



**T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**HATAY İLİNDE KRONİK HASTALIĞI BULUNAN
BİREYLERİN CEPTEN YAPTIKLARI SAĞLIK
HARCAMALARININ KRONİK HASTALIK BAKIMLARINA
ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Nuran ŞAHİN
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Cahit ÖZER**

HATAY-2018

**T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**HATAY İLİNDE KRONİK HASTALIĞI BULUNAN
BİREYLERİN CEPTEN YAPTIKLARI SAĞLIK
HARCAMALARININ KRONİK HASTALIK BAKIMLARINA
ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Nuran ŞAHİN
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Prof.Dr. Cahit ÖZER**

HATAY-2018

TEZ ONAY SAYFASI

T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Tez Adı: HATAY İLİNDE KRONİK HASTALIĞI BULUNAN
BİREYLERİN CEPTEN YAPTIKLARI SAĞLIK
HARCAMALARININ KRONİK HASTALIK BAKIMLARINA
ETKİSİ

Tezi Hazırlayanın Adı: Dr. Nuran ŞAHİN

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza).....
Prof. Dr. Yusuf ÖNLEN
Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının “Tıpta Uzmanlık” derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(İmza).....
Prof. Dr. Cahit ÖZER
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile “Tıpta Uzmanlık” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(İmza).....
Prof. Dr. Cahit ÖZER
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. Prof. Dr. Cahit ÖZER
2. Prof. Dr. Okay BAŞAK
3. Doç. Dr. Erhan YENGİL

III. İÇİNDEKİLER

| | |
|--|---|
| III. İÇİNDEKİLER | iii |
| IV. TABLO LİSTESİ..... | iii |
| V. ŞEKİL LİSTESİ..... | iv |
| VI. KISALTMALAR LİSTESİ | vi |
| VII. TEŞEKKÜR | vii |
| VIII. ÖZET | viii |
| IX. ABSTRACT..... | ix |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ..... | Hata! Yer işareti tanımlanmamış. 1 |
| 2.GENEL BİLGİLER | 3 |
| 2.1 Kronik Hastalıklar..... | 3 |
| 2.1.1. Kronik Hastalıklar Tanımı ve Genel Özellikleri | 3 |
| 2.1.1.1.Kronik Hastalıkların Ortak Özellikleri | 4 |
| 2.1.2 Kronik Hastalıklar Epidemiyolojisi..... | 7 |
| 2.1.3 Kronik Hastalık Yönetimi | 9 |
| 2.1.3.1. Kronik Bakım Modeli..... | 10 |
| 2.1.3.1.a. Toplum Kaynakları ve Politikalar..... | 13 |
| 2.1.3.1.b Sağlık Sistemi Organizasyonu | 13 |
| 2.1.3.1.c. Öz Yönetim Desteği..... | 13 |
| 2.1.3.1.e. Karar Desteği | 13 |
| 2.1.3.1.f. Klinik Bilgi Sistemleri..... | 14 |
| 2.1.4.1.Kronik Hasta Bakımı..... | 14 |
| 2.1.4.2.Kronik Hastalıkların Yönetiminde Aile Hekimlerinin Yeri..... | 15 |
| 2.1.4.3.Kronik Hastalıkların Önlenmesine Ait Müdahaleler..... | 16 |

| | |
|--|----|
| 2.1.4.4.Kronik Hastalık Yönetiminde Türkiye’de Yapılan Sağlık Harcamalarının Etkisi..... | 18 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM | 19 |
| 3.1. Evren ve Örneklem..... | 21 |
| 3.1.1.Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri..... | 22 |
| 3.1.2.Çalışmadan Dışlanma Kriterleri..... | 22 |
| 3.2 Veri Toplama Araçları..... | 22 |
| 3.2.1. Türkçe Modifiye PACIC Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ölçeğin kapsam geçerliği..... | 23 |
| 3.3 Verilerin Analizi..... | 26 |
| 4. BULGULAR..... | 27 |
| 5. TARTIŞMA | 40 |
| 6.SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 46 |
| 7.KAYNAKLAR | 48 |
| 8.EKLER..... | 58 |
| 9.ÖZGEÇMİŞ..... | 62 |

IV. TABLO LİSTESİ

| | |
|---|----|
| Tablo1. Türkçe Modifiye PACIC Ölçeğinin Kapsam Geçerliği Özellikleri..... | 24 |
| Tablo 2. Çalışmaya Alınan Hastaların Sosyodemografik Bilgileri | 29 |
| Tablo 3. Kronik Hastalıkların Görülme Sıklıkları..... | 30 |
| Tablo 4. Hastaların Sağlık Hizmeti Aldıkları Kurumlar..... | 32 |
| Tablo 5. Gelir Durumunu Sağlık Harcaması Üzerine Etkisi..... | 32 |
| Tablo 6. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Madde Puan Ortalamaları..... | 33 |
| Tablo7.Alt Madde Ölçeklerinin Kronik Hastalıklarla İlişkisi..... | 34 |
| Tablo8. Sağlık Hizmet Alımı ile Kronik Hastalık Sayısının Karşılaştırılması..... | 35 |
| Tablo9. Sağlık Hizmet Alımı İle Modifiye PACIC Skorunun Değerlendirilmesi.... | 36 |
| Tablo 10. Çalışmaya Katılan Hastaların Gelir Düzeyine Göre Ortalama PACIC Skorları..... | 38 |

V. ŞEKİL LİSTESİ

| | |
|---|----|
| Şekil 1. Ankete Katılım Durumu..... | 20 |
| Şekil 2.Çalışmaya Alınan Hastaların Kronik Hastalık Bakım Memnuniyetlerinin Ortalama Modifiye PACIC Skorları..... | 37 |
| Şekil 3.Hastaların Gelir Düzeyine Göre Modifiye PACIC Skorları..... | 39 |



VI. KISALTMALAR LİSTESİ

- ABD: Amerika Birleşik Devletleri
ADA: Amerikan Diyabet Derneği (American Diabetes Association)
ASM: Aile Sağlığı Merkezi
ATS American Thoracic Society
ATT: Alfa-1 Antitripsin
BOLD: Burden of Obstructive Lung Disease
CCI: Commission on Chronic Illness
CCM: The Chronic Care Model
DALY: Disability-Adjusted Life Years
DM: Diabetes Mellitus
DKB: Diastolik Kan Basıncı
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
ESH-ESC: European Society of Hypertension – European Society of Cardiology
ERS European Respiratory Society
GOLD: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
HIV: Human Immunodeficiency Virus/ İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü
HT: Hipertansiyon
ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
JNC: Joint National Committee
KB: Kan Basıncı
KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MG/DL: Miligram /Desilitre
MM/HG: Milimetre/Civa
NHANES: National Health and Nutrition Examination Survey
PACİC: Patient Assessment Of Chronic Illness Care
PatenT: Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması
SKB: Sistolik Kan Basıncı
SPSS: Statistical Package for the Social Science

TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
TURDEP: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik
Hastalıklar Prevalans Çalışması

TL: Türk Lirası

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UHY-ME: Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkinlik

WHO: World Health Organization

YLD: Years of Healty Life Lost Due to Disability

TKrHRF:Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması



VII. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince yetişmemde büyük emekleri geçen bilgi ve deneyimlerini bizimle paylaşan, her kapısını çaldığımda beni geri çevirmeyip yardımcı olan ve bize yol gösterip yanımızda olduğunu hissettiren anabilim dalı başkanımız ve değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Cahit ÖZER' e,

Uzmanlık eğitimim boyunca insani ve ahlaki değerleri ile de örnek edindiğim ve samimiyetini ve güler yüzlülüğünü hiçbir zaman kaybetmeyen değerli hocam Sayın Doç. Dr. Erhan YENGİL'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca güler yüzünü, sıcaklığını ve tezimin oluşmasında bilgi, deneyim ve yardımlarını esirgemeyen değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Pınar DÖNER GÜNER' e

Rotasyon yaptığım bölümlerde bilgi ve becerilerini bizden esirgemeyen, bize her türlü kolaylığı sağlayan birbirinden değerli hocalarımıza,

Birbirinden değerli, beraber çalışmaktan zevk aldığım bölüm arkadaşlarıma,

Verilerimin toplanması sırasında aile hekimliği stajında birlikte çalıştığım intörn doktor arkadaşlarıma,

Son olarak, bu günlere gelmemde maddi, manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, her zaman yanımda olan başta annem olmak üzere sevgili aileme,

binlerce teşekkürler...

DR.NURAN ŞAHİN

VIII. ÖZET

HATAY İLİNDE KRONİK HASTALIĞI BULUNAN BİREYLERİN CEPTEN YAPTIKLARI SAĞLIK HARCAMALARININ KRONİK HASTALIK BAKIMLARINA ETKİSİ

Amaç: Bu araştırma ile birinci basamağa başvuran kronik hastalığı bulunan bireylerin yapılan cepten yapılan sağlık harcamalarının kronik hastalık bakımı memnuniyetine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı tasarıma sahip bu çalışma, Hatay ili merkez ilçesi Antakya' da, 4 Aile Sağlığı Merkezi' nde yürütüldü. Haziran 2017–Ekim 2017 ayları arasında, seçilen ASM' lere başvuran 18 yaş ve üzeri, en az 1 yıldır kronik hastalığı bulunan bireyler dahil edildi. Kronik hastalığa sahip bireylere sosyodemografik özellikleri, hastalık özellikleri ve hastaların aldığı sağlık hizmeti, yaptığı sağlık harcamalarını etkileyen faktörleri kapsayan bir anket uygulandı. Ayrıca hastalara, aldıkları bakımı kendilerinin değerlendirmesine olanak veren Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu (Modifiye PACIC) anketi çalışma yürütücüsü tarafından uygulandı. $P < 0.05$ anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular: Anketi değerlendirmeye alınan 790 katılımcının 400 (%50,6)'ü kadın, 390 (%49,4)'ı erkek hastaydı. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $47,11 \pm 15,20$ idi. Çalışma kapsamındaki hastaların kronik hastalık bakım yönetimlerinden memnuniyet puan ortalaması toplam ölçek için $3,29 \pm 0,70$ olarak hesaplandı. Hastaların kronik hastalık bakımından memnuniyet puan ortalamalarına bakıldığında yaşlı hastalarda kronik hastalık bakım memnuniyet puan ortalaması anlamlı olarak yüksek bulundu. Hastaların gelir düzeyi arttıkça sağlık hizmet alımının etkilendiği bulundu. Katılımcılardan cepten yapılan sağlık harcamalarının sağlık hizmet alımını etkilemediğini belirten hastalarda modifiye PACIC skoru anlamlı olarak yüksek bulundu. Kronik hastalık sayısının artmasıyla kronik hastalık bakım memnuniyeti açısından anlamlı bir fark bulunmadı.

Sonuçlar: Katılımcılar PACIC ölçek puanlarına daha yüksek puan verdiği için verilen kronik hastalıkların bakım yönetim hizmetini "iyi" olarak değerlendirdiklerini ortaya koydu. Hastaların gelir düzeyinin kronik hastalık bakımlarını etkilemediği bulundu. Katılımcılardan cepten yapılan sağlık harcamalarının sağlık hizmet alımını etkilemediğini belirten hastalarda Modifiye PACIC skoru daha yüksek oranda bulundu.

Anahtar Kelimeler: Modifiye PACIC Ölçeği, kronik bakım yönetimi, kronik hastalık

IX. ABSTRACT

THE EFFECT OF OUT OF POCKET HEALTHCARE EXPENDITURES OF CHRONIC PATIENTS FOR CHRONIC DISEASE CARE IN HATAY

Aim: The aim of this study was to evaluate the effects of health expenditures made on individuals with chronic diseases care satisfaction in chronic diseases and drug compliance.

Methods: This cross sectional descriptive study was carried out in 4 Family Health Centers in Antakya, the central district of Hatay. Patients with chronic diseases at least for one year and older than 18 years who admit to those Family Health Centers from June to September 2017 were included in this study. A questionnaire including questions about sociodemographic features, disease characteristics, health expenditures and properties of provided health care were applied. Additionally the subjects completed Patient Assessment of Chronic Illness Care (Modified PACIC) survey which lets patients to evaluate the provided care. $P < 0.05$ was accepted significant.

Results: There are 790 participants who are included in survey, 400 (%50,6) of them are male patients and 390(49,4 %) of them are female patients. The average of the patients' age is $47,11 \pm 15,20$. The satisfaction of the patients' from chronic disease management is calculated as $3,29 \pm 0,70$ in the total scale. When the average score of patients' satisfaction level for chronic disease is examined, the mean of chronic disease care satisfaction score is significantly higher in elderly patients as expected. It is found that increase in the income level of the patient affects the health service demand proportionally. In the survey of the patients who are indicating that the mobile health expenditures do not affect the health service demand, the PACIC score is found higher meaningfully. It is found that there is no significant difference between the relation of the increase in the number of chronic disease patients and the satisfaction of chronic disease care.

Conclusion: Since the participants give higher points to the PACIC scale scores, it is shown that they rate the given chronic illness care management service as "good". It is found that the income level of the patients' does not affect the chronic disease healthcare they get. In the survey of the patients who are indicating that the mobile health expenditures do not affect the health service demand, the modified PACIC score is found higher meaningfully.

Key words: Modified PACIC scale, chronic care management, chronic disease

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre kronik hastalıklar, uzun dönemli ve genellikle yavaş ilerleme gösteren, tıbbi girişimlerle tedavi edilemeyen, hastalığın derecesini azaltmak ve öz bakımında kişinin işlevini ve sorumluluğunu en üst düzeye çıkarmak için periyodik izlem ve destek bakım gerektiren durumlardır. Kalp ve damar hastalıkları, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet günümüzde tüm toplumları etkileyen başlıca bulaşıcı olmayan hastalıkları oluşturmaktadır (1).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2010 Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Küresel Durum Raporu'na göre, dünyadaki ölümlerin (2008) yaklaşık % 63'ünün nedeni bulaşıcı olmayan hastalıklardır. Bunların büyük kısmı (28,1milyon) orta ve düşük gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. 2008 yılında bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin başlıca nedenleri; kardiyovasküler hastalıklar (17 milyon ölüm;% 48), kanserler (7,6 ; % 21), astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) gibi solunum yolu hastalıklarıdır (4,2 milyon ölüm; % 15)(1).

Türkiye'de 2004 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan Hastalık Yüklü Çalışmasında; ulusal düzeyde temel hastalık gruplarına göre kardiyovasküler hastalıklar (serebrovasküler hastalıklar dahil) % 48'lik oran ile birinci sıradayken, onu % 13 ile kanserler izlemektedir. Hastalığın neden olduğu mortalite ve morbidite birlikte değerlendirildiğinde, Türkiye'de ulusal düzeyde sakatlığa uyarlanmış yaşam yılı kaybına (DALY) neden olan ilk 10 hastalık arasında ikinci sırayı iskemik kalp hastalıkları (% 8), üçüncü sırayı ise serebrovasküler hastalıklar (% 6) almaktadır. Temel hastalık grupları sınıflandırmasına göre ise bulaşıcı olmayan hastalıklar % 64 ile toplam DALY kayıplarının en büyük kısmını oluşturmaktadır(2).

Kronik hastalıklar, uzun süre devam ve sıklıkla yavaş ilerleme gösteren, kendiliğinden gerilemesi ve tamamen iyileşmesi mümkün olmayan hastalığın derecesini azaltmak ve öz bakımında kişinin işlevini ve sorumluluğunu en üst düzeye çıkarmak için periyodik izlem ve destek gerektiren durumlar olarak tanımlanır(3-5).

Kronik hastalıklar uzun süreli sağlık sorunu olduğundan ve hastalar hayatları boyunca bu hastalıkla birlikte yaşamak zorunda kaldıklarından dolayı hasta ve ailesine bu konularda özel olarak destek olunmalı, eğitilmeli ve hastalıkla birlikte yaşamaları sağlanmalıdır(4).

Ülkemizde de dünyada olduğu gibi sağlık koşullarının gelişmesiyle nüfusun giderek yaşlanması, bulaşıcı hastalıkların azalması ve beklenen yaşam süresinin uzamasına paralel olarak, hastalık yükü giderek artmakta ve bu hastalıkların çoğunluğunu kronik hastalıklar oluşturmaktadır(4,5).

Kronik hastalıkların, gelecek yıllarda bugün olduğundan daha fazla önem kazanacağı beklenmekte olup sağlık hizmetlerinin planlanmasında bu durumun dikkate alınması gerekmektedir(4).

Bu araştırmanın amacı; kronik hastalığı bulunan bireylerde yapılan sağlık harcamalarının kronik hastalık bakım memnuniyetine etkisini değerlendirmek ve etkileyen faktörleri belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Hastalıklar

2.1.1. Kronik Hastalıklar Tanımı ve Genel Özellikleri

Toplumların giderek yaşlanması, tıbbi bilimlerin ve teknolojinin hızla ilerlemesi nedeniyle kronik hastalıkların sıklığı dünya çapında giderek artmaktadır (6). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre kronik durumlar, yıllar boyunca devam eden, sürekli yönetim gerektiren sağlık durumları olarak tanımlanmaktadır(7). Başka bir tanımlamaya göre en az 6 aydır süren, rekürrenslerle veya kötüleşmelerle seyreden, kötü prognoza sahip, kişinin yaşam kalitesini etkileyebilecek sonuçlar veya sekeller ortaya çıkarabilen hastalıklardır(8).

Kronik hastalıklar sınıflaması içine persistan bulaşıcı hastalıklar (HIV, AIDS, vb), bulaşıcı olmayan hastalıklar (kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet, kronik obstruktif akciğer hastalıkları, astım gibi), uzun süreli ruhsal bozukluklar, devam etmekte olan fiziksel ve yapısal bozukluklar girmektedir. Bu hastalıkların ortak özelliği kişinin yaşamını sosyal, psikolojik ve ekonomik yönden etkilemesi, aile öyküsü ve genetik özellik gibi değiştirilemez etkenlerin dışında çoğunun altta yatan nedeninin önlenebilir risk faktörlerine bağlı olmasıdır.

En önemli risk faktörleri ise tütün kullanımı, zararlı alkol tüketimi, sağlıksız beslenme ve fiziksel inaktivitedir. Nedeni ne olursa olsun kronik hastalıklar yaşam tarzı değişikliği ve uzun süreli sağlık bakım yönetimi ve izlemi gerektirmekte; kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetimindeki eksikliklerden dolayı fiziksel engellilikler gelişebilmektedir(9,10).

2.1.1.1.Kronik Hastalıkların Ortak Özellikleri

- Genellikle orta yasta görülür, ömür boyu devam eder ve sıklıkla kalıcı bir sakatlık bırakır,
- Hastalığın oluşmasında birden fazla faktör etkili olup, kişinin bu etkenlerle karşılaşma süresi hastalığın ortaya çıkmasında önemli rol oynar,
- Dönemsel iyileşmeler olsa da tekrarlamalar hastalığı daha kötü duruma getirir,
- Etkenle karşılaşma ile hastalığın ortaya çıkması arasında geçen süre uzun olabilir,
- Kronik hastalıkla baş etme özellikle tıbbi sorun ile baş etmeyi gerektirir, tedavi rejimine bağlı kalmak hastalığın kontrol altına alınmasında önemlidir,
- Hastalık süresince farklı dönemler yaşanabildiği için her dönemin farklı fizyolojik, psikolojik, sosyal sorunları ve farklı çözüm yolları ortaya çıkar,
- Kronik hastalıklar bütün ailenin düzenini etkiler,
- Hastalığı olan birey ve aile baş etmede temel sorumluluğa sahip olup bu sorumluluk gün geçtikçe artarak ilerleme gösterir,
- Kronik hastalıklar ile baş etme, işbirliği gerektiren ve yaşayarak öğrenmeyi kapsayan bir süreçtir,
- Kronik hastalığı bulunan hastaların hastane ve toplum bakımına ihtiyaçları vardır,
- Kronik hastalığı bulunan bireylerin tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde ekonomik desteğe ihtiyaçları bulunmaktadır,

- Hastaların ara ara ve uzun süreli hastaneye yatışları ve hastane enfeksiyon riskleri nedeniyle aile ve ülke ekonomisine de önemli ağırlıkları olmaktadır (11-13).

Kronik hastalıklar ve komplikasyonları kişinin fonksiyonel kapasitesinin düşmesine, çalışma performansının azalmasına, yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmakla beraber ailenin yaşam tarzı ve ilişkilerini de olumsuz yönde etkiler (12,13).

Hastalığa adaptasyon sürecinde ve hastalığın ortaya çıkardığı sonuçlarda; kronik hastalığın süresi, hastanın yaşı, cinsiyeti, mesleği, eğitim durumu, medeni durumu, fiziksel çevresi, sosyal hizmet olanakları, ekonomik durumu, alabileceği kurumsal veya resmi destek hizmetleri, sosyal destek sistemleri (aile, komşu, akraba gibi), önemli etkenlerdir(11).

2.1.2. Kronik Hastalıklar Epidemiyolojisi

Hollanda’da birinci basamakta yapılan bir çalışmada 1985 yılından 2005 yılına kadar kronik hastalık prevalansının 2 katına çıktığı görülmektedir. Kadın cinsiyet, düşük sosyoekonomik düzey, ileri yaş ile kronik hastalık arasında bir ilişki bulunmuştur(14). Amerika’da yapılan bir çalışmada ise popülasyonun yarısından fazlasında kronik hastalık mevcut olduğu, % 28’inde ise 2 ve daha fazla kronik olduğu tespit edilmiştir. Poliklinik başvurularının % 79’u, toplam sağlık harcamalarının % 84’ü kronik hastalıklar nedeniyle yapılmaktadır. Birinci basamakta, stabil seyreden ve kontrol altında olan kronik hastalıklar için yılda 826 saat/günde 3,5 saat gerekirken, kontrol altına olmayan kronik hastalıklar için yılda 2484 saat/günde 10,6 saat gerekmektedir(15).

2012 yılında dünyadaki 56 milyon ölümün 38(% 68) milyonundan bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların sorumlu olduğu bildirilmiştir. 2030 yılında ise bu ölümlerin 52 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir.

Bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara bağlı ölümlerin % 82'si dört ana bulaşıcı olmayan kronik hastalık nedeniyledir. Bu hastalıklar; kardiovasküler hastalık, kanser, kronik solunum sistemi hastalığı ve diyabettir. Bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara bağlı ölümlerin 17,5 milyonu (% 46,2) kardiovasküler hastalıklar, 8,2 milyonu (% 21,7) kanserler, 4 milyonu (% 10,7) KOAH ve astımın dahil olduğu solunum yolu hastalıkları ve 1,5 milyonu (% 4) diyabet nedeni ile gerçekleşmiştir. Bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara bağlı ölümlerin yaklaşık % 42'si (16 milyon ölüm) prematür ölümlere(70 yaş altı) sebep olmaktadır. Düşük-orta gelişmişlik düzeyinde olan ülkelerde bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara bağlı ölümlerin % 48'i, yüksek gelişmişlik düzeyinde olan ülkelerde ise bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara bağlı ölümlerin % 28'i 70 yaş altında görülmektedir. Bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara bağlı ölümlerin % 75'i(28 milyon) ve prematür ölümlerin % 82'si tahmin edilenin aksine düşük ve orta gelişmiş olan ülkelerde gerçekleşmektedir(16).

İskoçya'da yapılan bir çalışmada gelişmişlik düzeyi düşük bölgelerde yaşayan kişilerde multimorbidite ortaya çıkma yaşının 10-15 yıl daha erken olduğu görülmüştür (17).

2004 yılında yapılan Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması'na göre ulusal ölüm nedenleri arasında ilk sırayı % 21,7'lik oranla iskemik kalp hastalığı almakta, 2. sırada % 15'lik oranla serebrovasküler hastalıklar ve 3. sırada % 5,8'lik oranla KOAH bulunmaktadır. Ulusal sakatlığa uyarlanmış yaşam yıllarına (DALY) sebep olan hastalıklara baktığımızda ikinci sırada iskemik kalp hastalıkları (% 8) ve üçüncü sırada serebrovasküler hastalıklar (% 5,9) yer almaktadır(18). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre Türkiye'de 2012 yılındaki ölümlerin % 47'si kardiovasküler hastalık, % 22'si kanserler, % 8' si kronik respiratuar hastalıklar, % 2 si de diyabet nedeniyledir. Totalde baktığımızda tüm ölümlerin % 86 'sı bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar nedeni ile gerçekleşmiştir(19).

Hipertansiyon kardiovasküler hastalıklar içinde en yaygın görülen sorundur. 2010 yılında yapılan Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması'na (TURDEP II) göre hipertansiyon prevalansı % 25,6 bulunmuştur(20).

2011 yılında 15 yaş üzeri nüfusta yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması 'nda (TKrHRF) hipertansiyon prevalansı % 24'tür(21). 2003 ve 2012 yıllarında yapılan Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması 1 (PatenT1) ve Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması 2 (PatenT2) verilerini karşılaştırdığımızda PatenT1 çalışmasında ülkemizde 18 yaş üzeri erişkin nüfusta hipertansiyon görülme sıklığı % 31.8 iken, PatenT2'de bu oran % 30,3'tür. Hipertansiyon farkındalık oranları ise PatenNT 1 'de % 40 iken, PatenT2'de % 54,7 olduğu dikkat çekmektedir(22).

Diyabet prevalansı ise TURDEP 2 çalışmasına göre % 13,6, TKrHRF çalışmasına göre ise % 11,1 bulunmuştur (20-23).

KOAH prevalansı ise Ulusal Hastalık Yükü Çalışması'nda % 10,2, Uluslararası KOAH prevalansı çalışmalarından BOLD (Obstrüktif Akciğer Hastalığı Yükü Çalışması (Burden of Obstructive Lung Disease) çalışmasının Türkiye merkezi olan Adana'da 2004 yılında elde edilen 40 yaş üstü KOAH prevalansı % 19,1 bulunmuştur. 2011 yılında yapılan TKrHRF çalışmasında SFT sonuçlarına göre KOAH prevalansı % 5,3, doktor tanısına göre KOAH prevalansı % 4 bulunmuştur (24).

Türkiye'de ve dünyada kronik hastalıkların yaygınlaşması dolayısıyla önemi giderek artmaktadır. Bu artışta bulaşıcı hastalıkların azalmasının yanı sıra tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, erken yaşta ölümlerin azalmaya başlaması, yaşam süresinin uzaması, yaşlı nüfusun giderek artması, hızlı kentleşme, çevre kirliliği gibi çeşitli etkenlerin etkisi vardır(25-27).

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ), Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü için 2008-2013 Eylem Planı raporunu hazırlamıştır. Bu raporda bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolünü sağlamaya katkıda bulunmak için araştırmaların teşvik edilmesi, ulusal politikalar ve planların yapılması, kronik hastalıklar için değiştirilebilir ana risk faktörleri olan sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite, tütün ve alkol kullanımını azaltmaya yönelik müdahalelerin teşvik edilmesi amaçlanmıştır.

DSÖ yayınladığı bu raporda; başta kalp damar hastalıkları, kanserler, diyabet ve kronik solunum yolu hastalıkları olmak üzere kronik hastalıkların insan sağlığını tehdit eden önde gelen önemli hastalıklar olduğuna vurgu yapmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre; diyabet hastalarının sayısının 2030 yılında iki katından daha fazla olacağı öngörülmektedir(28-31).

Raporda geçen dört hastalık grubunun, dünya nüfusunun her yıl tahmini olarak ortalama 35 milyon kişinin ölümüne (küresel tüm ölümlerin % 60'ına) neden olduğu ve bunların yaklaşık % 80'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana geldiğini vurgulanmaktadır. Aynı zamanda önümüzdeki 10 yıl içerisinde bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle toplam ölüm sayısının, dünya çapında % 17 oranında artacağını tahmin edildiğini açıklanmıştır(28). Bu hastalıklar arasında dünyadaki ölümlerin birincil nedeni olarak kardiyovasküler hastalıklar gösterilmektedir. 2004 yılında kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle yaklaşık 17,1 milyon insan hayatını kaybetmiştir; bu sayı tüm ölümlerin % 29'unu oluşturmaktadır(29-30). Bu hastalıklara ek olarak yaklaşık 300 milyon kişinin astım, 210 milyon kişinin KOAH hastası olduğu bildirilmektedir(29-31). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre; dünyada yaklaşık diyabet hasta sayısı 180 milyondan daha fazla kişidir. Mevcut rakamın 2030 yılında iki katından daha fazla olacağı öngörülmektedir(29-32).

Ülkemizin nüfus yapısı genç nüfus ağırlıklı olup, gelişmekte olan ülkelerle benzerlik göstermektedir. Son yıllarda ülkemizde ana- çocuk sağlığı, aşılama ve bulaşıcı hastalıklar alanında önemli başarılar elde edilmesine rağmen, ölüm sebepleri bakımından gelişmiş toplumlardakine benzer oranda kronik hastalıklar görülmektedir(33).

Türkiye'deki mevcut kronik hastalık dağılımlarına bakacak olursak ölüme neden olan ilk 10 hastalık içerisinde 7 tanesi kronik hastalıklar tarafından oluşmaktadır. 2004 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan Hastalık Yüğü Çalışması'nda ise; ulusal düzeyde temel hastalık gruplarının yüzdelik oranlarına göre ilk üç sırada sırasıyla; % 47,73 kardiyovasküler hastalıklar (serebrovasküler hastalıklar dahil) % 13,07 kanserler % 8,84 HIV/AIDS hariç diğer enfeksiyon hastalıkları yer almaktadır. Solunum sistemi hastalıkları ise % 7,95 oran ile dördüncü sırada iken, diyabet % 2,22 oran ile sekizinci sırada yer almaktadır(34).

Kronik hastalıkların, gelecek yıllarda bugün olduğundan daha fazla önem kazanacağı beklenmekte olup sağlık hizmetlerinin planlanmasında bu durumun dikkate alınması gerekmektedir. Kronik hastalıkların kontrolü çalışmalarının yanı sıra yaşlıların ve kronik hastalığı nedeniyle fonksiyonel kayıpları olan bireylerin bakımının sağlanması amacı ile de düzenlemelere de ihtiyaç duyulmaktadır(25).

2.1.3. Kronik Hastalık Yönetimi

Kronik hastalık yönetim kavramının amacı bir ya da daha fazla kronik hastalığa sahip bireylerin aldığı bakımın kalitesini artırmak, hastaların yaşam kalitesini geliştirmek ve maliyet etkin olabilmektir. Bu da koordine edilmiş, kapsamlı ve multidisipliner bir yaklaşım gerekmektedir. Aynı zamanda kişilerin kanıta dayalı kılavuzlara uyumu sağlanmalı, sağlık hizmetlerine ulaşmaları kolaylaştırılmalı ve tedaviye uyumları artırılmalıdır(35,36). Ayrıca çeşitli eğitimler verilerek hastalarının öz-yönetim becerisi kazanması desteklenmelidir(37). Öz-yönetim desteği ve düzenli takip ile entegre olmuş bir sistemle tedavi alındığında kronik hastalıkların bakım kalitesi artmaktadır(38).

Kronik hastalıkların uzun olması ve sürekli bakım gerektirmesi nedeni ile, önlenmesi ve yönetimi için bütüncül bir yaklaşıma ihtiyaç vardır. Kronik hastalıklarla mücadele etmek için risk faktörlerinin değerlendirilmesi, hastaların erken tanısı, yüksek risk grubunda olanların belirlenmesi ve değerlendirilmesi, farmakolojik ve psikososyal müdahelerin kombine edilmesi ve tedavi uyumu açısından hastaların uzun süreli izlenmesi gerekir. Kronik hastalıkları önlemek için yeni politika stratejileri geliştirilmelidir. Seçilen müdaheler olumlu değişikliklere yol açabilmeli, maliyet etkin olmalı ve kolay ulaşılabilir olmalıdır. Etkinliği gösterilen iyi kanıtlar tütün kullanımı, yüksek riskli kardiovasküler hastalıklar, bozulmuş glukoz intoleransı, zararlı alkol kullanımı ve depresif bozuklar üzerine yapılmış müdahelerdir(37).

Kronik hastalıkların yönetiminde birincil amaç risk faktörlerini uzaklaştırılması, ikinci hedef erken tanı ve mümkünse tedavisidir. Hastalar erken tanı olarak yönetim programlarına dahil edilmeli, eğitimlerle karar alma sürecinde sorumluluk almaları sağlanmalıdır. Hekimler de koordinasyonu sağlayarak yol gösterici olmalıdır. Kanıta dayalı kılavuzlar ve bilimsel kanıtlar eşliğinde tedavi planı düzenlenmelidir(39).

Kronik hastalık yönetimini konu alan çeşitli çalışmalarda, tedaviye karar verilirken hastaların % 91'inin katılımının olmadığı, hekimlerin iş yükü fazlalığı nedeniyle hastalara yeterince vakit ayıramadıkları bildirilmektedir(40,41). Yeterince katılımı sağlanamayan ve bilgilendirilmeyen hastaların davranış değiştirmede daha az uyum ve daha olumsuz sağlık bakım sonuçları gösterdikleri bildirilmektedir(42). Bununla birlikte kronik hastalık yönetiminin başarısını etkileyen nedenler arasında, kronik hastalık yönetiminde rol alan sağlık profesyonellerinin sayılarının yetersizliği, bakım koordinasyonundaki azlıklar, klinik karar destek ve bilgi sistemlerinin eksikliğinin yanı sıra, sağlık profesyonellerinin eğitiminde kronik hastalıkların öz-yönetimi yerine geleneksel tedavi ve bakım anlayışının yer alması gösterilmektedir (43,44).

Optimal koşullardaki kronik hasta yönetiminin oldukça karışık bir yapısı vardır. Hem hasta ve hem de ailesi için bireyselleştirilmiş, süreklilik gösteren bir yönetim biçimi benimsenmelidir. Bu yönetim en iyi şekilde, diğer sağlık sistemleri ile sürekli iletişim halinde olan iyi eğitim almış birinci basamak hekimlerince yapılabilir(45).

2.1.3.1. Kronik Bakım Modeli

Kronik bakım modeli birinci basamakta kronik hastalık yönetiminde kaliteyi artırmak için oluşturulmuş rehber niteliğinde bir modeldir. Bu model E. Wagner ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir.

Bu sistem aktif hale gelmiş hastanın, proaktif sağlık bakım ekibi ile etkili iletişim halinde olmasına dayanır(46,47). Akut sorunları çözmeye yönelik bakımın; planlanmış, proaktif, toplum tabanlı özellik gösteren bakım sistemine dönüştürülmesi amaçlanmıştır. Proaktif kavramı, sağlık bakım ekibinin akut sorunlardan bağımsız olarak, hastalıkları ve komplikasyonları önlemek amacı ile hasta ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde hazır olması anlamına gelir(48). Kronik hastalık bakımının büyük çoğunun birinci basamakta yer almasından dolayı birinci basamak hekimlerinin kronik hastalık bakımına çok zaman ayırmaları gerekmektedir. Bu durum kronik bakım modeli, kaliteli kronik hasta bakımının kriterlerinin farkına varılarak çalışma bölgelerinde değişiklikler yapmaları için birinci basamak hekimlerine rehberlik edebilir(49,50).

Popülasyonun hızlı yaşlanması ve ömrün uzaması kronik hastalıkların sıklığı giderek artırmakta bu da sağlık organizasyonu ve hizmet kalitesinde eksiklere yol açmaktadır.

Kronik bakım modelinin kullanılması ile hastaneye yatış sayısında, hastaneye yatış süresinde, medikasyonda ve mortalitede azalma görülmüştür(51).

Model birbiri içine geçen üç galaksiden oluşmaktadır: Toplum, sağlık sistemi ve hizmet sunumu sağlayıcıları. Bu üç galaksi içinde de modeli oluşturan 6 bileşen vardır(49).

1. Toplumsal kaynaklar ve politikalar
2. Sağlık sistemi organizasyonu
3. Öz-yönetim desteği
4. Hizmet sunumu
5. Karar desteği
6. Klinik bilgi sistemleri

2.1.3.1.a Toplumsal kaynaklar ve politikalar

Kronik bakımı geliştirmek için sağlık sistemi kaynakları ile toplum arasında bağlantı kurulmalıdır(49). Etkili toplum programlarına katılmak için hastaların teşvik edilmesi sağlanır. Hasta bakımı ve toplum bakımı imkanlarını geliştirmek için politikalar geliştirilmesine öncülük eder(48).

2.1.3.1.b. Sağlık sistemi organizasyonu

Sağlık sistemin üst düzeyinde yöneticilerinden başlayarak her düzeyde bir gelişim ve iyileşme görölmesinin desteklenmesi gerekir(48). Kronik bakımı bir öncelik olarak görmeyen organizasyonların hedeflerinde ilerleme sağlanamaz. Bakımın iyileştirilmesi için kronik hastalıkların geri ödeme sistemleri tarafından desteklenmesi gerekir(49).

Organizasyon sistemindeki yanlış ya da eksik uygulamaların saptanabilmesi için bir geri bildirim mekanizmasının olması gerekir(50).

2.1.3.1.c. Öz-yönetim Desteği

Özyönetim desteği kronik bakım modelinin anahtar bileşenidir. Kronik hastalığı olan kişilerinin asıl bakımını kendilerinin üstlenmesi, bakım sürecine hasta katılımının sağlanması anlamına gelmektedir. Kişiler yıllarca hastalıklarıyla yaşamak zorundadırlar. Bu yüzden hastalar yönetilirken diyet, egzersiz, kendi kendine cihaz kullanımı gibi eğitimlerin verilmesi gerekir. Hasta kendini yönetebilir olmalıdır. Öz yönetim desteğinin sağlanması için, hastaların aileleri ve yakın çevresi, hastanın özyönetim güveni ve becerisi kazanmasında işbirliği içinde olmalıdırlar(49).

2.1.3.1.d. Hizmet Sunumu

Kronik hastalıkların yönetimi planlanmış ve yapılandırılmış olmalıdır. Akut bakım ve kronik bakım ayrımı yapılmalıdır.

Bakım ekibinin görev tanımı ve görev dağılımı açık bir şekilde yapılmalıdır. Böylece proaktif bir bakım sağlanarak hastalar düzenli takip altına alınır. Planlanmış vizitler modelin önemli bir özelliğidir. Kompleks hastalıklarda olgu yönetimi uygulanmalı veya bakım koordinatörü sağlanmalıdır. Bakım sosyokültürel düzeylerine göre verilmeli, hastanın anlayacağı bir dil kullanılmalıdır(49).

2.1.3.1.e.Karar Desteği

Optimal kronik bakımı sağlamak için kanıta dayalı klavuzlar günlük uygulamalara entegre edilmelidir. Hekim ihtiyaç duyduğunda kanıta dayalı kılavuzlara ulaşabilmeli, kılavuzların sürekli güncel tutulması sağlanmalıdır. Hastalar da kılavuzlar konusunda bilgilendirilerek tedavi sürecine katılabilirler. Ayrıca sağlık ekibi hizmetiçi eğitimlerle desteklenmelidir. Uzman hekimler de birinci basamak hekimleriyle iletişim halinde olup bilgi paylaşımı sağlamalıdır(49,50).

2.1.3.1.f.Klinik bilgi sistemleri

Klinik bilgi sistemleri üç konuda önemli rol oynar:

1.Birinci basamak uygulamalarında sağlık ekibine yönelik uygun hatırlatıcılar vardır.

2. Kronik hastalık takibi HbA1c, lipid düzeyleri gibi ölçümleri kaydederek hekimlere için bir geri bildirim sistemi sağlar.

3.Bireysel hasta bakım planlama ve toplum tabanlı bakım planlaması için kayıtların tutulmasını sağlar.

Hasta takvimine göre hastalara takip ve laboratuvar testi gerektiğinde hatırlatma amacıyla uyarı mesajları sistemlere dahil edilebilir(49). Bakımın koordine edilebilmesi için sistemdeki bilgiler hastalar ve sağlık sistemi sağlayıcıları ile paylaşılır(48).

2.1.4.1. Kronik Hasta Bakımı

Kronik hastalıklar hem nüfusun hızlı yaşlanmasından, hem de kronik hastalığı olan kişilerin ömrünün uzamasından dolayı artmaktadır. Son çalışmaların verilerine göre Amerika'da 145 milyondan fazla insan kronik hastalıklardan etkilenmektedir. Yapılan projeksiyonlara göre bu rakamın 171 milyon kişiye ulaşması beklenmektedir(50). Kronik hastalıkların toplum kökenli önlenmesi ve geliştirilmesi için yeni sağlık politikalarının geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır(51). Çünkü kronik hastalık bakımındaki en önemli problemlerden biri sağlık sisteminin sadece acil durumlara yönelik oluşturulmasıdır(52).

Bu durum sonuçta aile hekimlerine bu durumla baş edebilmeleri için büyük sorumluluklarla karşı karşıya bırakmaktadır.

Aile hekimliğinin hasta merkezli yaklaşımı kronik hastalık bakımında öne çıkmaktadır. Kronik hastalık durumu yaşam boyunca devam etmektedir. Bu durum sosyoekonomik durum, eğitim, istihdam ve sosyal çevreden etkilenmektedir (53).

Kronik bakım modeli ise kronik hastalıkların önlenmesi, tanı, tedavi ve palyasyonunu içine alan kapsayıcı bir yaklaşımdır. Başlama yaşı ne olursa olsun, nedeni bilinen yada bilinmeyen, psikolojik yada fiziksel tüm kronik durumlar hem kişilerin kendilerine hem de ailelerine büyük yükler getirmektedir. İyi bir kronik hastalık bakımında bunların hepsi dikkate alınarak hem hasta hem de ailesi için düzenlemeler yapılmalıdır(52). 1970'li yıllarda kronik hastalık bakımı için düzenlemeler yapılması gerektiği fikri ilk kez ortaya atılmıştır(53). Tıbbi bakım sağlandıktan sonra kronik hastalığı olan kişilerin kendi hastalıklarını yönetebilmesi ve en uygun tedavinin planlanmasını sağlayabilmek için karşılıklı olarak bakım planlarının anlaşılması, karşılıklı ve sürekli izlem, bakım ekibi ve hasta arasında iyi etkileşim olması gerekmektedir(52). Bakım için sürekli, çok yönlü ve koordine sistemler önerilmektedir(54).

Kronik bakım modeli ile yapılan çalışmalar geniş bir yelpazede yer almaktadır. Kronik bakım modeli; fiziksel immobilité, sağlıksız beslenme, sigara içiciliği gibi önemli sağlık sorunlarına neden olabilen davranışları önleme ve kronik hastalıklardan korunmada kullanılmıştır ve güzel sonuçlar elde edilmiştir(52).

Kronik bakım modeli ile birinci basamak bakımı ön plana çıkarılarak hastaların aktif katılımları ve bilgilendirilmeleri sağlanır, öz yönetim için hastalara destek verilir. Bununla beraber hastalara en uygun tedavi ve izlem planı oluşturulur. Bu sayede hastaların bakım sonuçlarında ve kalitesinde düzelme, hastanın memnuniyetinde artma ve bakımına aktif olarak katılımı sağlanır. Kronik bakım modeli kullanılarak etkili bir hastalık ve davranış yönetimi için sağlık profesyonellerinin yeterli tecrübe ve deneyime sahip olmaları, mevcut kaynakları etkin şekilde kullanabilmeleri gerekmektedir (55).

Birinci basamakta görev yapan bir aile hekiminin kronik hastalığı bulunan hastalarına daha iyi bir sağlık hizmeti verebilmesi ve hasta memnuniyetini arttırmak için kronik hastalık bakım modeli faydalı bir modeldir. Modelin hayata geçirilebilmesi için yeniliği destekleyen liderlik, yeterli finansal destek, sistemli organizasyon çevresi toplum sağlığından sorumlu kurum ve kuruluşlar arasında işbirliği ve iyi bir iletişim olması gereklidir. Kronik bakım modelinde asıl hedef; bilgili, istekli, motive edilmiş hasta ile hastalık konusunda gerekli olan donanıma deneyime sahip olan bakım ekibi arasında eldeki kaynakları iyi kullanarak iyi bir iletişim ve etkileşim sağlayarak bakım kalitesi ile hasta memnuniyetinin artmasını sağlamaktır(56).

2.1.4.2 Kronik Hastalık Yönetiminde Aile Hekimliğinin Yeri

Düşük ve orta gelirli ülkelerde kronik hastalıklara yönelik sağlık bakımı daha çok hastane merkezli akut bakıma dayanmaktadır. Kronik bir hastalığa yönelik akut bir durum veya komplikasyon gelişmesi durumunda sağlık sistemine başvurmak maliyeti artırmaktadır. Ayrıca erken tanı yöntemi ile mücadele olmadığı için kronik hastalıklarda bir azalma görülmemektedir.

Bu yüzden kronik hastalıkların birinci basamağa entegre edilmesi gerekmektedir(57). 2014 yılında yapılan 13. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Sempozyumu sonuç bildirgesinde birden çok sağlık sorunu olan hastanın izlenmesi için en iyi donatılmış ve konumlanmış olan hekimin aile hekimi olduğu vurgulanmıştır(58).

Aile hekimlerinin kronik hastalıkların önlenmesinde, erken tanısı, tedavisi, diğer sağlık sistemleri ile koordinasyonunda ve rehabilitasyonunda görevleri vardır. Aile hekimliğini diğer disiplinlerden ayıran en önemli noktalardan biri de kapsamlı bakım ve süreklilik göstermesidir. Kapsayıcı bakım özelliklerinden dolayı aile hekimi hastalarının akut ve kronik sorunlarını birlikte yönetir. Hastanın doğumundan ölümüne kadar tekrarlayan temaslarla oluşan bilgi birikimini biyopsiksosyal bir çerçevede hasta yönetiminde kullanılır. Ayrıca aile hekimi, hastayla uzun süreli iletişim halinde olmasından dolayı, gerektiğinde özel branş dalları ile koordinasyonunu sağlar(59,60).

2.1.4.3 Türkiye’de Kronik Hastalıkların Önlenmesine Ait Müdahaleler

1996 yılında tütün salgınına karşı 4207 Sayılı Tütün Mamullerin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun’un çıkarılarak ve 2004 yılında Uluslararası Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesinin imzalanıp ve TBMM’de kanun haline getirilmiştir. 2007 yılında ise Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı ile Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı kurulmuştur. 2008 yılında Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı kabul edilmiştir. 2010 yılında Alo 171 Sigara Bırakma Hattı ve 2011’de Tütün Bağımlılığı İlaçları Destek Programı başlatılmıştır(61).

Kalp ve damar hastalıklarıyla daha etkili mücadele edebilmek için Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından üç temel risk faktörüne (tütün, obezite ve fiziksel hareketsizlik) yönelik olarak hazırlanan ve toplum tabanlı bir program olan “Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı” 2007 yılının Aralık ayında uygulamaya konulmuştur.

28 Ocak 2008’de Sağlık Bakanlığında Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde “Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı” ile “Sağlığın Teşviki Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Yönetimi ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı” kurulmuştur. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı bünyesinde; Kalp ve Damar Hastalıkları Şube Müdürlüğü, Metabolik Hastalıklar Şube Müdürlüğü, Solunum Sistemi Hastalıkları Şube Müdürlüğü, Yaşlı Sağlığı Şube Müdürlüğü, Özürlüler Sağlığı Şube Müdürlüğü, Diğer Kronik Hastalıklar Şube Müdürlüğü bulunmaktadır (61).

2009 yılında Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astım-KOAH) Önleme ve Kontrol Programı (2009-2013) Eylem Planını, 2010 yılında Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı (2010-2014) ve Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014), 2011 yılında ise Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı kabul edilmiştir(61).

2.1.4.4.Kronik Hastalık Yönetiminde Türkiye’de Yapılan Sağlık Harcamalarının Etkisi

Sağlık finansman sisteminin temel amacı, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini karşılamak için gerekli kaynakları yaratmak, adil bir biçimde toplumu ve bireyleri sağlık ihtiyaçlarının finansal yüküne karşı korumaktır. Cepten sağlık harcaması, doğrudan hastalar veya hanehalkı tarafından sağlık hizmetleri için yapılan ödemelerdir. Cepten sağlık harcamaları, birçok ülkede toplam harcamanın büyüklüğü ve payı bakımından kamu sağlık harcamalarından sonra ikinci finansman kaynağıdır. Cepten yapılan harcamanın yükü bireylerin sağlık hizmet kullanımını, özellikle

pahalı hizmet kullanımını ve sağlık statüsünü etkileyebileceğinden, cepten harcama boyutunun ve alt gruplar itibarıyla dağılımının iyi yapılması gerekmektedir(62).

Cepten yapılan harcamalar doğrudan tıbbi giderler, dolaylı tıbbi giderler ve tıbbi olmayan giderler olmak üzere 3'e ayrılmaktadır. Tıbbi olan doğrudan giderler acil servis kullanımı, hastaneye yatış, ayaktan tedavileri kapsar. Tıbbi olmayan doğrudan giderler ise ev tamiratları, hastalığın tedavisi için kolaylaştırıcı yöntemler (alerjik yastık kullanımı gibi). Dolaylı giderler ise hastalık nedeni ile yaşanan iş günü kayıplarıdır.

Son olarak da yeni oluşan sağlık bilinci ve pahalı tıbbi teknoloji kullanımına yönelim cepten yapılan sağlık harcamalarında artışa yol açabilmektedir(62).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Evren ve Örneklem

Kesitsel tanımlayıcı tasarıma sahip bu çalışma Hatay ili merkez ilçesi Antakya'da yürütüldü.

Hatay il nüfüsü 1.520.967 kişi, merkez ilçe Antakya'nın nüfüsü ise 347.904 olup burada yaşayan 18 yaş üstü kişi sayısı 290.560'dır(61). Kronik hastalıkların Türkiye'de ki sıklığını % 35 kabul ettiğimizde $d=0.04$ hatayla ve % 95 güven ile hesapladığımızda ulaşmamız gereken en az hasta sayısı 550 olarak bulundu.

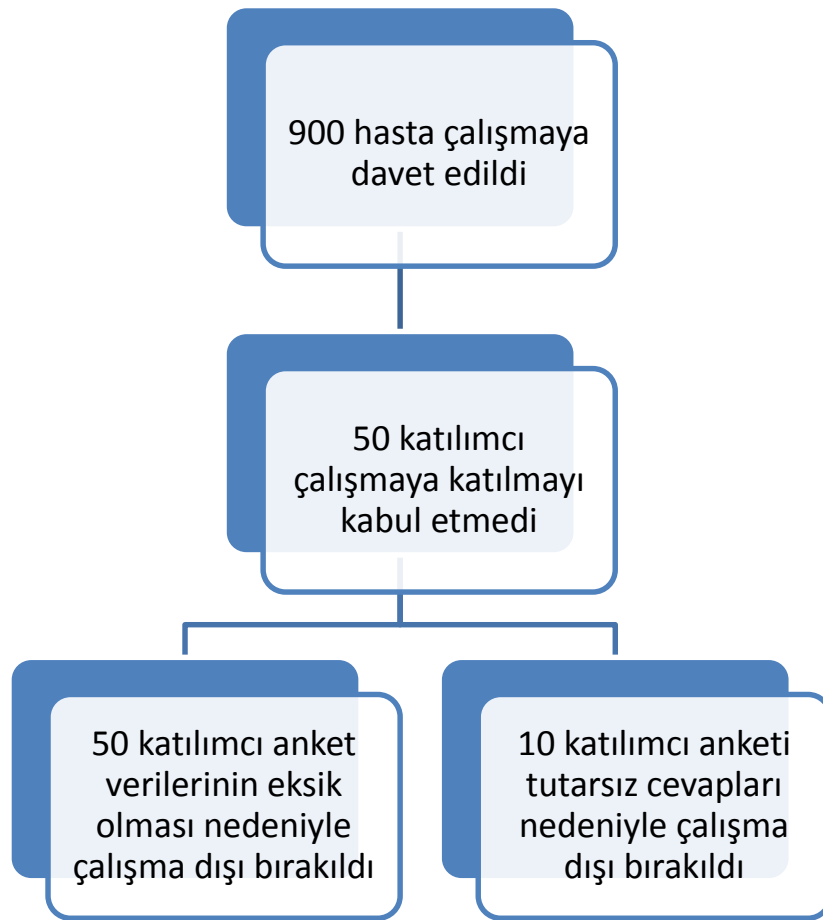
Bu bağlamda % 20 oranında olası eksiklikleri düşünülerek ulaşmamız gereken hasta sayısını en az 660 olarak belirledik(62).

Evreni oluşturan Antakya merkez ilçesinde 35 ASM ve 86 Aile Hekimi bulunmaktadır. Çalışmanın Antakya merkez ilçedeki ASM' lerde yapılması yönünde Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden izin istenmiştir. Çalışma, Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün anketleri uygulamak için uygun gördüğü Hatay İli Antakya Merkez İlçesi'ne bağlı toplamda 4 ASM' de gerçekleştirilebilmiştir. Mustafa Kemal Üniversitesi Etik Kurulu'ndan ve Hatay Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden çalışma için onay alındıktan sonra çalışmaya herhangi bir nedenle Serinyol 1 ve 2, Anayazı ve Karaali Aile Sağlığı Merkezi'ne kendiliğinden başvuran 18 yaş ve üzeri 1 yıl ve daha uzun süredir kronik hastalığı olan bireyler dahil edildi.

Anketler, 2017 yılında, Haziran- Eylül 2017 ayları arasında, bireylere çalışmayla ilgili bilgi verildikten ve katılımcılardan onam alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Bu süreçte, 9 Aile Hekimi'ne kayıtlı toplamda 900 katılımcıya ulaşıldı fakat 50 katılımcı çalışmaya katılmayı kabul etmedi.

Kalan 850 hastaya anket uygulandı. Anketlerin değerlendirilmesi s¼recinde 60 anketteki verilerin eksik olması ve tutarsız cevaplar nedeniyle toplamda 790 anket formu değerlendirilmeye alındı. Çalışmaya katılmaya engel derecede sağlık sorunu olan, onam vermeyen ya da T¼rke konuşamayan bireyler çalışma dışında bırakıldı.

Çalışma kapsamında haftanın 2 g¼n¼, 4 ay boyunca çalışma yapılacak olan ASM'lere gidildi. Anketler, katılımcıların sorulara yanıtları doğrultusunda, anketi uygulayan çalışma y¼r¼t¼c¼s¼ tarafından y¼zy¼ze g¼r¼řme y¼ntemi ile uygulandı.



şekil 1:Ankete Katılım Durumu

3.1.1.Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri;

1. 18 yaşından büyük olmak
2. En az 1 yıl öncesi kronik bir hastalık tanısı almak
3. Onam vererek çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak
4. Belirlenen ASM 'lerden birine başvurmuş olmak

3.1.2.Çalışmadan Dışlanma Kriterleri;

1. 18 yaşından küçük olmak
2. Çalışmaya katılamayacak kadar psikiyatrik veya bilişsel rahatsızlığa sahip olmak
3. Türkçe konuşamayan bireyler
4. Gebe olmak

3.2 Veri Toplama Araçları

Anket formu araştırmacılar tarafından literatür bilgileri taranarak, kronik hastalığa sahip olan bireylerin sosyodemografik özelliklerini, kronik hastalık özelliklerini ve aldığı sağlık hizmetlerini, yaptıkları sağlık harcamalarını ve ilaç uyumuna olan etkilerini kapsayan yapılandırılmış bir anket oluşturuldu. Anketin yanısıra hastaların aldıkları bakımı kendilerinin değerlendirmesine olanak veren Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu Modifiye PACIC Ölçeği çalışma yürütücüsü tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Anket çalışmasına başlamadan önce soruların anlaşılabilirlik durumunu, eksikliklerini ve bir anketin ortalama tamamlanma süresini belirlemek için aile hekimliği polikliniğimize başvuran kronik hastalığı olan 15 kişi ile pilot uygulama yapıldı.

4.2.1. Türkçe Modifiye Pacic Ölçeğinin Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması Ölçeğin Kapsam Geçerliği

Çalışmamızda kullandığımız Modifiye PACIC Ölçeğinin geçerliliği ve güvenilirliği, Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim dalında Araştırma Görevlisi Dr. Handan ÖZDEMİR tarafından Prof. Dr. Okay BAŞAK danışmanlığında yapılan ‘Aile Hekimliğinde Kronik Hasta Yönetimi: PACIC (The Patient Assessment Of Chronic Illness Care) Ölçeğini Modifiye Etme Ve Ölçeğin Geçerlik Ve Güvenilirliği’ isimli uzmanlık tezinde gösterilmiştir(63).

Modifiye PACIC Ölçeğinin toplam puanı 26 maddenin tümünün ortalama puanı ile hesaplanır. Her bir katılımcı için bütün maddelerin ortalaması alınarak ortalama madde ölçek puanı hesaplanır. Daha sonra bütün katılımcılar için hesaplanan bu puanların toplamı katılımcı sayısına bölünerek madde toplam ölçek puanı hesaplanır. Ölçeğin toplam puanı ve her bir alt boyutun ortalama puanı; 1 = hiçbir zaman, 2 = nadiren, 3 = bazen, 4 = çoğu zaman ve 5 = her zaman şeklinde 5’li Likert tipi bir derecelemeyle ölçülür. Ölçek puanlarındaki artış, kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin yüksek ve kronik hastalık yönetiminin yeterli olduğunu gösterir.

Kronik bakım modelinin temel 6 ögesi doğrultusunda oluşturulan Türkçe Modifiye PACIC Ölçeği, 26 maddeden ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar:

1. Hasta Katılımı (PatientActivation): Karar vermede hasta verisi ve kapsamını belirleme faaliyetleridir.
2. Sağlık Hizmetleri Sunum Planı\Karar Verme Desteği (Delivery SystemDesign\DecisionSupport): Hastaların bakımları hakkındaki görüşlerini artırmak için bilgi sağlama ve bakımı organize etme faaliyetleridir.
3. Amaç Belirleme\Rehberlik (GoalSetting\Tailoring): Belirli, işbirlikçi amaçlar belirlemek için bilgi edinmektir.
4. Problem Çözme (Problem Solving): Tedavi planı oluşturmada potansiyel engelleri, hastaların sosyal ve kültürel çevrelerini dikkate almaktır.

5. İzlem\Koordinasyon (Follow-up\Coordination): Ofis temelli bakımı sağlamak, güçlendirmek, gelişmiş koordineli bakımı belirlemek için hastalarla verimli ilişkiler düzenlemektir.

Alt boyutlar kronik bakım modelinin 6 ögesini tam olarak karşılayamamaktadır; çünkü “Sağlık Bilgi Sistemleri”, “Sağlık Bakım Organizasyonu” gibi öğelerin hastalar tarafından değerlendirilmeyeceği belirtilmektedir. “Sağlık Hizmetleri Sunum Planı\Karar Verme Desteği” birleştirilerek adı geçen iki model bileşini “Hasta Katılımı” adı altına alınmıştır. Öz-yönetim desteğini ise “Amaç Belirleme” ve “Problem Çözme” bölümleri yansıtmaktadır. Ölçek tarafından sorgulanan “İzlem\Koordinasyon” tüm model bileşenleri için önemli bir alt boyuttur(64). Son şeklini alan ölçeğin kapsam geçerliği özellikleri Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1: Türkçe Modifiye PACIC Ölçeğin Kapsam Geçerliği Özellikleri

| Alt Ölçekler | Ölçek Maddeleri |
|----------------|--|
| Hasta Katılımı | M1. Tedavi planı yapılırken görüşlerim alındı |
| | M2. Tedavimle ilgili düşünmem için seçenekler sunuldu |
| | M3. İlaçlarım, etkileri ya da yan etkileri ile ilgili sorunları konuşabildim |
| | M4. Ne olduğu, nedenleri, risk etkenleri, tedavisi, kısa ve uzun dönem etkileri gibi hastalığımla ilgili tüm konularda bilgilendirildim |
| | M5. Hastalığımla ilgili tüm karar alma süreçlerine dahil edildim |
| | M6. Bana evde bakım veren kişiye/kişilere hastalığımla ilgili |

| | |
|-------------------------------|---|
| | tedavisini kolaylaştırmaya yönelik bilgi verildi |
| | M7. Hastalığımla ilgili önerilere uymam yönünde teşvik edildim |
| Sağlık Hizmetleri Sunum Planı | M8. Daha sağlıklı bir yaşam için yapmam gerekenlerin yazılı bir listesi verildi |
| | M9. Bana sunulan hizmet iyi planlanmıştı |
| | M10. Tedavi sürecinde kendi yaptıklarımın hastalığımla nasıl etkilediği anlatıldı |
| | M11. Hastalığımla ilgili olarak ihtiyaç duyduğumda doktoruma/yardımcısına ulaşabildim |
| Amaç Belirleme | M12. Yemek ve egzersiz alışkanlıklarımı düzeltmem için hedefler oluşturmama yardım edildi |
| | M13. Tedavim için yapılacakların bir kopyası bana verildi |
| | M14. Sağlık alışkanlıklarım ile ilgili sözlü ya da yazılı sorular soruldu |
| | M15. İlaçlarımı ve gerekli cihazları doğru kullanmayı öğrenmem konusunda yardım edildi |
| | M16. Hastalığımla başa çıkmama yardımcı olacak yazılı veya görsel materyaller önerildi |
| Problem Çözme | M17. Bana tedavi tavsiyelerinde bulunurken doktorum ya da hemşiremin benim değer, inanç ve geleneklerimi dikkate aldığını düşündüm |
| | M18. Zor durumlarda bile hastalığım ile ilgili hizmet alabilecek şekilde ileriye dönük plan yapmama yardım edildi |

| | |
|-----------------------|--|
| İzlem/ kordinasyon | M19. Hastalığımın hayatımı nasıl etkilediği soruldu |
| | M20. Benimle kurulan iletişim yeterliydi |
| | M21. Durumumu ve hastalığımın seyrini değerlendirmek üzere görüşme sonrası benimle temas kuruldu |
| | M22. Bir diyetisyen, sağlık eğitimcisi ya da sağlık danışmanına yönlendirildim |
| | M23. Başka doktorlarla yaptığım görüşmelerin tedavime nasıl yardımcı olduğu bana anlatıldı |
| | M24. Diğer doktorlarla yaptığım görüşmelerin nasıl geçtiği soruldu |
| | M25. Hastalığımla ilgili farklı sağlık çalışanlarından aldığım sağlık hizmetlerinin koordinasyonu yapıldı |
| | M26. Hastalığımın olumsuz sonuçlarına yönelik hizmet almam konusunda desteklendim |

3.3 Verilerin Analizi

Araştırma sonunda anket formu aracılığı ile elde edilen verilerin kaydı Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versiyon 21.0 istatistik paket programı ile yapıldı. Verilerin kontrolleri ve analizleri de aynı program ile sağlandı.

İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistikler için frekans (%), ortalama değer, standart sapma, medyan, en yüksek ve en düşük değerler kullanıldı.

Verilerin analizinde Mann Whitney U, Kruskall Wallis, Spearman korelasyon; kategorik değişkenler için ise Ki Kare testleri kullanıldı. İstatistiksel analizlerde p değeri 0,05'ten daha küçük değerler anlamlı olarak kabul edildi.



4. BULGULAR

Çalışmaya toplam 790 hasta alındı. Bu hastaların 400'ü(% 50,6) kadın iken, 390'ı(% 49,4) erkek hastaydı. Çalışmaya katılan hastaların ortalama yaşı $47,11 \pm 15,20$ en küçük yaş 18 ve en yüksek yaş ise 75 olarak bulundu. Kadınlarda ortalama yaşı $45,57 \pm 14,67$ ve erkeklerin ortalama yaşı $48,69 \pm 15,59$ idi($p= 0,004$).

Çalışmaya alınan 790 hastadan 526'sı(% 66,6) evli iken, 174'ü(% 22,0) bekar, 90(%11,4) hasta ise boşanmıştı($p=0,001$).

Çalışma durumlarına bakıldığında hastaların 270'i(% 34,2) çalışıyor iken 520'si(% 65,8) çalışmıyordu. Meslek gruplarına bakıldığında ise 106(% 13,4) hasta öğrenci, 129 'u (% 16,3) memur, 85(% 10,8) kişi işçi, 154(% 19,5) kişi emekli, 80 kişi (% 10,1) serbest meslek, 216 (% 27,3) kişi ev hanımı, 20(% 2,5) kişi de diğer meslek gruplarını oluşturmaktaydı($p=0,001$).

Eğitim düzeyine bakıldığında 36(% 4,6) kişi okuma ve yazma bilmiyordu. 203(% 25,7) hasta ilkokul mezunu, 117(% 14,8) hasta ortaokul mezunu,179(% 22,7) hasta lise ve 255 (% 32,3) hasta üniversite mezunu idi($p=0,001$).

Sosyal güvencelerine bakıldığında 93(% 11,8) hastanın yeşil kartı 232(% 29,4) hastanın emekli sandığı 120 hastanın (% 15,2) 305(% 38,6) hastanın SSK 'sı bulunmaktaydı. 40(% 5,1) hastanın ise sosyal güvencesi bulunmamaktaydı($p=0,001$).

Ortalama aylık gelir durumlarına bakıldığı zaman 346(% 43,8) hastanın gelir düzeyi 1380 TL'den az, 381(% 48,2) hastanın 1380-4470 TL arası ve 63(% 8,0) 4470 TL'den fazla bulundu($p=0,001$).

Yerleşim durumuna bakıldığında ise, 606(% 76,7) hasta kentsel alanda, 184(% 23,3) kişi ise kırsal alanda yaşamaktadır ($p=0,001$,Tablo 2).

Tablo 2: Çalışmaya Alınan Hastaların Sosyodemografik Bilgileri

| | | N | % | P |
|-----------------|-------------------|-----|------|-------|
| Medeni Durum | Evli | 526 | 66,6 | 0,001 |
| | Bekar | 174 | 22,0 | |
| | Boşanmış | 90 | 11,4 | |
| Çalışma Durumu | Çalışıyor | 270 | 34,2 | 0,001 |
| | Çalışmıyor | 520 | 65,8 | |
| Meslek Grupları | Öğrenci | 106 | 13,4 | 0,001 |
| | Memur | 129 | 16,3 | |
| | İşçi | 85 | 10,8 | |
| | Emekli | 154 | 19,5 | |
| | Serbest meslek | 80 | 10,1 | |
| | Ev hanımı | 216 | 27,3 | |
| | Diğer | 20 | 2,5 | |
| Eğitim Düzeyi | Okur yazar değil | 36 | 4,6 | 0,001 |
| | İlkokul | 203 | 25,7 | |
| | Ortaokul | 117 | 14,8 | |
| | Lise | 179 | 22,7 | |
| | Fakülte | 255 | 32,3 | |
| Sosyal Güvence | Yeşilkart | 93 | 11,8 | 0,001 |
| | Emekli Sandığı | 232 | 29,4 | |
| | Bağkur | 120 | 15,2 | |
| | SSK | 305 | 38,6 | |
| | Yok | 40 | 5,1 | |
| Gelir Düzeyi | 1380TL'den az | 346 | 43,8 | 0,001 |
| | 1380-4470TL arası | 381 | 48,2 | |
| | 4470TL den fazla | 63 | 8,0 | |
| Yerleşim Durumu | Kentsel | 606 | 76,7 | 0,001 |
| | Kırsal | 184 | 23,3 | |

Oranların dağılımı ki-kare testi ile analiz edildi.

Çalışmaya alınan hastalardan ‘gelir durumunu nasıl buluyorsunuz?’ sorusuna 11’i(% 1,4) çok iyi, 152(% 19,2)’si iyi 383’ü(% 48,5) orta, 244 (% 30,9) ‘u kötü olarak yanıtladı.

Sağlık harcamalarının hizmet alımını etkileyip etkilemediği sorulduğunda 362 (% 45,8) etkilediği, 428(% 54,2) hasta ise hizmet alımını etkilemediği söylendi(p=0,018).

Sağlık hizmetlerini nerden aldıklarına baktığımızda ise 167'si(% 21,1) devlet hastanesinden, 54'ü(% 6,8) özel hastaneden, 223'ü(% 28,2) üniversite hastanesinden, 33'ü(% 4,2) sağlık ocağından, 1(% 0,1) acil servisten,19'u(% 2,4) üniversite ve özel hastaneden, 84 'ü(% 10,6) üniversite ve devlet hastanesinden,75'i(% 9,5) üniversite ve sağlık ocağından, 133 'ü(% 16,8) devlet hastanesi ve sağlık ocağından ve 1(% 0.1) kişi de özel hastane ve sağlık ocağından almaktaydı.

Hastaların 144'ü(% 18,2) DM, 158(% 20)'si HT, 45(% 5.7)'si aterosklerotik kalp hastalığı, 96(% 12.2)'sı kronik solunum yolu hastalığı, 51(% 6,5) ruhsal hastalığı bulunan hastalardan oluşmakta idi. Bununla birlikte 296(% 37,4) hasta da diğer kronik hastalıklardan oluşmakta idi(Tablo 3).

Tablo 3. Kronik Hastalıkların Görülme Sıklıkları

| KRONİK HASTALIKLAR | N | % |
|----------------------------------|----------|----------|
| Diyabet | 144 | 18,2 |
| Hipertansiyon | 158 | 20,0 |
| Aterosklerotik Kalp Hastalıkları | 45 | 5,7 |
| Kronik Solunum Yolu Hastalıkları | 96 | 12,2 |
| Ruhsal Hastalıklar | 51 | 6,5 |
| Diğer | 296 | 37,5 |
| Total | 790 | 100,0 |

Hastalara ilaçlarını düzenli alıp almadıklarını sorulduğunda ise 585(% 74,1)'i düzenli aldığını, 205 kişi ise (% 25,9) 'u ise düzenli almadığını belirtti.

İlaçlarını düzenli almak için hatırlatma konusunda yardım alıp almadığını sorulduğunda, 325(% 41,1)'i yardım alırken, 465(% 58,9) 'u ise yardım almamıştı.

Hastaya kendinizi iyi hissettiğinizde ilacınızın dozunu azaltıyor musunuz diye sorduğumuzda 223(% 28,2) hasta azalttığını, 567(% 71,8) hasta ise azaltmadığını belirtti.

Kendinizi kötü hissettiğinizde ilacın dozunu arttırır mısınız diye sorduğumuz da ise 178(% 22,5) hasta arttırdığını, 612(% 77,5) hasta ise arttırmadığını belirtti.

Son bir (1) yılda maliyetten dolayı yazılıandan dolayı yazılıandan daha az ilaç alıp almadıkları sorulduğunda 608(% 77) hayır cevabını verdi. 56(% 7,1)'sı 'daha az hap ya da daha küçük doz hap almak', 24(% 3) 'bir reçeteyi hiç doldurmamak', 46(% 5,8) 'i 'bir reçetenin yazılmasını ertlemek ya da atlamak', 32(% 4,1) 'si 'hasta hissettiğinde, kendi ilaçları yerine bitkisel ilaçlar ya da vitamin kullanmak', 24(% 3)'ü ise 'yeniden ilaç yazdırma öncesi zamanı uzatmak için ilaçları daha az sıklıkta almak' olarak yanıtladı.

Çalışmaya alınan hastaların 167(% 21,1) 'i devlet hastanesinden, 54(% 6,8)'i özel hastaneden, 1(% 0,1)'i acil servisten,19(% 2,4)'ü üniversite ve özel hastaneden, 84 (% 10,6)'ü üniversite ve devlet hastanesinden, 75(% 9,5)'i üniversite ve sağlık ocağından, 133(% 16,8)'i devlet hastanesi ve sağlık ocağından,1 kişi de özel hastane ve sağlık ocağından hizmet almaktaydı(Tablo 4).

Tablo 4: Hastaların Sağlık Hizmetlerini Aldıkları Kurumlar

| Sağlık Hizmetinizi Nerden Alıyorsunuz | | |
|--|----------|----------|
| | N | % |
| Devlet Hastanesi | 167 | 21,1 |
| Özel hastane | 54 | 6,8 |
| Acil Servis | 1 | 0,1 |
| Üniversite ve Özel Hastane | 19 | 2,4 |
| Üniversite ve Devlet Hastanesi | 84 | 10,6 |
| Üniversite Hastanesi ve Sağlık Ocağı | 75 | 9,5 |
| Devlet Hastanesi ve Sağlık Ocağı | 133 | 16,8 |
| Özel Hastane ve Sağlık Ocağı | 1 | 0,1 |
| Total | 790 | 100 |

Çalışmaya alınan hastalardan ‘gelir durumunu nasıl buluyorsunuz?’ sorusuna 11’i(% 1,4) çok iyi, 152(% 19,2)’si iyi 383’ü(% 48,5) orta, 244(% 30,9) ‘u kötü olarak yanıtladı. Çok iyi bulanlarda 3(% 27,3) ‘ü sağlık hizmet alımını etkilediğini, 8 (% 72,7)’i sağlık hizmet alımını etkilemediğini belirtti. Gelir durumunu iyi bulanlardan 42(% 27,6) ‘si hizmet alımını etkilediğini, 110(%72,4) ‘u ise etkilemediğini, orta diye belirten hastalardan 162(% 42,3)’si etkilediğini, 221(% 57,7)’si ise etkilemediğini belirtti.’kötü’ olanlardan 155(% 63,5)’i etkilediğini, 89(% 36,5) kişi ise etkilemediğini belirtti. Gelir düzeyi azaldıkça sağlık hizmet alımının etkilendiği görüldü(p=0,001, Tablo 5).

Tablo 5: Gelir durumunun Sağlık Harcaması Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi

| | | Sağlık Harcaması Hizmet Alımını Etkiliyor mu ? | | | | |
|---|----------------|--|-------|-------|--------|--------------|
| | | | Evet | Hayır | Total | p |
| Gelir Durumunuzu Nasıl Buluyorsunuz? | Çok İyi | n | 3 | 8 | 11 | 0,001 |
| | | % | 27,3% | 72,7% | 100,0% | |
| | İyi | n | 42 | 110 | 152 | |
| | | % | 27,6% | 72,4% | 100,0% | |
| | Orta | n | 162 | 221 | 383 | |
| | | % | 42,3% | 57,7% | 100,0% | |
| | Kötü | n | 155 | 89 | 244 | |
| | | % | 63,5% | 36,5% | 100,0% | |
| | Total | n | 362 | 428 | 790 | |
| | | % | 45,8% | 54,2% | 100,0% | |

Kronik hastalığı bulunan bireyleri iki gruba ayırdığımızda ‘2’den az’ 533(% 67,4) ve ‘ 2 ‘den fazla’ 257(% 32,5) olarak ve sağlık harcamalarının, sağlık hizmet alımını etkilediğini söyleyen 362(% 45,8) gruba, etkilemediğini söyleyen 428(% 54,2) kişinin kronik hastalık sayıları karşılaştırıldığında kronik hastalık sayısının sağlık hizmet alımını etkilemediği hesaplandı(p=0,07).

Çalışma kapsamındaki hastaların kronik hastalık bakım yönetimlerinden memnuniyet puan ortalaması toplam ölçek için $3,29 \pm 0,70$ olarak hesaplandı.

Alt ölçek madde puan ortalamaları sırasıyla, Hasta Katılımı için $3,28 \pm 0,70$, Sağlık Hizmetleri Sunum Planı için $3,37 \pm 0,80$, Amaç Belirleme $3,34 \pm 0,80$, Problem Çözme $3,29 \pm 0,88$ İzlem/Koordinasyon $3,23 \pm 0,85$ olarak hesaplandı(Tablo 6).

Tablo 6. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Madde Puan Ortalamaları

| Alt Madde Ölçekleri | Ortalama ± SD |
|--|----------------------|
| Hasta Katılımı (1-7. Soru) | 3,28 ± 0,70 |
| Sağlık Hizmetleri Sunum Planı (8-11.Soru) | 3,37 ± 0,80 |
| Amaç Belirleme (12-16. Soru) | 3,34 ± 0,80 |
| Problem Çözme (17-20. Soru) | 3,29 ± 0,88 |
| İzlem/Koordinasyon (21-27. Soru) | 3,23 ± 0,85 |
| Toplam Ölçek Puanı (1-27. Soru) | 3,29 ± 0,70 |

Çalışma kapsamındaki hastaların kronik hastalık bakım yönetiminden toplam ölçek için memnuniyet puan ortalaması sırasıyla hipertansiyon hastaları $3,21 \pm 0,67$, diyabet hastaları için $3,25 \pm 0,76$ aterosklerotik kalp hastaları için $3,0 \pm 0,60$ kronik solunum yolu hastalığı bulunan hastaları için $3,34 \pm 0,70$ ruhsal hastalığı bulunan hastalar için ise $3,28 \pm 0,64$ ve bu kronik hastalıklar dışında hastalığı bulunanlar için ise $3,39 \pm 0,70$ olarak hesaplandı. Modifiye PACIC 'ın alt madde ölçeklerinin kronik hastalıklarla ilişkisinin değerlendirilmesine bakıldığında bazı alt ölçekler anlamlı bulundu($p=0,015$). Sağlık hizmet sunumu($p=0,034$) , amaç belirleme($p=0,03$) , problem çözme($p=0,003$), hasta katılımı($p=0,015$) ve izlem($p=0,035$) anlamlı bulundu(Tablo7).

Tablo7. Alt Madde Ölçeklerinin Kronik Hastalıklarla İlişkisi

| Kronik Hastalıklar | | Sağlık | | | | |
|---|----------------|----------------|---------------|----------------|---------------|--------------|
| | | Hasta Katılımı | Hizmet Sunumu | Amaç Belirleme | Problem Çözme | İzlem |
| Diabet | Mean | 3,24 | 3,38 | 3,29 | 3,25 | 3,15 |
| | Std. Deviation | 0,91 | 0,84 | 0,87 | 0,96 | 0,84 |
| Hipertansiyon | Mean | 3,19 | 3,26 | 3,28 | 3,21 | 3,16 |
| | Std. Deviation | 0,80 | 0,80 | 0,72 | 0,82 | 0,81 |
| Aterosklerotik Kalp Hastalıkları | Mean | 2,97 | 3,10 | 3,07 | 2,89 | 2,97 |
| | Std. Deviation | 0,72 | 0,73 | 0,78 | 0,73 | 0,70 |
| Kronik Solunum Yolu Hastalıkları | Mean | 3,35 | 3,34 | 3,38 | 3,36 | 3,31 |
| | Std. Deviation | 0,71 | 0,78 | 0,84 | 0,89 | 0,85 |
| Ruhsal Hastalıklar | Mean | 3,35 | 3,45 | 3,23 | 3,15 | 3,20 |
| | Std. Deviation | 0,71 | 0,68 | 0,66 | 0,86 | 0,89 |
| Diğer | Mean | 3,37 | 3,46 | 3,44 | 3,41 | 3,33 |
| | Std. Deviation | 0,75 | 0,79 | 0,79 | 0,86 | 0,88 |
| p | | 0,015 | 0,034 | 0,03 | 0,003 | 0,035 |

Kronik hastalık sayısı ile cepten yapılan harcamaların sağlık hizmet alımını etkileyip etkilemediği karşılaştırıldığında kronik hastalık sayısının sağlık hizmet alımını etkilemediği bulunmuştur($p=0,07$)(Tablo8).

Kronik hastalık bulunan bu bireylerde ikiden az kronik hastalığı bulunan bireylerle, ikiden fazla kronik hastalığı bulunana bireyler karşılaştırıldığında kronik hastalık bakım memnuniyet ortalama toplam Modifiye PACIC skorunda anlamlı bir fark bulunmadı($p=0,61$). Modifiye PACIC alt ölçeklerinden ise ‘Problem Çözme’, ‘İzlem’, ‘Amaç Belirleme’ Sağlık Hizmet Sunumu’, de anlamlı bir fark bulundu. ‘Hasta katılımı’, arasında ise anlamlı bir fark bulunamadı.

Tablo8. Sağlık Hizmet Alımı ile Kronik Hastalık Sayısının Karşılaştırılması

| | | Kronik Hastalık Sayısı | | |
|-------------------------------------|-------|--------------------------------|--------------------------------|--------|
| | | 2 ve daha az hastalığı olanlar | 2' den fazla hastalığı olanlar | p |
| Sağlık Harcaması | Evet | n | 256 | 106 |
| | | % | 48,0% | 41,2% |
| Sağlık Hizmet Alımını Etkiliyor mu? | Hayır | n | 277 | 151 |
| | | % | 52,0% | 58,8% |
| Total | | n | 533 | 257 |
| | | % | 100,0% | 100,0% |

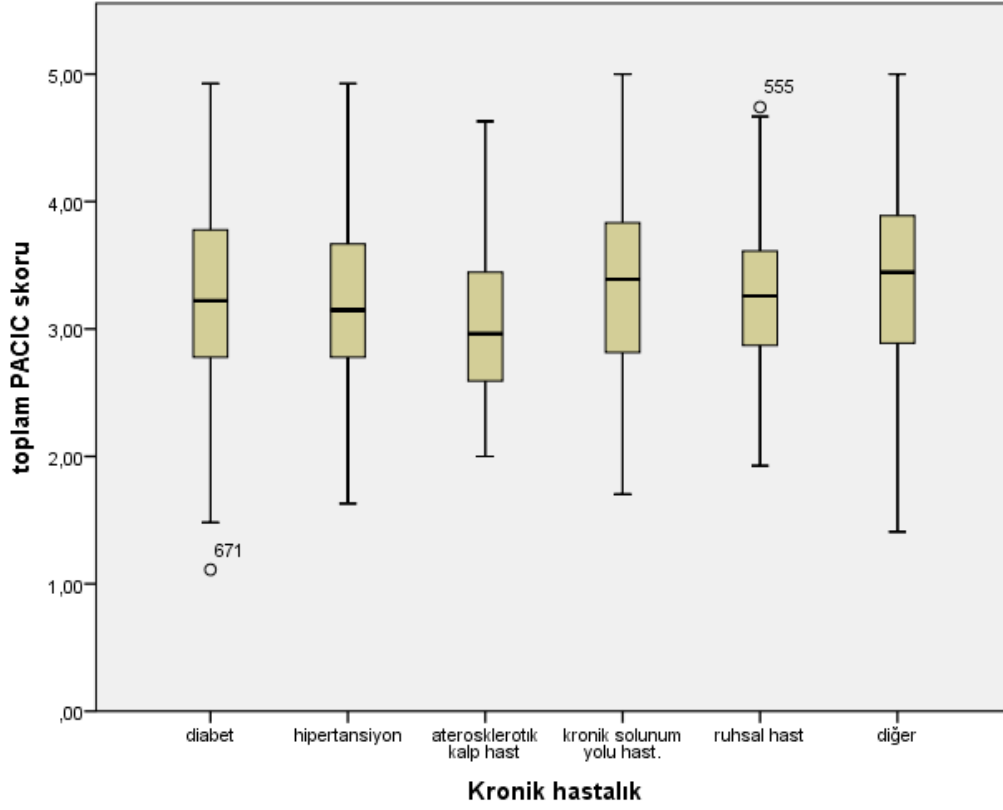
Kronik hastalığı bulunan bireylerin sağlık harcamalarının, sağlık hizmet alımını etkilediğini söyleyen 362(% 45,8) grupta, etkilemediğini söyleyen 428(% 54,2) kişinin toplam Modifiye PACIC skorları karşılaştırıldığında iki grup arasındaki PACIC skorları arasında anlamlı bir fark bulundu($p=0.007$). Cepten yapılan sağlık harcamalarının sağlık hizmet alımını etkilenmediğini belirten grupta ortalama modifiye PACIC skoru daha yüksek bulundu. Alt madde ölçek puanlarında ise bazı farklılıklar bulundu(Tablo9).

Modifiye PACIC 'ın alt madde ölçeklerinin kronik hastalıklarla ilişkisinin değerlendirilmesine bakıldığında bazı alt ölçekler anlamlı bulundu($p=0,015$). Sağlık hizmet sunumu($p=0,034$) , amaç belirleme($p=0,03$) , problem çözme($p=0,003$) ve izlem($p=0,035$) anlamlı bulundu. 'hasta katılımı' anlamlı bulunmadı.

Tablo 9. Sağlık Hizmet Alımı İle Modifiye PACIC Skorunun Değerlendirilmesi

| Alt madde Ölçekleri | Sağlık hizmet alımı etkilenenler Ort. ±SD | Sağlık hizmet alımı etkilenmeyenler Ort. ±SD | p |
|--------------------------------------|--|---|--------------|
| Hasta Katılımı | 3,23± 0,76 | 3,33± 0,81 | 0,077 |
| Sağlık Hizmetleri Sunum Planı | 3,31 ± 0,77 | 3,42± 0,81 | 0,043 |
| Amaç Belirleme | 3,26 ± 0,81 | 3,40 ± 0,78 | 0,016 |
| Problem Çözme | 3,20 ± 0,90 | 3,37± 0,85 | 0,008 |
| İzlem | 3,14± 0,85 | 3,31± 0,84 | 0,006 |
| Toplam Ölçek Puanı | 3,22 ± 0,70 | 3,36± 0,70 | 0,007 |

Toplam PACIC skorlarının kronik hastalıklarla ilişkisine bakıldığında bakıldığında aterosklerotik kalp hastalığı olan hastaların kronik hastalık bakım yönetimlerinden memnuniyet puan ortalaması en düşük oranda($3,0 \pm 0,60$) bulundu (Şekil 2).



Şekil 2: Çalışmaya Alınan Hastaların Kronik Hastalıklara Göre Bakım Memnuniyetleri

Hastaların sosyodemografik özelliklerinden ortalama aylık gelir seviyesi ile ilgili alt ölçek madde puan ortalamaları sırasıyla karşılaştırıldığında, hasta katılımı için ($p=0,756$), sağlık hizmet sunumu için ($p=0,363$), amaç belirleme için ($p=0,639$), problem çözme için ($p=0,370$), izlem için ise ($p=0,354$) bulundu. Puan ortalamaları yönünden anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,853$, Tablo 10, Şekil 3).

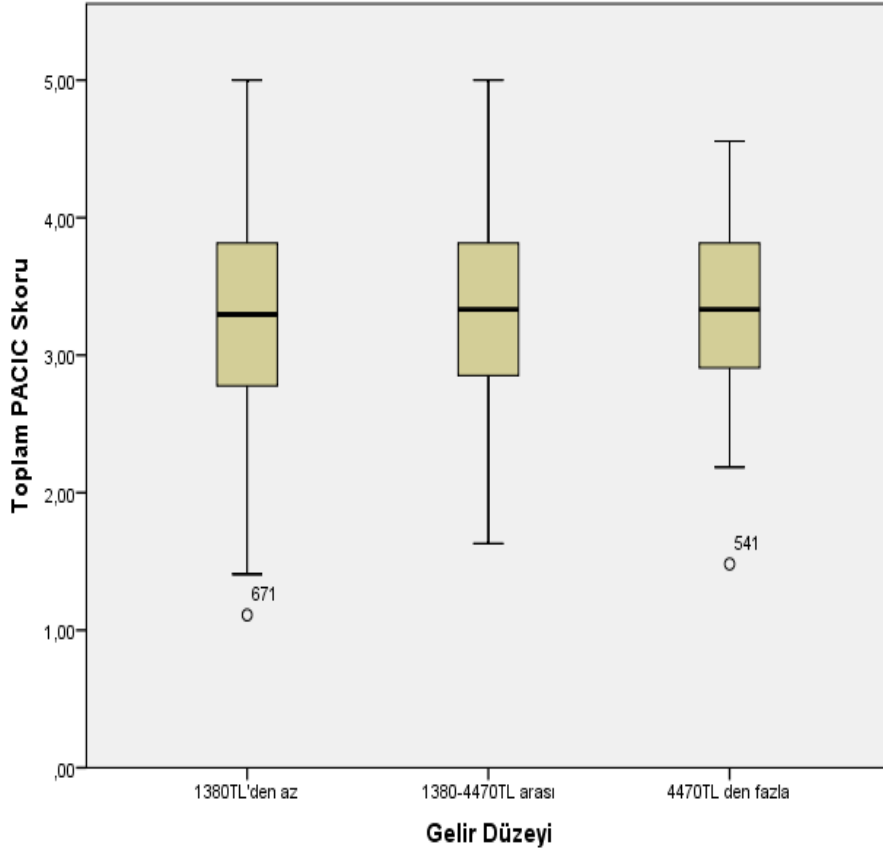
Tablo 10: Çalışmaya Katılan Hastaların Gelir Düzeyine Göre Ortalama Modifiye PACIC Skorları

| Gelir Düzeyi | 1380TL'den az | 1380-4470TL arası | 4470TL den Fazla | TOTAL | P |
|-----------------------------|---------------|-------------------|------------------|-----------|-------|
| | N ±SD | N ±SD | N ±SD | N ±SD | |
| Toplam | 3,2 ±0,7 | 3,29±0,65 | 3,29±0,65 | 3,29±0,65 | 0,853 |
| PACIC Skoru | | | | | |
| Hasta Katılımı | 3,32±0,86 | 3,26±0,72 | 3,26±0,72 | 3,26±0,72 | 0,756 |
| Sağlık Hizmet Sunumu | 3,40±0,86 | 3,33±0,76 | 3,33±0,76 | 3,33±0,76 | 0,363 |
| Amaç Belirleme | 3,25±0,95 | 3,36±0,74 | 3,36±0,74 | 3,36±0,74 | 0,639 |
| Problem Çözme | 3,25±0,95 | 3,32±0,81 | 3,32±0,81 | 3,32±0,81 | 0,370 |
| İzlem | 3,22±0,91 | 3,22±0,81 | 3,22±0,81 | 3,22±0,81 | 0,354 |

Çalışma kapsamındaki hastaların sosyodemografik özelliklerinden yaş durumuna göre, kronik hastalık yönetimlerinden memnuniyet puan ortalamaları karşılaştırıldığında puan ortalamaları yönünden anlamlı bir fark bulundu($p=0,001$). Kronik hastalığı bulunan yaşlı bireylerde kronik hastalık bakım memnuniyeti puan ortalaması daha yüksek bulundu.

Cinsiyet durumuna göre bakıldığında ise kronik hastalık bakım memnuniyetleri arasında anlamlı bir fark bulunamadı($p=0,520$).

Çalışma kapsamındaki hastaların sosyodemografik özelliklerinden eğitim düzeyi ile kronik hastalık yönetimlerinden memnuniyet puan ortalamaları karşılaştırıldığında puan ortalamaları yönünden anlamlı ilişki bulunmadı($p=0,468$).



Şekil.3.Hastaların Gelir Düzeylerine Göre Modifiye PACIC Skorları

5.TARTIŞMA

Bu çalışma birinci basamakta sık görülen kronik hastalıklardan herhangi birine sahip olan bireylerin sağlık için yaptıkları harcamalarının aldıkları kronik hastalık bakımlarına ve ilaç uyumlarını değerlendirmesine olanak veren; gelir düzeylerinin ve kronik hastalık sayısının kronik hastalık bakımlarına ve sağlık hizmet alımlarına etki edip etmediğini ve etkilerse bunu sonucunda nasıl bir yol tercih ettiklerini değerlendiren kişi merkezli bir araştırma olması nedeniyle önemlidir. Ülkemizde geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış kronik hastaların aldıkları bakımı kendilerinin değerlendirmesine olanak veren (Modifiye PACIC) Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği kullanılarak yapılan ilk çalışma olması bu çalışmayı daha da değerli kılmaktadır(64).

Çalışma kapsamındaki hastaların kronik hastalık bakım yönetimlerinden memnuniyet puan ortalaması toplam ölçek için $3,29 \pm 0,70$ olarak hesaplandı. Çalışmamızdaki hastaların kronik hastalık bakım yönetimlerinden memnuniyet puan ortalamasına bakıldığında en düşük puanın aterosklerotik kalp hastalığı olan bireylerde en yüksek puanın da diyabet ve hipertansiyon hastalarında olduğu görüldü. Çalışmamıza katılan hastaların, PACIC ölçeğine verdikleri puana göre alınan bakımın “iyi düzeyde” değerlendirdiklerini ve aldıkları bakımdan oldukça memnun olduklarını düşünebilir. Glasgow ve arkadaşlarının Amerika’da çeşitli kronik hastalığı olan bireylerde yaptığı çalışmada ise hastalıklara göre memnuniyet puan ortalamaları hipertansiyon ve diyabetli hastalarda en yüksek, astımlı hastalarda en düşük bulunmuştur(65).

Wensing ve arkadaşlarının Hollanda’da yaptığı bir çalışmada bakım memnuniyeti KOAH’lı hastalarda en düşük diyabetli hastalarda ise en yüksek oranda bulunmuştur(66).

Rosemann ve arkadaşlarının Almanya'da çeşitli kronik hastalığı olan bireyleri kapsayan çalışmasında, elde edilen memnuniyet puan ortalamaları diyabetli hastalarda 2,73; hipertansiyon hastalarında 2,43; astım/KOAH hastalarında 2,44 olarak bulunmuştur(67). Ülkemizde yapılan az sayıdaki çalışmaları incelediğimizde ise İncirkuş ve arkadaşlarının yaptığı Türkçe geçerlik güvenilirliğin araştırıldığı, katılımcıların çoğunun hipertansiyon ve diyabet hastalarının oluşturduğu hastane bazlı çalışmada, ölçek ortalama puanı, $2,54 \pm 0,9$ olarak bildirilmiştir(68). Bu çalışmamızda da hastaların çoğunu diyabet ve hipertansiyon hastaları oluşturmaktadır ve ortalaması toplam ölçek için sırasıyla hipertansiyon hastaları için $3,21 \pm 0,67$, diyabet hastaları için $3,25 \pm 0,76$ idi. Kaya ve arkadaşlarının 2013 yılında çeşitli kronik hastalığı olan bireylerde yaptığı çalışmada ise hastalıklara göre memnuniyet puan ortalamaları sırasıyla; hipertansiyon hastalarında $2,36 \pm 0,75$ diyabetli hastalarda $2,72 \pm 0,79$ ve Astım/Koah hastalarında $2,37 \pm 0,88$ olarak bulunmuştur(69).

Çalışmamızda kronik hastalıkların çoğunluğu hipertansiyon ve diyabet hastalarından oluşmaktaydı. Bulunan kronik hastalıklar arasında aterosklerotik kalp hastalığı bulunan hastaların kronik hastalık yönetimlerinden memnuniyet puan ortalamaları yönünden en düşük memnuniyet puan ortalamasına sahip olduğu saptandı. Bu durumunda aterosklerotik kalp hastalığı bulunan bireylerin ek birçok kronik hastalıkla birlikte olması ve bu durumda hastalığı daha zor bir duruma ve bakım memnuniyetinde azalmaya yol açabileceğini göstermiştir.

Çalışmamızda hastaların toplam ölçek puanları oldukça yüksek olmakla birlikte alt ölçek puan ortalamaları arasında farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışma kapsamındaki hastaların alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları en yüksek; sağlık hizmetleri sunum planı, en düşük ise izlem olarak bulunmuştur. Bu boyuttaki yüksek puanlar hastaların hastalık ve tedavilere bağlı yaşanabilecek sıkıntıların belirlenmesi ve çözümü konusunda doktor ve hemşirelerden aldıkları destekten memnuniyetlerinin yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Ayrıca bu alt boyut doktor ya da hemşirelerin gerekli olan tedaviyi önerirken hastanın değerlerini, inançlarını ve geleneklerini dikkate almalıdır.

Hastanın tedavi planını yapması ve zor zamanlarda bile kendine bakabilmesi için yapması gerekenler konusunda yardım edilmesi ve hastalığın hayatı nasıl etkilediğinin sorulması gibi durumları içermektedir(68).

Yapılan bazı çalışmalarda da alt ölçeklerden aldıkları en yüksek puanın problem çözme alt boyutunda, en düşük puanın ise hasta katılımı alt boyutunda olduğu görülmektedir. Hasta katılımı boyutu hastaların tedavi planında görüşlerinin alınması, tedavi ile ilgili başka seçeneklerin sunulması ve ilaçlar/etkileri ile ilgili sorunların bildirilmesinin istenmesi gibi durumları içermektedir Bu araştırma bulgusunun aksine birçok araştırmada hastaların en yüksek puanı karar verme desteği alt boyutunda ve en düşük puanı ise izlem ve koordinasyon alt boyutunda olduğu bulunmuştur(65-69).

Bu yapılan çalışmada da kronik hastalıkları bulunan bireylerin sağlık hizmet alımının etkilenen bireylerin modifiye PACIC skoruna baktığımızda, sağlık hizmet alımı etkilenmeyenlere oranla daha düşük bulunduğunu görüyoruz. Ama alt ölçeklerden bazı farklılıklar bulunmuştur. 'sağlık hizmet sunumu', 'amaç belirleme', 'problem çözme', 'izlem' de anlamlı farklılıklar bulundu. 'hasta katılımı' ise benzer oranda bulundu.

Bu farklılıklar hasta katılımı boyutu hastaların tedavi planında görüşlerinin alınması, tedavi ile ilgili başka seçeneklerin sunulması ve ilaçlar/etkileri ile ilgili sorunların bildirilmesinin istenmesi gibi durumlar da farklılıklar olmadığını göstermektedir(69). Ama diğer alt ölçeklerde 'sağlık hizmet sunumu', 'amaç belirleme', 'problem çözme', 'izlem' de sağlık hizmet alımı etkilenmeyenlerin daha memnun olduğunu göstermektedir.

Çalışma kapsamındaki hastaların sosyodemografik özelliklerinden cinsiyet durumuna göre, kronik hastalık yönetimlerinden memnuniyet puan ortalamaları karşılaştırıldığında puan ortalamaları yönünden anlamlı bir fark bulunmamıştır. beraber Glasgow ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise cinsiyet durumu ile memnuniyet puan ortalamaları arasında bir ilişki bulunmuştur(65).

Bizim çalışmamıza benzer olarak İncirkuş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, yine Kaya ve arkadaşlarının 2013 yılında çeşitli kronik hastalığı olan bireylerde yaptığı çalışmada da cinsiyet durumuna göre, kronik hastalık yönetimlerinden memnuniyet puan ortalamaları karşılaştırıldığında puan ortalamaları yönünden anlamlı bir fark bulunmamıştır(68,69).

Çalışma kapsamındaki hastaların yaşları ile ilgili kronik hastalık yönetimlerinden memnuniyet puan ortalamaları karşılaştırıldığında puan ortalamaları yönünden anlamlı ilişki saptanmış yaş ilerledikçe hastaların kronik hastalık bakım yönetiminden daha çok memnun kalmışlardır.

Çalışma kapsamındaki hastaların sosyodemografik özelliklerinden ortalama aylık gelir seviyesi ve sosyoekonomik durumuna göre yaptıkları sağlık harcamalarının kronik hastalık yönetimlerinden memnuniyet puan ortalamaları karşılaştırıldığında, puan ortalamaları yönünden anlamlı bir fark bulunmuştur. Gelir düzeyi azaldıkça sağlık hizmet alımı etkilenmiştir. İncirkuş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise gelir ve sağlık durum algısı ile ölçek toplam puanları arasında olumlu yönde ancak zayıf bir korelasyon bulunmuştur. Buna göre gelir ve sağlık durumu algısı arttıkça hastaların aldıkları kronik hastalık bakımından da memnuniyetleri artmaktadır(67).

Yapılan bir çalışma da Hanenin gelir dilimi ile cepten sağlık harcaması yapma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde, 1. gelir dilimine göre en fazla harcama durumu 5. gelir dilimine sahip hanelerde görülmektedir. Hanenin gelir dilimi arttıkça cepten sağlık harcaması yapma durumu da artmaktadır. Bu durum geliri yüksek olan hanelerin daha fazla sağlık hizmeti alması ve daha pahalı hizmet sunuculardan alması ile açıklanabilir. 1. gelir diliminde olanların da düşük gelir düzeyi, sağlık hizmeti kullanımının düşük olması (düşük okuryazarlık seviyesi ve sağlıkta farkındalığın az olması nedeniyle) ile açıklanabilir. Ulusal ve uluslararası literatürde bu sonucu destekleyen çalışmalar bulunmakla birlikte tam tersi sonuçlar elde edilen çalışmalar da mevcuttur. Örneğin, TSİHA'da gelir düzeyi yüksek olan hanelerin cepten harcamalarının da yüksek olduğu, hastalandığı zaman hiçbir şey yapmayanların düşük gelir diliminde daha fazla olduğu bulunmuştur.

USH Hanehalkı araştırmasına göre ise 1. gelir dilimi, 5. gelir dilimine göre daha fazla cepten harcama yapmıştır(70). Bu çalışmada hastaların eğitim düzeyi ile kronik hastalık yönetimlerinden memnuniyet puan ortalamaları karşılaştırıldığında puan ortalamaları yönünden anlamlı ilişki saptanmamış olup, bu konuda yapılan bazı uluslararası çalışma bulgularında da eğitim düzeyinin anlamlı olarak etkilediğine dair sonuçlar elde edilmiştir.

Rosemann ve arkadaşlarının 2007 yılında, Wensing ve arkadaşlarının 2008 yılında, Jackson ve arkadaşlarının 2008 yılında, Taggart ve arkadaşlarının 2009 yılındaki çalışmasında da eğitim seviyesi yüksek olan hastaların toplam ölçek puanları daha yüksek bulunmuş ve bu durum eğitilmiş insanların gerekli bakımı alma, uyum ve öz yönetimde daha iyi olmasıyla açıklanmıştır(66-69). Bu konuyla ilgili ülkemizde yapılan az sayıdaki çalışmalara bakacak olursak İncirkuş ve arkadaşlarının 2011 yılında, Üstünova ve arkadaşlarının 2013 yılında, yine Karabulutlu ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmada da hastaların eğitim düzeyi grupları arasında PACIC ortalama skoru açısından anlamlı bir ilişki saptanmıştır(71,72). Ayrıca Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında da katılımcıların eğitim düzeyi düşük olmakla birlikte, eğitim seviyesi ortaokul ve üzeri olanların istatistiksel olarak olmasa bile PACIC skorunun daha yüksek bulunmuştur(69).

Bununla beraber Glaskow ve arkadaşlarının 2005 yılında birinci basamak sağlık ortamlarında kronik hastalığı olan 266 kişide yürüttükleri çalışmada eğitim düzeyi ile PACIC skoru arasında bir farklılık bulunmadığı bildirilmiştir(69). Benzer şekilde osteoartrit ve hassas barsak sendromu olan hastaların PACIC ölçeği ile değerlendirildiği çalışmalarda da hastaların eğitim düzeyi grupları arasında PACIC ortalama skoru açısından anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir (73,74). Farklı olarak KOAH veya kardiyovasküler hastalığı olan kişilerde yapılan çalışmada eğitim düzeyinin artması ile PACIC puanlarının arttığı bildirilmiştir(74,75).

Kronik hastalığı bulunan bireylerin sağlık harcamalarının, sağlık hizmet alımını etkilediğini söyleyen grupla, etkilemediğini söyleyenlerin toplam Modifiye PACIC skorları karşılaştırıldığında iki grup arasındaki PACIC skorları arasında anlamlı bir fark bulundu.

Sağlık hizmet alımı etkilenmeyen hastalarda kronik hastalık bakım memnuniyetinin daha iyi düzeyde olduğu görüldü. Alt madde ölçek puanlarında da bazı anlamlı farklılıklar bulundu.

Yapılan bir çalışmada da cepten sağlık harcaması yapma durumu ile kişide hekim tarafından tanısı konmuş bir hastalık olması durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur.

Hastalık olmaması durumu referans alındığında, son 2 ay içinde tanı konmuş akut-kronik hastalık olması durumunda cepten sağlık harcaması yapma durumu 65,49 kat daha fazla olmaktadır. Son 2 ay hariç tanı konmuş kronik hastalık olması durumunda bu oran 7,66 kat, hem son 2 ay içinde tanı konmuş akut-kronik hastalık hem de son 2 ay hariç tanı konmuş kronik hastalık olması durumunda ise 67,98 kat daha fazla cepten sağlık harcaması yapılmak durumunda kalınmaktadır(76,77).

Bu çalışma da da kronik hastalık sayısı ile yapılan harcamaların sağlık hizmet alımını etkileyip etkilemediği karşılaştırıldığında kronik hastalık sayısının sağlık hizmet alımını etkilemediği bulunmuştur. Kronik hastalık bulunan bu bireylerde ikiden az kronik hastalığı bulunan bireylerle, ikiden fazla kronik hastalığı bulunan bireyler karşılaştırıldığında kronik hastalık bakım memnuniyet ortalama toplam Modifiye PACIC skorunda anlamlı bir fark bulunmadı.

Modifiye PACIC alt ölçeklerinden ise ‘Problem Çözme’, ‘ İzlem’, ‘Amaç Belirleme’ de anlamlı bir fark bulunur iken ‘Hasta katılımı’, Sağlık Hizmet Sunumu’, arasında ise anlamlı bir fark bulunamadı

Bu durumda kronik hastalığı bulunan bireylerin kendi bakımına katılımından memnuniyet oranının düşük olduğu, sağlık hizmet sunumundan tedavisini belirlemedeki rolünden memnuniyetinin diğer ölçeklere göre düşük olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Öncelikle örneklemin Hatay ili ve Antakya ilçesiyle sınırlandırılmış olması ve sadece ASM’ lere başvuran bireylerden oluşmuş olması önemli bir kısıtlılıktır. Ayrıca yerli halkın bir kısmının anadilinin Arapça olması da iletişim sorunu ve genellikle yaşlı bireylerde oluşması nedeniyle çalışma dışı bırakılan denek olmasına yol açmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamıza katılan hastaların, Modifiye PACIC ölçeğine ortalama $3,29 \pm 0,70$ puan vermesi alınan bakımın “iyi düzeyde” değerlendirdiklerini göstermiştir. Bununla beraber hastaların alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları en yüksek; sağlık hizmetleri sunum planı, en düşük ise izlem olarak bulunmuştur. Bu boyuttaki yüksek puanlar hastaların hastalık ve tedavilere bağlı yaşanabilecek sıkıntıların belirlenmesi ve çözümü konusunda doktor ve hemşirelerden aldıkları destekten memnuniyetlerinin yüksek olduğunu düşündürmektedir. Ancak kronik hastalık bakımı verilirken takiplerden, vizitlerden yeteri kadar memnun olmadıklarını göstermektedir. Bu durumdan da aile hekimlerinin kronik hastalığı bulunan bireyleri tedavisi ve takibi için bir üst basamağa sevk edilmesi ve takiplerine orda devam etmesi sorumlu olabilir.

Aterosklerotik kalp hastalığı bulunan bireylerinde kronik hastalık bakım memnuniyetleri en düşük bulundu. Bu durumunda bu hastalığın yanında ek birçok kronik hastalığında bulunması ve bakımın zor bir süreçten oluşmasına bağladık.

Kronik hastalığı bulunan bireylerin gelir düzeyleri arttıkça sağlık hizmet alımının olumlu yönde etkilendiği, gelir düzeyi az olan bireylerin ise sağlık hizmet alımının etkilendiği bulundu. Ama gelir düzeyi ile kronik hastalık bakım memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Kronik hastalık sayısı arttıkça sağlık hizmet alımının etkilenmediği bulunmuştur.

Sağlık hizmet alımının etkilendiğini belirten hastaların, sağlık hizmet alımı etkilenmeyenlere göre kronik hastalık bakım memnuniyetleri arasında anlamlı bir fark bulundu. Sağlık hizmet alımı etkilenmeyen hastalarda kronik hastalık bakım memnuniyetinin daha iyi düzeyde olduğu görüldü.

Kronik hastalık bulunan bu bireylerde ikiden az kronik hastalığı bulunan bireylerle, ikiden fazla kronik hastalığı bulunana bireyler karşılaştırıldığında kronik hastalık bakım memnuniyet ortalama toplam Modifiye PACIC skorunda anlamlı bir fark bulunmadı. Modifiye PACIC alt ölçeklerinden ise sağlık hizmet sunumu’,’amaç belirleme’ ‘problem çözme’,’izlem’ de anlamlı bir fark bulundu. ‘hasta katılımı’, arasında ise anlamlı bir fark bulunamadı.

Bu durumda kronik hastalığı bulunan bireylerin kendi bakımına katılımından memnuniyet oranının düşük olduğu, sağlık hizmet sunumundan tedavisini belirlemedeki rolünden memnuniyetinin diğer ölçeklere göre düşük olduğu bulunmuştur.

Aile hekimleri, bireylere gerekli tedavi verilirken; gelir düzeyi ,eğitim durumu, yaşı, sosyal güvencesi, beklentileri, kronik hastalık özellikleri, kişinin fiziksel, kültürel değerler gibi özellikleri dikkate alınarak tedavi yaklaşımı göstermelidir.

Kronik hastalığı bulunan bireylere yapılacak müdahalelerde, istenecek tetkiklerin, reçete edilecek ilaçların maliyeti düşük, yaşam kalitesi yüksek olanların bilinmesi için de çalışmalar yapılmalıdır.

Kronik hastalığı bulunan bireylere daha iyi bir sağlık hizmeti verilebilmesi Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği olan Modifiye PACIC’in öncelikle birinci basamakta, evde bakım ve yaşlı sağlığı merkezlerinde, hastanelerde çalışan ve kronik hastalığı olan bireylere sağlık bakım hizmeti sunan hekim, hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından kullanılması önerilmektedir. Birinci basamakta kullanılması da sık görülen kronik hastalığı bulunan bireylere daha iyi bir sağlık hizmeti verilebilmesi için alınacak tedbirler konusunda yönlendirici olabilir. Böylece kronik hastalığı olan bireylere sunulan hizmetler hasta gözüyle ve tüm sağlık profesyonelleri boyutuyla değerlendirilebilir, bakımın ve kalitesinin geliştirilmesine katkıda bulunulabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Dünya Sağlık Örgütü Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi 2008-2013 Eylem Planı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2010.
2. (T.C.Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Merkezi Müdürlüğü Başkent Üniversitesi Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi Hastalık Yüğü Final Rapor, Aralık 2004.)
3. Gorman LM, Sultan DF, Raines ML. Davis' s manual of psychosocial nursing in general patient care. Philadelphia: F A Davis Company;1996: 436-47.
4. World Health Organization (April 2011). Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010, Burden: Mortality, Morbidity and Risk Factors. Erişim: 26.08.2012, http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/
5. Demirağ, S.A. (2009) Kronik Hastalıklar ve Yaşam Kalitesi. Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi, 2, 58-65.
6. Chronic Care: Making the Case for On going Care <http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/reports/2010/rwjf54583/20.01>.2016.

7. Pruitt S, Annandale S, Epping-Jordan J (eds). Innovative care for chronic conditions building blocks for action. <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccreport/en/> 15.01.2016.
8. O'Halloran J, Miller G, Britt H. Defining chronic conditions for primary care with ICPC-2. Fam Pract, 2004; 21 (4): 381-6.
9. Sürdürülebilir sağlık sistemi için kronik hastalık yönetiminde elektronik sağlık kayıtlarının rolü, <http://tusiad.org/tr/yayinlar/raporlar/item/6010-surdurulebilir-saglik-sistemi-icin-kronik-hastalik-yonetiminde-elektronik-saglik-kayitlarinin-rolu/> 21.01.2016.
10. Preparing a health care work force for the 21st century the challenge of chronic conditions-2005, http://www.who.int/chp/knowledge/publications/workforce_report.pdf 15.01.2016.
11. Akdemir N. (2005) Kronik Hastalıklar ve Sorunları. İçinde N. Akdemir, L. Birol, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı, Ankara: Sistem Ofset; 193-200.
12. İrgil, E. (2006) Kronik Hastalıklar Epidemiyolojisi. Erişim: 05.02.2010, http://halksagligi.uludag.edu.tr/emel_irgil_3011/kronik_Hast_Epidemiyolojisi.pdf
13. Metintaş, S., Tayfur, M., Ünlüoğlu, A. ve Akşit, A. (2002) Kronik Hastalıklar. İçinde F. Akyürek (Ed.) Aile Sağlığı. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayın No: 1375, 213-217.

14. Uijen A.A, van de Lisdonk E, H. Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years. *The European journal of general practice*. 2008; 14 (1): 28-32.
15. Østbye T, Yarnal K, Krause K(et al). Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care?, *The Annals of Family Medicine* 2005; 3 (3): 209-14.
16. Global status report on noncommunicable diseases 2014 <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en> 26.01.2016.
17. Barnett K, Mercer S, Norbury M (et al). Epidemiology of multimorbidity and implications for healthcare, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*, 2012; 380 (9836): 37-43.
18. Ünüvar N., Mollahaliloğlu S., Yardım N., Türkiye hastalık yükü çalışması 2004. TC Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. 1.Basım. Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti, 2006, 4-24.
19. World Health Organization - Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles , 2014 http://www.who.int/nmh/countries/tur_en.pdf?ua=1
20. Satman I ve ark. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II) Sonuçları. http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf.
21. Ünal B., Ergör G., Horasan G. D., et al, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2013, 69-88.

22. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması-2
http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php
23. Ünal B., Ergör G., Horasan G. D., et al, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2013, 207-222
24. Ünal B., Ergör G., Horasan G. D., et al, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2013, 207-22
25. Bilir, N. (2006) Değişen Sağlık Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü: Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları. Toplum Hekimliği Bülteni, 25(3), 1-6.
26. Akdemir N. (2005) Kronik Hastalıklar ve Sorunları. İçinde N. Akdemir, L. Birol, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı, Ankara: Sistem Ofset; 193-200.
27. Bilir, N. ve Subaşı, N. P. (2006) Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kontrolü. İçinde Ç. Güler, L. Akın, (Ed.), Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 1032-1034.
28. International Council of Nurses [ICN] (2010) Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care. International Nurses Day 2010. 1-69
29. World Health Organization [WHO] (2009b) Cardiovascular Diseases. Erişim: 09.03.2010, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>
30. World Health Organization [WHO] (2009c) Respiratory Diseases. Erişim:09.03.2010, <http://www.who.int/respiratory/en/>

31. World Health Organization [WHO] (2009a) Diabetes. Erişim: 09.03.2010, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
32. Dünya Sağlık  rg t  Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların  nlenmesi ve Kontrolü Stratejisi 2008-2013 Eylem Planı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel M d rl ğ ; 2010.
33. International Council of Nurses [ICN] (2010) Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care. International Nurses Day 2010. 1-69
34. World Health Organization [WHO] (2009b) Cardiovascular Diseases. Erişim: 09.03.2010, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>
35. Faxon D. ; Schwamm L.,Pasternak R. et al., Improving quality of care through disease management principles and recommendations from the American Heart Association's Expert Panel on Disease Management, Circulation Journal of American Heart Association Stroke, 2004, 35.6: 1527-1530
36. Weingarten S. R., Henning J. M., Badamgarav E., et al, Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness which ones work? Meta-analysis of published reports. Bmj, 2002, 325, 925-933 .
37. Beaglehole, R., Epping-Jordan, J., Patel, V., Chopra, M., Ebrahim, S., Kidd, M., & Haines, A., Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. The Lancet,2008, 372(9642), 940-949

38. Epping-Jordan, J. E., Pruitt, S. D., Bengoa, R., & Wagner E.. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Quality and safety in health care*, 2004;13(4), 299-305
39. Buchanan A., Managing chronic disease. *BMJ*,1999, 318, 1090-1.
40. Braddock, C. H., Edwards, K. A., Hasenberg, N. M., Laidley, T. L., Levinson, W. (1999). Informed decision making in outpatient practice. *JAMA*, 282: 2313-2320
41. Türk Tabipler Birliği (TTB) (2011a). 2011 Seçimlerine Giderken Türkiye’de Sağlık. 1. basım. Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara. 7-16.
42. Heisler, M., Bouknight, R. R., Hayward, R. A., Smith, D. M., Kerr, E. A. (2002). The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management. *J Gen Intern Med*, 17: 243252.
43. Akalın, E., Durusu Tanrıöver, M., Sayran, F. (2012). Sürdürülebilir Sağlık Sistemi İçin Kronik Hastalık Yönetiminde Elektronik Sağlık Kayıtlarının Rolü. *Sis Matbaacılık Prom. Tanıtım Hiz. Tic. Ltd. Şti.*, 25-73.
44. Bodenheimer, T., MacGregor, K., Stothart, N. (2005). Nurses as leaders in chronic care. Their role is pivotal in improving care for chronic diseases. *BMJ*, 330: 612-613.
45. Geyman John P. Disease management: panacea, another false hope, or something in between?. *The Annals of Family Medicine*, 2007, 5.3: 257-260.
46. Wagner E. H. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?. *Effective clinical practice: ECP*, 1997; 1 (1): 2-4.(14)

47. Bodenheimer T, Wagner E. H, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA, 2002; 288 (15): 1909-14.(15)
48. Innovative care for chronic conditions, http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8500%3A2013-innovative-delivering-high-quality-care-chronic-noncommunicable-diseases&catid=5294%3Acncd-integrated-management-invisible&Itemid=39960&lang=en. 16.01.2016.[16]
49. Bodenheimer T, Wagner E. H, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness, JAMA, 2002; 288 (14): 1775-9.[17]
50. Akman M, Çiftçili S. Aile Hekimliği ve Kronik Hastalık Bakım Modeli. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2010; 14 (1): 32-7.(18)
51. (Short and long term improvements in quality of chronic care delivery predict program sustain<(19)
52. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Affairs (Millwood) 2001;20(6):64–78
53. Rosemann T., Laux G., Drossemeyer S., Gensichen J., Szecsenyi J., Evaluation of a culturally adapted German version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC 5A) questionnaire in a sample of osteoarthritis patients, Journal of evaluation in clinical practice, 2007,13(5), 806-813.

54. Wagner E. H. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?. Effective clinical practice: ECP, 1997; 1 (1): 2-4.(14)
55. http://www.akpinar.org/daahs/DAAHS_2014_sonuc_bildirgesi.pdf.
26.01.2016
56. Satman I ve ark. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II) Sonuçları.
http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf.
57. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara İlişkin Küresel Durum Raporu 2010
http://beslenme.gov.tr/content/files/home/kuresel_durum_raporu.pdf
26.01.2016.
58. http://www.akpinar.org/daahs/DAAHS_2014_sonuc_bildirgesi.pdf.
26.01.2016
59. Başak O, Saatçi E. Aile hekimliği Avrupa Tanımı. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları, 2011;
60. McWhinney I. R, Freeman T. Textbook of Family Medicine. 3rd ed, Editör: Güldal D. İstanbul : Medikal Akademi Yayıncılık. 2009: 19-21.
61. Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı 2013-2023,
http://thsk.saglik.gov.tr/eDosya/04/cevre_saglik/Ynetici_zeti2.pdf
62. Özbayram A. Yeni hipertansiyon tanısı almış hastalarda tedavi uyumu ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2008.
63. Başak O, Özdemir H. Aile hekimliğinde kronik hasta yönetimi:PACIC ölçeğini modifiye etme ve ölçeğin geçerlilik güvenilirliği. 2016

64. Barr, V.J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L. Dotts, A., Ravensdale, D., Salivaras, S. (2003) The Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 7(1), 73-82.
65. Glasgow, R.E., Wagner, E.H., Schaefer, J., Mahoney, L.D., Reid, R.J. ve Greene, S.M. (2005b) Development and Validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). *Med Care*, 43(5), 436–444.
66. Wensing, M., Lieshoud, J. V., Jung, H. P., Hermsen, J., & Rosemann, T. (2008). The patients assessment chronic illness care (PACIC) questionnaire in the Netherlands: A validation study in rural general practice. *British Medical Journal*, 8, 182– 188.
67. Rosemann, T., Laux, M. D., Droeemeyer, S., Gensichen, J., & Szecsenyi, J. (2007). Evaluation of a culturally adapted German version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) questionnaire in a sample of osteoarthritis patients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13, 806– 813.
68. İncirkuş K, Nahcivan NÖ. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği- Hasta Formu'nun Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği. *DEUHYO ED* 2011;4(1):102-109.
69. Kaya Apaydın Ç, Akturan S, ğimÇek M, et al. Kronik hastalık bakımının hasta perspektifinden değerlendirilmesi. *Turkish Family Physician* 2013;4(3):1-9.
70. Liu, Y., Y. Çelik, B. Şahin Türkiye'de Sağlık ve İlaç Harcamaları. Sağlıkta Umut Vakfı. Ankara. (2005)

71. Üstünova E., Nahcivan N., Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Kronik Hastalık Yönetimine İlişkin Değerlendirmeleri ve İlişkili Faktörler. F.N. Hem. Dergisi, Cilt 23 - Sayı 1: 11-22, 2015.
72. Karabulutlu E. ve ark., Kronik Hastalığı Olan Bireylere Verilen Bakımın Değerlendirilmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi Cilt 3 Sayı 1: 16-30, 2015.
73. Cramm JM, Nieboer AP. Factorial validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) and PACIC short version (PACIC-S) among cardiovascular disease patients in the Netherlands. *Healthand Quality of Life Outcomes* 2012;10:104-111.
74. Randell RL, Long MD, Martin CF, Sandler RS, Chen W, Anton K, Kappelman MD. Patient Perception of Chronic Illness Care in a Large Inflammatory Bowel Disease Cohort. *Inflamm Bowel Dis* 2013;19:1428-1433.
75. Rosemann T, Laux G, Droesemeyer S, Gensichen J, Szecsenyi J. Evaluation of a culturally adapted German version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC 5A) questionnaire in a sample of osteoarthritis patients. *J Eval Clin Pract* 2007;13:806-813.
76. Karabulutlu ve ark, Kronik Hastalığı Olanların Bakımı Değerlendirmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi Cilt 3 Sayı 1 (2015).
77. Sağlık Bakanlığı, (2004) Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000, RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Yayın No: SB-HM-2004/08,)

8.EKLER

EK 1: Anket Formu

| | |
|---|--|
| Yaşınız:..... | Cinsiyet: kadın(...) erkek(.....) |
| Medeni durum: evli(...)bekar(....)dul(....) | Çalışma durumu:çalışıyor(...)çalışmıyor(....) |
| Meslek : öğrenci(...) memur (...) işçi(...) emekli (...) serbest meslek(....) ev hanımı(...) diğer(.....) | |
| Eğitim: Okur yazar değil(...) İlkokul(...) ortaokul(...) lise(...) yüksekokul ve fakülte (....) | |
| Yerleşim yeri: kentsel(.....) kırsal(.....) | |
| Sosyal güvence: Yeşil kart(...) Emekli sandığı(....) Bağkur(...)Ssk(...) Yok(....) | Gelir düzeyi: 1380 TL'den az(.....) 1380-4470 TL arası(.....) 4470 TL'den fazla(.....) |
| Gelir durumunuz nasıl buluyorsunuz ? çok iyi..... iyi..... orta..... kötü | |
| Kronik hastalığınız nedir? diyabet...tansiyon...kvh...ülser...astım...prostat...ruhsal hastalık ...koah..... Romatizma... <i>Nörolojik hastalıklar..... SVO.....</i> | |
| Sağlık harcamalarınız sağlık hizmeti alımınızı etkiliyor mu? Evet..... ...Hayır..... | |
| Sağlık hizmetinizi nerden alıyorsunuz ? Devlet hastanesi... ..özel hastane.....üniversite hastanesisağlık ocağı.....acil servis... | |

1-ilaçlarınızı her zaman düzenli alıyor musunuz ? EVET HAYIR

2. İlacınızı almayı hatırlamak konusunda yardım alıyor musunuz ?

EVET HAYIR

3. Kendinizi iyi hissettiğinizde ilacınızın dozunu azaltır mısınız?

EVET HAYIR

4. Kendinizi kötü hissettiğinizde ilacınızı doktora danışmadan arttırır mısınız?

EVET HAYIR

son 12 ay boyunca maliyetten dolayı,yazılıandan az ilaç aldınız mı?

EVET HAYIR

Cevabınız EVET ise Aşağıdaki ifadelerle ilgili en uygun seçeneği ✓ ile işaretleyiniz.

- ()Daha az hap veya daha küçük doz almak,
- ()bir reçeteyi hiç doldurmamak
- ()Reçetenin yazılmasını ertelemek veya atlamak,
- ()Hasta hissettiğinde, kendi ilaçları yerine bitkisel ilaçlar veya vitaminleri kullanmak,
- ()Yeniden ilaç yazdırma öncesi zamanı uzatmak için, ilaçları daha az sıklıkta almak.

Aşağıdaki ifadelerle ilgili en uygun seçeneği √ ile işaretleyiniz.

| | Hiçbir zaman | nadiren | Bazen | Çoğu zaman | Her zaman |
|---|--------------|---------|-------|------------|-----------|
| Son 6 ay içinde kronik hastalığımla ilgili bakım aldığımda tedavi planım yapılırken görüşlerim alındı | | | | | |
| Tedavim konusunda karar vermem için başka seçenekler sunuldu. | | | | | |
| İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi. | | | | | |
| Ne olduğu, nedenleri, risk etkenleri, tedavisi, kısa ve uzun dönem etkileri gibi hastalığımla ilgili tüm konularda bilgilendirildim | | | | | |
| Hastalığımla ilgili tüm karar alma süreçlerine dahil edildim | | | | | |
| Bana evde bakım veren kişiye/kişilere hastalığımla tedavisini kolaylaştırmaya yönelik bilgi verildi | | | | | |
| Kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu | | | | | |
| Hastalığımla ilgili önerilere uymam yönünde teşvik edildim. | | | | | |
| Daha sağlıklı bir yaşam için yapmam gerekenlerin yazılı bir listesi verildi | | | | | |
| Bana sunulan hizmet iyi planlanmıştı | | | | | |
| Tedavi sürecinde kendi yaptıklarımın hastalığımla nasıl etkilediği anlatıldı | | | | | |
| Hastalığımla ilgili olarak ihtiyaç duyduğumda doktoruma/yardımcısına ulaşabildim | | | | | |
| Yemek ve egzersiz alışkanlıklarımı düzeltmem için hedefler oluşturmama yardım edildi | | | | | |
| Tedavim için yapılacakların bir kopyası bana verildi | | | | | |
| Sağlık alışkanlıklarım ile ilgili sözlü ya da yazılı sorular soruldu | | | | | |
| İlaçlarımı ve gerekli cihazları doğru kullanmayı öğrenmem konusunda yardım edildi | | | | | |
| Hastalığımla başa çıkmama yardımcı olacak yazılı veya görsel materyaller önerildi | | | | | |
| Bana tedavi tavsiyelerinde bulunurken doktorum ya da hemşiremin benim değer, inanç ve geleneklerimi dikkate aldığını düşündüm | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Zor durumlarda bile hastalığım ile ilgili hizmet alabilecek şekilde ileriye dönük plan yapmama yardım edildi | | | | | |
| Hastalığımın hayatımı nasıl etkilediği soruldu | | | | | |
| Benimle kurulan iletişim yeterliydi | | | | | |
| Benimle kurulan iletişim yeterliydi | | | | | |
| Durumumu ve hastalığımın seyrini değerlendirmek üzere görüşme sonrası benimle temas kuruldu | | | | | |
| Bir diyetisyen, sağlık eğitimcisi ya da sağlık danışmanına yönlendirildim | | | | | |
| Başka doktorlarla yaptığım görüşmelerin tedavime nasıl yardımcı olduğu bana anlatıldı | | | | | |
| Diğer doktorlarla yaptığım görüşmelerin nasıl geçtiği soruldu | | | | | |
| Hastalığımla ilgili farklı sağlık çalışanlarından aldığım sağlık hizmetlerinin koordinasyonu yapıldı | | | | | |
| Hastalığımın olumsuz sonuçlarına yönelik hizmet almam konusunda desteklendim | | | | | |

9. ÖZGEÇMİŞ

Dr. Nuran ŞAHİN 05.11.1988 tarihinde Kilis merkez ilçesinde doğmuştur. Mehmet Akif İlköğretim Okulu' nu, ve Süleyman Demirel Anadolu Lisesini bitirmiştir. 2013 yılında Elazığ Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi' nden mezun olmuştur. Aynı yıl Van-Saray Toplum Sağlığı Merkezi' nde pratisyen hekimliğe başlamıştır. 01.09.2015 tarihinde Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı' nda uzmanlık eğitimine başlayıp hala burada araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.