerine başvurma sıklıklarında düşüşler olacağı konusunda temel veri sağlanmıştır.

Araştırma bulgularını oluşturan bireylerin kronik hastalık yönetimi puanlarının düşük olduğu ve çok büyük bir kısmının erkek olduğu, 50 kişiden az çalışanı olan iş yerinden çalışmakta olduğu, en çok hipertansiyon nedeniyle acil servislere başvurduğu saptanmıştır. Kronik hastalık yönetimi ölçeğialt boyut puanlarından hastalık yönetimi toplam puanı 40,203±25,784; hasta katılımı 6,047±4,204; karar verme 6,197±4,374; amaç belirleme 10,017±6,568; problem çözme 8,150±5,526 ve izlem ve koordinasyon 9,793±6,617 bulunmuştur. Etkin ilişkili faktörlere bakıldığında erkeklerin kronik hastalık yönetimi puanlarının yüksek olduğu görülmüştür.

ÖNERİLER

Acil servislerin iş yükünü azaltmak için işyeri sağlık birimlerinin faaliyetlerinin geliştirilmesi ve burada özellikle kronik hastalık yönetiminde ana rollerden birine sahip olan iş yeri hemşirelerinin istihdamının ivedilikle yapılması önerilir.

50 kişiden az çalışanı olan iş yerlerinde de kronik hastalıkların yönetimi ile ilgili faaliyetlerin, eğitimlerin ve izlemlerin daha önemle ve daha sıkı kontrollerle yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

6283 sayılı Hemşirelik Kanunu, Hemşirelik Yönetmeliğinin Değiştirilmesine Dair Yönetmelik. (2011, Nisan 19). *(27515)*. Türkiye: Resmi Gazete. 2021 tarihinde https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik.html adresinden alındı

6331 sayılı İş sağlığı ve Güvenliği Kanunu(İSG). (2012, 06 30). *52(28339)*. Türkiye: Resmi Gazete.

Akalın, E., Durusu Tanrıöver, M., & Sayran, F. (Haziran 2012). *Sürdürülebilir Sağlık Sistemi İçin Kronik Hastalık Yönetiminde Elektronik Sağlık Kayıtlarının Rolü.* İstanbul: TÜSİD-T/2012-06/529.

Akdemir, N., & Birol, L. (2004). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı* (2.Baskı b.). Ankara: Sistem Ofset.

Akdemir, N., & Birol, L. (2004). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı* (2.Baskı b.). Ankara: Sistem Ofset.

Akpınar, N. B., & Ceran, M. A. (2019). Kronik Hastalıklar ve Rehabilitasyon Hemşireliği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 3*(2), 140-152.

Aşut, Ö., & Özaydın, A. N. (2019). Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Durumlar. T. Tulchinsky, & E. Varavikova içinde, *Yeni Halk Sağlığı* (S. A. VAİZOĞLU, Çev., s. 237-309). Ankara, Türkiye: PALME Yayınevi.

Aylaz, R. (2016). Kronik Hastalıklar. B. Erci içinde, *Halk Sağlığı Hemşireliği* (s. 331-349). Elazığ: Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri.

Başçı, A. B. (2018). İş Sağlığı Hemşireliğinin İş Sağlığı ve Güvenliğine Yansımaları. *Uluslararası 4. Adli Hemşirelik, ^. Adli Sosyal Hizmet, '. Adli Gerontoloji Kongresi*, (s. 257-264). Çorum.

Bilir, N. (2016). *İş Sağlığı ve Güvenliği Profili: Türkiye.* Ankara: Uluslararası Çalışma Örgütü, ILO Türkiye Ofisi. Nisan 2021 tarihinde alındı

Bilir, N., & Yıldız, A. N. (2015). İş Sağlığı ve Güvenliği. Ç. Güler, & L. Akın içinde, *Halk Sağlığı Temel Bilgiler* (s. 1070-1103). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Bolsoy, N., & Sevil, Ü. (2006). Sağlık-Hastalık Etkileşimi ve Kültür Etkileşimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9*(3), 78-87.

(2017-2025). *Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı.* T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Engelliler Daire Başkanlığı. Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.

Coşar, C., & Büyükkaya Besen, D. (2015). Kronik Hastalıklarda Hasta Aktifliği: Kavram Analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 8*(1), 45-51.

Dede, B., Sarı , M., Gürsul, A., Hanedar , A., Gadiş , A., Görgülü, B., . . . Eser, E. (2016). Kronik Hastalığı Nedeniyle Ayakta İzlenen Hastaların Aldıkları Sağlık Hizmetlerinin Niteliğini Etkileyen Değişkenler. *TAF Preventive Medicine Bulletion, 15*, 1-10. doi:10.5455/pmb.1-1450185478

Dönmez Ak, S. (2017). Kronik Hastalığı Olan Bireylere ''Kronik Hastalık Bakımı Ölçeği''nin Uygulanması. Ankara: Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi adresinden alındı

Dünya Sağlık Örgütü. (2016, January). 2020 tarihinde World Health Organization: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases adresinden alındı

Dünya Sağlık Örgütü. (2018, 06 01). 2020 tarihinde World Health Organization: https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/ncd-mortality adresinden alındı

Dünya Sağlık Örgütü. (2021, Ocak 1). Nisan 2021 tarihinde World Health Organization: https://www.who.int/health-topics/occupational-health adresinden alındı

Esin, M. N. (2018, 03 25). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği İş Sağlığı Hemşireliği Yayınlanmamış Ders Notları. İstanbul, Türkiye.

ESİN, M. N., & AKTAŞ, E. (2012). Çalışanların Sağlık Davranışları ve etkileyen Faktörler:Sistematik İnceleme. *20*(2), 166-176.

EU-OSHO. (2021). *European Agency for Safety and Health at Work*. European Agency for Safety and Health at Work Web sitesi: https://osha.europa.eu/en/themes/work-related-diseases adresinden alındı

Güngörmüş, Z. (2016). İş-Çalışan Sağlığı ve Çalışma Güvenliği. B. Erci içinde, *Halk Sağlığı Hemşireliği* (s. 242-262). Elazığ: Anadolu Nobel Yıp Kitabevi.

Güven, R. (2011). Giriş: Meslek Hastalıkları Rehberi. M. Berk, B. Önal, & R. Güven içinde, *Meslek Hastalıkları Rehberi* (s. 11-28). Ankara: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü (İSGGM).

Haley, Bernard J.; Walker, Kenneth T. (2009). Wellnes Programs. B. J. HEALEY, & K. T. WALKER içinde, *Introdution to Occupational Health in Public Health Practice* (s. 143-160). San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint.

Healey, B. J., & Walker, K. T. (2009). Epidemiology of Occupational Safety and Health. B. J. HEALEY, & K. T. WALKER içinde, *Introduction to Occupational Health in Public Health Practice* (s. 38-39). San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint.

Healey, B. J., & Walker, K. T. (2009). Epidemiology of Occupational Safety and Health. B. J. HEALEY, & K. T. WALKER içinde, *Introduction to Occupational Health in Public Health Practice* (s. 38-39). San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint.

Healey, B. J., & Walker, K. T. (2009). Wellnes Programs. B. J. HEALEY, & K. T. WALKER içinde, *Introdution to Occupational Health in Public Health Practice* (s. 143-160). San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint.

İncirkuş, K., & Ö. Nahcivan, N. (2011). Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu'nun Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 102-109. http://www.deuhyoedergi.org adresinden alındı

İncirkuş, K., & Ö. Nahcivan, N. (2011). Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu'nun Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 102-109. http://www.deuhyoedergi.org adresinden alındı

İncirkuş, K., & Ö. Nahcivan, N. (2015). Kronik Hastalık Yönetimi İçin Bir Rehber: Kronik Bakım Modeli. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 23*(1), 66-75.

International Labour Organization. (2018). Türkiye/Avrupa. https://www.ilo.org/ankara/news/WCMS_551794/lang--tr/index.htm adresinden alındı

Kalender, N., & Sütçü Çiçek, H. (2014). Kronik Hastalıkların Yönetimindeki. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi, 6*(1), 46-53. Nisan 2021 tarihinde alındı

Kanten, S. (2012). Çalışma Koşullarının Fiziksel – Psikolojik Sağlık Belirtileri ve İş Kazaları ile İlişkisi: Mermer Çalışanları Örneği. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 4*(7), 155-167.

Karakoç Kumsar, A., & Taşkın Yılmaz, F. (2014). Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesine Genel Bakış. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2*(2), 62-70. 2021 tarihinde alındı

Kaya, Ö., & Akalp, G. (2017). İş Sağlığı ve Güvenliği Açısından Elle Taşıma İşlerinin Değerlendirilmesi (Tekstil ve Otomativ Sektörü Örneği). *''İş, Güç'' Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 19*(2), 75-90.

Kolbe-Alexander, T., Buckmaster, C., Nossel, C., Dreyer, L., Bull, F., Noakes, T., & Lambert, E. (2008). Sağlık riski taraması için başvuran Güney Afrikalı çalışanlarda kronik hastalık risk faktörleri, sağlıklı günler ve tıbbi iddialar. *BMC Public Health*, 1-11. doi:10.1186/1471-2458-8-228

Kubilay, G. (2003, Ocak-Şubat-Mart). İşyeri Hemşireliği ve Görevleri. *Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 30-32.

KUBİLAY, G. (2003). İşyeri Hemşireliği ve Görevleri.

KUBİLAY, G. (2003). İşyeri Hemşireliği ve Görevleri. *Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 30-32.

Kunt, M. M., Akkaş, M., Metin Aksu, N., & Karaca, M. A. (2019). Acil Serviste En sık Görülen Kronik Hastalıklar: İlk Yedi. *Anatolian Journal of Emergency Medicine, 2*(2), 18-21.

Mandırcıoğlu, A., Bölükbaş, O., Demirel, M., & Gümeli, F. (2015). Kronik Hastalıklar ile Absentizm ve Presentizm İlişkisinin Belirlenmesi. *5. Ulusal Verimlilik Kongresi* (s. 15). Ankara: Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı Verimlilik Genel Müdürlüğü.

Meenan, R. F., Yelin, E. H., Nevitt, M., & Epstein, W. V. (1981). The Impact of Chronic Disease. *American Collage of Rheumatology*, 544-549. doi:10.1002/art.1780240315

Nagy, K., & Kudász, F. (2016). *European Agency for Safety and Health at Work.* EU-OSHA: https://oshwiki.eu/wiki/Introduction_to_occupational_diseases adresinden alındı

NAHCİVAN, N., ERDOĞAN, S., & ESİN, M. N. (1999). TÜRKİYE'DE İş SAGLIGI HEMŞİRELİGİ. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekoukul Dergisi, 2*(1), 64-72.

Olgun, N. (2004). Gastrointestinal Aciller. D. Şelimen içinde, *Acil Bakım* (s. 463-472). İstanbul: Yüce Yayım.

Olgun, N. (2004). Kardiyovasküler Aciller. D. Şelimen içinde, *Acil Bakım* (s. 423-433). İstanbul : Yüce Yayım.

Olgun, N. (2004). Metabolik, Endokrin ve Sıvı Elektrolit Bozukluklarına İlişkin Aciller. D. Şelimen içinde, *Acil Bakım* (s. 447-462). İstanbul: Yüce Yayım.

Olgun, N. (2004). Nörolojik Aciller. D. Şelimen içinde, *Acil Bakım* (s. 409-421). İstanbul: Yüce Yayım.

Olgun, N. (2004). Pulmoner Aciller. D. Şelimen içinde, *Acil Bakım* (s. 434-446). İstanbul: Yüce Yayım.

Şentürk, S. G. (2019). Kronik Hastalıkların Yönetiminde Öz Yönetim Stratejilerinin Önemi ve Hemşirenin Rolü. *EURASIAN JOURNAL OF HEALTH SCIENCES, 4*(1), 9-13. Nisan 2020 tarihinde dergipark.gov.tr/avrasyasbd adresinden alındı

Tanır, F. (2017). İş Sağlığı ve Güvenliği. M. Akbaba, & H. Demirhindi içinde, *Temel Halk Sağlığı* (s. 121-154). Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Türkiye Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Kurumu. (2020, Aralık 31). 2021 tarihinde http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik: http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik adresinden alındı

Türkiye Halk Sağlığı ve Enstitüleri Başkanlığı. (2020). *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı*. 12 14, 2020 tarihinde https://www.tuseb.gov.tr: https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/makaleler/bulasici-olmayan-hastaliklar-nelerdir adresinden alındı

(2018). *Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017(STEPS).* Ankara: Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi.

Uğrak, U., Uzuntarla , Y., Cihangiroğlu, N., & Akyüz, S. (2016). Kronik Hastalık ile Sağlık Hizmetlerini Kullanma Eğilimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Abant Medical Journal, 5*(3), 158-165. doi:10.5505/abantmedj.2016.82653

United States Departmen of Labor. (tarih yok). Occupational Safety and Health Administers. adresinden alındı

Vaizoğlu, S. A. (2019). Çevre ve İş Sağlığı. T. TULCHINSKY, & E. VARAVIKOVA içinde, *Yeni Halk Sağlığı* (S. A. VAİZOĞLU, Çev., s. 471-532). Ankara: PALME Yayınevi.

Vooijs, M., Leensen, M. C., Hoving, J. L., Daamm, J. G., Wind, H., & Frings-Dresen, M. H. (2015). Disease-generic factors of work participation of workers. *Int Arch Occup Environ Health*, 1015–1029. doi:10.1007/s00420-015-1025-2

Zuhur, Ş., & Özpancar, N. (2017). Türkiye'de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: sistematik derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 57-74.

FORMLAR

GÖRÜŞME FORMU (EK-1)

Bu form bir yüksek lisans tez çalışması için İstanbul Tıp Fakültesi Acil Dahiliye Bölümüne başvuran hasta bireyler ile kronik hastalık tanısı olan ya da yeni kronik hastalık tanısı almış çalışan bireylerin, çalıştıkları iş yerlerindeki iş sağlığı ekibinin kronik hastalık yönetimi açısından sunduğu sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmış bilgi toplama formudur.

Bu çalışmada paylaşılan bilgiler ve elde edilen veriler yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacak, çalışmacı tarafından çalışma dışında başka bir amaçla kullanılmayacak ve gizli kalacaktır.

Formu doldurma süresi yaklaşık olarak 10 dakika olarak hesaplanmıştır. Yüz yüze görüşme tekniği kullanılacaktır.

Bu çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde aşağıda sorulan soruları tam ve eksiksiz şekilde doldurunuz. Dilediğiniz vakit çalışmadan ayrılmayı tercih edebilirsiniz.

Teşekkürler

Betül ÖZBEK

İstanbul-Cerrahpaşa Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans

İletişim Tel.: 05052051007

1. Yaşınız (Lütfen yazınız): …….
2. Cinsiyetiniz (Lütfen Yazınız): …….
3. Eğitim Durumunuz (Lütfen yazınız): …….
   (okur-yazar, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite, yüksek lisans/doktora)
4. Şuanda çalışıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
5. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz? ☐ Çok kötü ☐ Kötü ☐ İyi ☐ Çok iyi
6. Medeni durumunuz? ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Dul
7. Çocuğunuz var mı? ☐ Var ☐ Yok
   Çocuğunuz var ise kaç tane? (Lütfen yazınız.): …….
8. Boyunuz: Kilonuz: BKİ:
9. Alışaknlıklarınız:
   ( ) Sigara……pkt/yıl ( )Alkol……. ( ) Madde kullanımı…….
10. Hastalığınızın adı nedir? (Lütfen yazınız):
    ……
11. Kullandığınız ilaçların isimleri nelerdir? (isim, doz, kullanım miktarı) (Lütfen yazınız):
    …… …… ……
    …… …… ……
    …… ……

12. Hastalığınıza doktor tarafından ilk tanı kaç yıl/ay önce konuldu? …….
13. Acile başvurma sebebiniz nedir?
    ☐ Ateş ☐ Kusma ☐ Çarpıntı
    ☐ Halsizlik ☐ Kanama ☐ Baş dönmesi
    ☐ Ağrı ☐ Uyuşukluk ☐ Nefes darlığı
    ☐ Bulantı ☐ Güç kaybı, hissizlik ☐ Bilinç bulanıklığı
    ☐ Diğer:……

14. Acile ne sıklıkla başvurursunuz?

☐ Ayda birden az ☐ Yılda birden az
☐ Ayda bir ☐ Yılda bir

15. Son 6 aydır kaç kez hastalığınız ile ilgili bir nedenden ötürü acil birime başvurdunuz? (Lütfen yazınız)…….
16. Geçirdiğiniz başka bir hastalığınız var mı? (Lütfen yazınız):
……
17. Geçirdiğiniz bir kaza/ameliyat var mı? (Lütfen yazınız)
……
18. Mesleğiniz nedir? (lütfen yazınız): …….
19. Toplam çalışma yılınız ne kadar? (lütfen yazınız): …….
20. Şu anda yaptığınız işiniz nedir? (lütfen yazınız): …….
21. Şu anda çalışmakta olduğunuz işinizde kaçıncı yılınız? (lütfen yazınız):
…….
22. Sosyal güvenceniz var mı? ☐ Evet ☐ Hayır
23. Çalıştığınız işyeri hangi sektörde faaliyet gösteriyor? ☐ Özel ☐ Kamu
24. Çalıştığınız işyerinde kaç kişi çalışıyor? ☐ 50'den az ☐ 50-500 ☐ 501-1000 ☐ 1000'den fazla
25. Sağlık problemleriniz olduğunda ilk başvurduğunuz yer neresidir?

☐ Devlet Hastaneleri acil servisleri ☐ Aile sağlığı merkezi
☐ Özel hastaneler ☐ İşyeri sağlık birimi
☐ Özel Muayenehane ☐ Diğer(lütfen yazınız):…..……

26. Çalışırken iş sağlığı ve güvenliği biriminden hizmet alıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır (Soruya cevabınız *Evet* ise)
27. Hangi sağlık personeli/personellerinden hizmet almaktasınız?

☐ İşyeri sağlık birimi
☐ OSGB-Ortak Sağlık Güvenlik Birimi
☐ Diğer(lütfen yazınız) …….

28. İşyeri sağlık ekibi aşağıdakilerden hangisini/hangilerini uyguladı?

☐ İşe giriş muayenesi ☐ İşe geri dönüş muayenesi
☐ Periyodik sağlık değerlendirmesi ☐ Emekliliğe hazırlık muayenesi
☐ Kronik hastalık takibi ☐ Hiçbiri

29. İşyeri sağlık ekibiniz sahip olduğunuz hastalığınız ile ilgili neler yapıldı?

X	***Neler yapıldı?*** (yanındaki kutucuğu işaretleyiniz)	***Kim uyguladı?*** (uygulayıcıyı yazınız. Örn: işyeri hekimi, işyeri hemşiresi, iş sağlığı ve güvenliği uzmanı)
	Hastalığınız ile ilgili bilgi sahibidir.	
	Hastalığınız ile ilgili danışmanlık ve eğitim hizmeti verir.	
	Hastalığınız ile ilgili yaşanabilecek acil durumlar hakkında bilgi sahibidir.	
	Hastalığınız ile ilgili acil durum geliştiğinde müdahale eder.	
	Hastalığınız ile ilgili rutin tetkikleri yapar.	
	Hastalığınız ile ilgili rutin tetkiklerin takibini yapar.	
	Hastalığınız ile ilgili periyodik muayenelerinizi yapar.	
	Hastalığınız ile ilgili kullandığınız ilaçlardan haberdardır.	
	Hastalığınız ile ilgili kullandığınız ilaçların takibini yapar.	
	Diğer(yazınız)……	

KRONİK HASTALIK BAKIMINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (TÜRKÇE PACIC) (EK-2)

Lütfen aşağıda yer alan her bir ifadeyi dikkatlice okuyarak, **son 6 ay içinde hastalığınız ile ilgili işyeri sağlık biriminizden aldığınız bakımı değerlendiriniz**. Bakımınızla ilgili olan ifadeleri sıklık derecesini düşünerek, her bir ifadeye ilişkin görüşlerinizi en iyi yansıtan ya da size en uygun gelen seçeneği (X) şeklinde işaretleyiniz. Burada doğru ya da yanlış fikir yoktur. Lütfen her bir ifadenin cevaplanmış olmasına dikkat ediniz.

Son 6 ay içinde kronik hastalığımla ilgili bakım aldığımda;	**Hiçbir zaman**	**Nadiren**	**Bazen**	**Çoğu zaman**	**Her zaman**
1. Tedavi planım yapılırken görüşlerim alındı.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Tedavim konusunda karar vermem için başka seçenekler sunuldu.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Sağlığım için yapmam gerekenler yazılı olarak verildi.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Bakımımın iyi düzenlenmiş olmasından memnun kaldım.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Kendi bakımı sağlamak için yaptığım şeylerin sağlığımı nasıl etkileyeceği açıklandı.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. Beslenme ya da egzersiz yapma davranışlarımı geliştirmem için yardım edildi.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. Tedavi planımın bir kopyası\örneği bana verildi.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edildim.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Sağlık alışkanlıklarımla ilgili sorular soruldu.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
12. Doktorum ya da hemşiremin gerekli olan tedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
13. Günlük yaşamımda uygulayabileceğim bir tedavi planı yapmam için yardım edildi.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14. Zor zamanlarımda bile kendime bakabilmem için yapmam gerekenler konusunda yardım edildi.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
15. Hastalığımın hayatımı nasıl etkilediği soruldu.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
16. Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
17. Hastalığım konusunda bana yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya teşvik edildim.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
18. Diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacım olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirildim.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
19. Diğer branşlardaki hekimlere gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
20. Diğer hekimlerle yaptığım görüşmeler konusunda sorular soruldu.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

ETİK KURUL KARARI (EK-3)

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 1021 **Tarih : 19.08.2019**
Konu: Prof. Dr. Melek Nihal ESİN hk.

Sayın Prof. Dr. Melek Nihal ESİN
Halk Sağlığı Hemşireliği

İlgi : İstanbul Üniversitesi Rektörlüğünün 07/08/2019 gün ve 159395 sayılı yazısı

Sorumlu araştırıcılığını üstlendiğiniz ve Betül ÖZBEK' in yürüteceği 2019/959 dosya numaralı "Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Çalışma Koşulları ve Hastalık Yönetimiyle İlgili Özellikleri" başlıklı çalışma kurulumuzun 09/08/2019 tarih ve 13 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN
İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

Eki: İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Karar Formu

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**"Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Çalışma Koşulları ve Hastalık Yönetimiyle İlgili Özellikleri"**

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	12/07/2019		Türkçe ■ İngilizce ☐ Diğer☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	■		Türkçe ■ İngilizce ☐ Diğer☐
	OLGU RAPOR FORMU	☐		Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	☐		Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer☐

	Belge Adı		Açıklama
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐	
	SİGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	■	
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER:	■	Anabilim Dalı Başkanlığından Üst Yazı ve Akademik Kurul Kararı, Literatür Kaynağı, Sorumluluk Paylaşım Belgesi, Olgu Rapor Formu, İlgili Elemanların Bilgilendirildiğine Dair Belge, CV, CD

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:13**	**Tarih: 09/08/2019**
	İstanbul-Cerrahpaşa Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesinde görevli **Prof. Dr. Melek Nihal ESİN' in** sorumluluğunda ve **Betül ÖZBEK' in** yürüteceği yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	**19.08.2011 tarihli, 28030 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmelik**
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	**Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN**

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki *		Katılım **		İmza
Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN	Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkanı)	E ■	K ☐	E ☐	H ■	E ■	H ☐	
Prof. Dr. Berrin UMMAN	Kardiyoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkan Yardımcısı)	E ☐	K ■	E ☐	H ■	E ■	H ☐	
Prof. Dr. Ahmet GÜL	Romatoloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E ■	K ☐	E ☐	H ■	E ■	H ☐	
Prof. Dr. Oğuzhan ÇOBAN	Nöroloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E ■	K ☐	E ☐	H ■	E ☐	H ■	İZİNLİ
Dr. Sevda ÖZEL YILDIZ	Biyoistatistik	İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi	E ☐	K ■	E ☐	H ■	E ☐	H ■	İZİNLİ

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Klinik araştırmalar Etik kurulu 13.04.2013 tarih, 28617 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik çerçevesinde kurulmuş ve T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından onaylanmıştır. İlgili yönetmelik kapsamında kalan araştırmalar Sağlık Bakanlığından izin almak zorundadır. Yönetmelik kapsamı dışında kalan araştırmalar ise Etik Kurul bünyesinde oluşturulmuş 5 kişilik alt komisyon tarafından değerlendirilmekte olup Sağlık Bakanlığı iznine tabi değildir.

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	**İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU**
	AÇIK ADRESİ:	**İ.Ü.İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ HULUSİ BEHÇET KÜTÜPHANESİ KAT:3 FATİH/İSTANBUL**
	TELEFON	**0 (212) 414 21 53**
	FAKS	**0 (212) 414 21 53**
	E-POSTA	**itfetikkurul@istanbul.edu.tr.**

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**"Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Çalışma Koşulları ve Hastalık Yönetimiyle İlgili Özellikleri"**			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	---			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	**Prof. Dr. Melek Nihal ESİN**			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	**Halk Sağlığı Hemşireliği**			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	**İstanbul-Cerrahpaşa Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi**			
	DESTEKLEYİCİ	---			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	---			
	ARAŞTIRMANIN FAZI	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	☐		
		Yüksek Doz Araştırması	☐		
		Diğer ise belirtiniz :			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ■	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ■	ULUSLAR ARASI ☐

FAKÜLTE İZNİ (EK-4)

Tarih ve Sayı: 15.01.2021-17348

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı :E-89969066-044-17348
Konu :Betül ÖZBEK 'in Tez Çalışması

Sayın BETÜL ÖZBEK
0505 205 10 07

İlgi : 14.12.2020 tarihli dilekçeniz.

İlgi tarihli yazınıza konu İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Acil Dahiliye Biriminde görevli İstanbul Cerrahpaşa Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi'nde yüksek lisans eğitimine devam eden Betül ÖZBEK' in "Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Çalışma Koşulları ve Hastalık Yönetimi ile İlgili Özellikleri" başlıklı tez çalışmasını yapabilmesi Fakültemiz Yönetim Kurulunun 13.01.2020 tarihli toplantısında uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Tufan TÜKEK
Dekan

Ek:1

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BE841UDK9 Pin Kodu :69102 Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-universitesi-ebys

İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı Çapa/Fatih/İSTANBUL
Tel : 0 212 414 21 38/414 20 00-31561 Faks : 0 212 414 21 38 / 635 11 93
e-posta : itf-dekanlik@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : http://istanbultip.istanbul.edu.tr
Kep Adresi: istanbuluniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için : Merve KIRAN
Dahili : 31387

Tarih ve Sayı: 14.01.2021-15243

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Yönetim Kurulu Kararı

Sayı : E---

Toplantı Yeri	: Dekanlık
Toplantı Tarihi	: 13.01.2021
Toplantı No	: 24
Karar No	: 32

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Acil Dahiliye Biriminde görevli İstanbul Cerrahpaşa Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi'nde yüksek lisans eğitimine devam eden **Betül ÖZBEK**'in **"Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Çalışma Koşulları ve Hastalık Yönetimi ile İlgili Özellikleri"** başlıklı tez çalışmasının, Fakültemizde uygulamasına oy birliği ile karar verildi.

Aslı Gibidir
e-İmzalı
Ekrem AYDIN
Fakülte Sekreteri

LİSANS ÜSTÜ ENSTİTÜSÜ İZİN FORMU (EK-5)

Tarih ve Sayı: 10/05/2019-71903

* B E A 5 E K E Y K *

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
REKTÖRLÜĞÜ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı :13022260-199-
Konu :Betül ÖZBEK

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 08.05.2019 tarih ve 19 sayılı oturumunda alınan 51 numaralı karar aşağıda belirtilmiştir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Şah İsmail KIRBAŞLAR
Enstitü Müdürü

Karar 51. Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Tezli Yüksek Lisans Programı'na 2701170140 numara ile kayıtlı Betül ÖZBEK'in Prof. Dr. Melek Nihal ESİN danışmanlığında "Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin çalışma koşulları ve hastalık yönetimi ile ilgili özellikleri" teklif edilen tez adı ve tez konusu öneri formu hakkında Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan gelen 19.04.2019 tarih ve 62129 sayılı yazı görüşüldü; Tez adının "Acil Servise Başvuran Kronik Hastalıklı Bireylerin Çalışma Koşulları ve Hastalık Yönetimi ile İlgili Özellikleri" şeklinde kabulüne oybirliğiyle karar verildi.

DAĞITIM
Gereği:
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı

Bilgi:
Sayın Prof. Dr. Melek Nihal ESİN

Doğrulamak İçin:http://dogrulama.istanbulc.edu.tr/enVision.sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEA5EKEYK

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Nesrin BİLGİÇ
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Rektörlüğü, 34320 Avcılar-İstanbul
Tel : 0212 404 03 00 Faks : 0212 404 07 01
Elektronik Ağ : www.istanbulc.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununu Gereğince E-İmzaladır.
Doğrulamak için : http://dogrulama.istanbulc.edu.tr/enVision.sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BE

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (EK-6)

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Betül ÖZBEK tarafından yürütülen "Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin çalışma koşulları ve hastalık yönetimi ile ilgili özellikleri" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **ayrılma** hakkına sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek Acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin kişisel bilgiler gizli tutulacak ve tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a. Araştırmanın Amacı, acil servise başvuran kronik hastalıklı bireylerin çalışma koşulları ve hastalık yönetimi ile ilgili özelliklerinin belirlenmesidir.
b. Araştırmanın İçeriği, 20-64yaş aralığındaki aktif çalışan ve kronik hastalığı olan bireylerden kişisel Bilgi Formu ve Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği ile toplanacaktır.
c. Araştırmanın Nedeni: ☐ Bilimsel araştırma X Tez çalışması
d. Araştırmanın Öngörülen Süresi 10dk'dır.
e. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı 380 kişi olarak planlanmıştır.
f. Araştırmanın Yapılacağı Yer İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Acil Dahiliye Bölümü olarak belirlenmiştir.

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)
Adı-Soyadı:.....
İmzası:

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

Betül ÖZBEK-2701170140

ORİJİNALLİK RAPORU

%17	%17	%5	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%2
2	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	%1
3	acikerisim.nigde.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
4	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	%1
5	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
6	acikerisim.medipol.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
7	www.scribd.com İnternet Kaynağı	%1
8	biruni.tuik.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
9	shyk2018.mu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ