



T.C.

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERE “KRONİK
HASTALIK BAKIMINI DEĞERLENDİRME
ÖLÇEĞİ(PACIC)”NİN UYGULANMASI**

Uzmanlık Tezi

Dr. Serap DÖNMEZ AK

ANKARA, 2017



T.C.

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERE “KRONİK
HASTALIK BAKIMINI DEĞERLENDİRME
ÖLÇEĞİ(PACIC)”NİN UYGULANMASI**

Uzmanlık Tezi

Dr. Serap DÖNMEZ AK

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. B. Furkan DAĞCIOĞLU

TEŞEKKÜR

Her aşaması bir dönüm noktası olan tıp eğitiminin, kariyer planlama adına en önemli basamağı olan uzmanlık eğitiminin sonuna gelmiş bulunmaktayım.

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimime başladığım ilk günden itibaren bilgi, hoşgörü ve engin deneyimleri ile her zaman desteğini gördüğüm ve mesleki gelişimime çok değerli katkılarda bulunan saygıdeğer hocalarım Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Mehmet UĞURLU'ya ve Sayın Doç. Dr. Yusuf ÜSTÜ'ye,

Tez çalışmam boyunca desteğinin esirgemeyen, her türlü soruma sabırla cevap arayan, emeğini ve vaktini esirgemeyen tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. B. Furkan DAĞCIOĞLU'ya,

Uzmanlık eğitimim süresince destek ve katkılarından dolayı Başasistan Uzm. Dr. İrep KARATAŞ ERAY'a, Başasistan Uzm. Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ'a ve Yrd. Doç. Dr. Ahmet KESKİN'e

Var olduğum yerin en büyük emektarı olan, hayatları boyunca desteklerini ve sevgilerini üzerimden eksik etmeyen, her pes ettiğimde gözlerine bakıp yeniden inandığım canım annem Fatma DÖNMEZ' e, canım babam Mehmet DÖNMEZ' e ve olmazsa ben, ben olmazdım dediğim bir tanecik kardeşim Fatma Nur DÖNMEZ' e;

Tanıdığım ilk günden beri sevgi ve huzurun temsili olan, her zaman olduğu gibi bu süreçte de bana destek olan hayat arkadaşım, canım eşim Esat AK'a,

Sonsuz saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Serap DÖNMEZ AK

Ankara, 2017

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|------|
| TEŞEKKÜR | i |
| İÇİNDEKİLER | ii |
| ÖZ | iv |
| ABSTRACT | vi |
| KISALTMALAR | viii |
| TABLO DİZİNİ | ix |
| ŞEKİLLER DİZİNİ | x |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 2.GENEL BİLGİLER | 2 |
| 2.1. Modelin Bileşenleri | 13 |
| 3.MATERYAL VE METOT | 20 |
| 3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı | 20 |
| 3.2. Araştırmanın Örneklemi | 20 |
| 3.3. Veri Toplama Araçları | 20 |
| 3.4. Soru Formu | 21 |
| 3.5.Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği/Hasta Formu (The Patient Assessment of Chronic Illness Care-PACIC) | 21 |
| 3.6.Ön Uygulama | 23 |
| 3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri | 23 |
| 3.8. İstatistiksel Değerlendirme | 23 |
| 4.BULGULAR | 24 |
| 5. TARTIŞMA | 31 |
| 6. SONUÇ | 41 |
| 7. ÖNERİLER | 42 |
| 8.KAYNAKLAR | 43 |

9. EKLER

50

10. ÖZGEÇMİŞ

54



ÖZ

Giriş ve amaç: Tüm dünyada beklenen yaşam süresinin artması ve yaşam şartlarındaki değişiklik nedeniyle kronik hastalık prevalansı her gün artmaktadır. Kronik hastalıklara bağlı oluşan mortalite ve morbidite oranları da tüm dünya için öncelikli sağlık problemlerindedir. Bu yüzden kronik hastalığı olan bireylere sunulan hizmeti değerlendirmek ve bu sayede sunulan hizmeti iyileştirmek kronik hastalık sıklığı ve kronik hastalıklara bağlı görülen sakatlık ve ölümleri azaltmak için önemli bir adımdır. Bu çalışmada bu amaca paralel olarak kronik hastalıkların PACIC ölçeği uygulanarak aldıkları bakımdan memnuniyetleri değerlendirilmiştir.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, 01.02.2017 - 28.02.2017 tarihleri arasında Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği ve Dahiliye Polikliniklerine başvuran, 18 yaş üzeri, kronik hastalığı olan bireyler üzerinde yapıldı. Katılımcılara yüz yüze görüşme yöntemi ile sosyodemografik bilgi formu ve PACIC ölçeği uygulandı. Verilerin analizleri, SPSS 22.0 paket programında yapıldı. Tamamlayıcı veriler sayı yüzde ortalama, ortanca olarak sunuldu. Sınıflandırılmış verilerin karşılaştırılmasında ki kare testi, sürekli verilerin karşılaştırılmasında Mann Witney U testi, Kruskal Wallis Varyans analizi kullanıldı. Sürekli değişkenleri ilişkisi Spearman Korelasyon testi ile değerlendirildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan 300 hastanın sosyodemografik özelliklerine ve var olan kronik hastalıklarına göre PACIC ölçeği skorları değerlendirildi ve hastaların yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, düzenli kontrole geliyor olmaları ve son muayene tarihlerinin yakınlığı ile ölçek puanlarının yüksekliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu. Değerlendirilen kronik hastalıklar arasında ise sadece kronik tiroid hastalıkları ile, ölçeğin amaç belirleme ($p=0,017$), izlem/koordinasyon ($p=0,005$) alt boyutları ve toplam ölçek skorlarının ($p=0,035$) daha yüksek olduğu saptandı. Hipertansiyon, DM, astım/KOAH, kronik kalp hastalıkları ve diğer hastalıklar başlığı altında yer alan hastalıklar ile PACIC skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Ayrıca sosyodemografik verilerden olan cinsiyet, medeni durum

ve var olan kronik hastalık süreleri ile toplam ölçek puanları arasında ilişki saptanmadı.

Sonuç: Araştırma kapsamında değerlendirilen hastaların aldıkları kronik hastalık bakımında memnuniyet oranları orta düzeyde belirlendi. Çalışmanın alt boyutların bakıldığında ise en yüksek puan problem çözme, en düşük puan ise izlem/koordinasyon alt boyutundan alındı. Bu durum takibe alınan hastaların başvurdukları polikliniklerin özellikle izlem/takip boyutu başta olmak üzere kronik hastalık bakımı konusunda uygulamalarını gözden geçirip geliştirmeleri gerektiğini düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: kronik hastalık, kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği, KHBDÖ,

ABSTRACT

Implementation of “The Patient Assessment of Chronic Illness Care(PACIC)” in Individuals With Chronic Illness

Objectives: The chronic illness prevalence is increasing every day due to increase in life expectancy and changes in living conditions throughout the world. Mortality and morbidity rates due to chronic illnesses are also priority health problems for the whole world. Therefore assessing the service and improving the service provided are important steps to reduce chronic illness rate, and disability and deaths caused by chronic illnesses. For this purpose, satisfaction of the chronic patients, who have been cared in compliance with PACIC scale, has been assessed in this study.

Materials and Methods: This descriptive study was conducted with face-to-face interviews with individuals aged 18 years and over, who were admitted to Ankara Atatürk Training and Research Hospital Family Medicine and Internal Medicine Polyclinics between February 1st and February 28th, 2017. Socio-demographic information form and PACIC scale were applied to the participants with face-to-face interview method. Analyzes of the data were made in the SPSS 22.0 package program. Complementary data were presented as median and mean percentage. The Chi-square test was used to compare the classified data, the Mann Witney U test and the Kruskal-Wallis Variance analysis were used to compare continuous data. The correlation of continuous variables was assessed by the Spearman correlation test.

Results: PACIC scale scores were evaluated according to the sociodemographic characteristics and existing chronic illnesses of 300 patients who participated in the study, and a statistically significant correlation was found between the age,

education level, income level, regular check-ups, closeness of the last examination dates of the patients and scale score. Among the chronic illnesses evaluated, only chronic thyroid disease was found to have higher correlation with the following: goal setting ($p=0.017$), monitoring/coordination ($p=0.005$) sub-scales and total scale scores ($p=0.035$). There was no significant correlation between PACIC scores and hypertension, DM, asthma/COPD, chronic heart disease, and other underlying diseases. In addition, there was no correlation between total scale scores and sociodemographic data such as gender, marital status and duration of the chronic illnesses.

Conclusion: Satisfaction rates of the chronic illness care of the patients evaluated within the scope of the research were determined as moderate. When the sub-dimensions of the study were examined, the highest score was taken from problem solving and the lowest score was taken from the monitoring / coordination sub-dimension. This suggests that the polyclinics that cared the follow-up patients need to observe and improve their practices in chronic illness care, especially in monitoring / coordination sub-dimension.

Key words: Chronic Illness, The Patients Assessment of Chronic Illness Care, PACIC

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AİDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome / Edinilmiş İmmün Yetmezlik Sendromu

DM: Diabetes Mellitus

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EUROPEP: Patients Evaluate General/ Family Practise (EQUIP [European Working Party on Quality in General Practice] tarafından hazırlanan Aile Hekimini değerlendirme ölçeği)

EUROSPIRE III: European Action on Secondary Prevention by Intervention to Reduce Events

HbA1c: Hemoglobin A1c

KAH: Koroner Arter Hastalığı

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

LDL: Düşük Dansiteli Lipoprotein

PACIC: The Patient Assessment of Chronic Illness Care

SPSS: Statistical Packages for the Social Sciences

TURDEP: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması

WHO: World Health Organization

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

TABLÖLAR DİZİNİ:

TABLO-1: Türkiye’ de Kronik Hastalıklarla İlgili Bazı Sonuçlar

TABLO-2: PACIC Ölçeği

TABLO-3: Çalışma kapsamında incelenen bireylerin sosyodemografik ve kronik hastalıklarına dair özellikler

TABLO-4: Hastaların PACIC Ölçeğinden Aldıkları Puanlar

TABLO-5: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre PACIC Ölçeğinden Aldıkları Puanlar

TABLO-6: Hastaların Kronik Hastalıklarına Göre PACIC Ölçeğinden Aldıkları Puanlar

TABLO-7: Hastaların yaş-kronik hastalık süresi arasındaki ilişki

TABLO-8: Hastaların yaş grupları ile kronik hastalık süresi ve kontrol durumları arasındaki ilişkiler

ŞEKİLLER DİZİNİ:

ŞEKİL-1: Kronik Bakım Modeli



1. GİRİŞ

Kronik hastalıkların tüm dünya ülkelerinde sıklığı her geçen gün artmakta dolayısıyla kronik hastalıklara bağlı oluşan sakatlık ve ölümler de artarak 20–64 yaş aralığındaki üretken dönemi kapsayan popülasyon için önemli bir sağlık sorununu oluşturmaktadır. Kronik hastalıklar, toplum sağlığını etkileyen önemli bir parametre olmakla birlikte sağlık hizmetlerinin nasıl sunulacağını da belirlemekte ve tüm sağlık sistemini etkilemektedir.

Tüm dünya için önemli olan bu durumun değerlendirilmesi ve bu değerlendirmeler neticesinde sunulan hizmetlerin değiştirilmesi ve geliştirilmesi için, daha önce kullanılan bir çok model, sunulan kronik hastalık hizmetleri açısından sağlık hizmeti sunucularının kendilerini değerlendirdikleri modellerdir. Bu konuda önemli bir gelişme kaydedilmiş ve verilen kronik hastalık bakım hizmetlerinin hastanın kendi perspektiflerinden değerlendirmeleri amacıyla “Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (KHBDÖ)” geliştirilmiştir. Bu ölçek kronik hastalık takibinde önemli bir yere sahip, birinci basamak yönelimli bir klinik uygulama olan Aile Hekimliği’ nin bilinen altı çekirdek yeterliliğinden “kişi merkezli bakım” için de önemli sonuçlar ortaya koyacaktır.

İngilizce’ de geliştirilen ve bir çok dile çevrilen, bir çok ülkede uygulanan, Türkçe geçerliliği de kanıtlanan PACIC ölçeği kronik bakımın kalitesini hasta bakış açısıyla değerlendirerek hastaların memnuniyetlerini, hangi konularda daha az desteklendiklerini hissettiklerini tespit ederek bu konuda sunulan hizmetlerle ilgili iyileşme ve gelişmeler kaydedilmesini sağlayacaktır.^{1,2}

Bu çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları kronik hastalık hizmetlerini nasıl değerlendirdikleri, hangi konuda daha fazla desteğe ihtiyaç hissettiklerinin saptanması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Kronik hastalıklar bireyin sağlığını fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik yönden etkileyen, yıllar boyu tedavi ve bakım desteği gerektiren uzun süreli hastalıklardır. Yaşamın herhangi bir döneminde görülebilmekle birlikte yaş arttıkça kronik hastalık sıklığı artmaktadır.³ Kronik hastalıklar, ortaya çıkması durumunda yaşamın uzun bir dönemini kapsayan, sahip olan bireyin normal fizyolojik fonksiyonlarda ilerleyici bir bozulma ve geri dönüşsüz değişikliklere neden olan, günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan, sürekli tıbbi bakım, tedavi ve destek gerektiren hastalıklardır.^{4,5}

Hastada, kalıcı olarak fonksiyonel yetersizlik vardır; oluşan patolojik değişiklikler geri dönüşlü değildir. Kronik hastalıklar kendiliğinden düzelmez, çözülmez, özel bakım ve rehabilitasyon hizmetleri gerektirir ve nadiren tamamen tedavi edilebilen hastalıklardır. Kronik hastalığı olan bireylerin bir ya da birden fazla vücut sistemi etkilenebilir ayrıca bireylerde duyuşsal, mekanik ve sosyal alanlarda zayıflama olabilir.³ Kronik hastalıklar ve bu hastalıklara bağılı oluşan komplikasyonlar bireylerin fonksiyonel kapasitesinde azalmaya neden olabilir, aktif hayatlarını sınırlandırabilir, yaşam kalitesinde bozulma ve sosyal izolasyona neden olabilir. Bu durumda sadece hastanın değıl, ailenin yaşam tarzı ve aile üyelerinin birbiri ile ilişkisi de etkilenebilir.³

Kronik hastalıklar hafiften çok şiddetliye kadar çok değışik şiddetlerde görülebilir. Kronik hastalıklarda tüm kronik hastalıklarda için geçerli olmamakla birlikte remisyon ve alevlenme dönemleri vardır. Corbin ve Strauss, kronik bir hastalığın başlangıcından itibaren ölüme kadar olan dönemi başlangıç, stabil, akut, geri dönüş, kriz, stabil olmayan (kararsız), aşığı gidiş ve ölüm fazı olmak üzere 7 faza ayırmışlardır.³ Başlangıç fazı, klinik belirti ve bulguların ortaya çıkmaya başladığı ve böylelikle hastalık tanısının konulduğu dönemdir. Stabil (kararlı) fazda, hastalık önlemlerle kontrol altında tutulmaya çalışılır; birey normal yaşamını sürdürmektedir. Akut faz, hastalığın alevlenme dönemidir; ciddi klinik semptom ve bulgular görülmektedir; semptomlar ya da komplikasyonlar tam olarak ortadan

kalkmayabilir. Bu faz ölüme ya da daha ileri yetersizliğe yol açabilir. Geri dönüş fazında, akut fazdan kabul edilebilir bir yaşam şekline yavaş yavaş geri dönülür. Kriz fazında, yaşamı tehdit eden bir kriz ortaya çıkar ve acil bakım gerektirir. Stabil olmayan fazda, yaşam fonksiyonları etkilenir; tedavi ve bakıma rağmen semptomlar ve değerler tam olarak kontrol altına alınamaz. Aşağı gidiş fazında, fonksiyonel fiziksel ve mental kapasitede giderek artan bir kötüleşme vardır. Günlük yaşam aktivitelerinde günden güne bozulma olur. Ölüm fazında, aktiviteler giderek azalır ve ölüme yaklaşılır.³

Tüm dünya kronik hastalıklar nedeniyle oluşan sakatlık ve ölümlerin artan oranıyla karşı karşıyadır.⁶ Tüm dünya ülkelerinde sıklığı giderek artmakta olan kronik hastalıklar 20–64 yaş aralığındaki üretken dönemi kapsayan ölümlerin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır.^{2,7} Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de ölümlerin çoğu kronik hastalıklardan kaynaklanmaktadır.⁸

Kronik hastalıklar nedeniyle meydana gelen ölümler tüm dünyada enfeksiyonların, anne ve çocuk ölümlerinin önüne geçmiştir.^{4,5} Dünyada eğitim ve gelir düzeylerindeki artış, beslenme ve yaşam biçimi bilincindeki artış, bulaşıcı hastalıkların kontrolü gibi faktörler beklenen yaşam süresinin artmasını sağlamıştır. Kronik hastalıkların artmasında ana nedenler arasında; dünya nüfusunun yaşlanması (Alzheimer hastalığı), çevresel etmenlerle birlikte yaşam şeklindeki değişiklikler (KOA, obezite) ve AIDS gibi epidemiler sayılabilir. Beslenme alışkanlıklarındaki sağlıksız ve dengesiz davranışların artması, sigara içme, alkol tüketiminin artması, daha az eğitim alma, sedanter yaşam, kırsal kesimde yaşama, stres gibi bazı sosyolojik ve etik sorunlar yaşam şeklini ve alışkanlıkları etkilemekte, kronik hastalıklara neden olmaktadır. Yaşla birlikte artan kronik hastalık oranları aynı zamanda, özürlü nüfus için de yüksektir ve özürlülerin yaklaşık 2/3'ünde en az bir kronik hastalık bulunmaktadır.³ (şekil-1). Bu durumla birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığı ve dolayısıyla kronik hastalıkların meydana getirdiği yük de artmıştır.^{5,9}

Kalp damar hastalıkları, kanserler, diyabet ve kronik solunum yolu hastalıkları gibi kronik hastalıklar hem toplum sağlığı hem de ülke kalkınması üzerinde önemli tehdit oluşturmaktadır. Bu hastalıkların her yıl tahminen 35 milyon ölüme neden olduğu düşünüldüğünde bu oran küresel ölümlerin %60'ını oluşturmaktadır.⁹ Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, 2008 yılında meydana gelen ölümlerin %63ü yukarıda bahsettiğimiz bu dört hastalık nedeniyle olmaktadır ve bu ölümlerin %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir.^{6,9,10} Kronik hastalıklara bağlı ölüm oranının 2020 yılında %75'e yükselmesi beklenmektedir.¹¹

Dünyada ölüm nedenleri, ülkelerin gelişmişlik ve gelir düzeylerine göre değişmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde kronik hastalık prevalansı giderek artmakta birlikte ölüm nedenlerinin büyük kısmını enfeksiyon hastalıkları oluşturmakta iken gelir düzeyi yüksek olan ülkelerde ölüm nedenlerinin ilk 10 sırasında yer alan hastalıkların 9' unu kronik hastalıklar oluşturmaktadır.³ Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de nüfusun yaşlanmasına bağlı beklenen yaşam süresinin artmasıyla birlikte hastalık yükü giderek artmakta ve bu hastalıkların büyük bir bölümünü kronik hastalıklar oluşturmaktadır. Ulusal raporlarda da ülkemizde ölüme neden olan ilk 10 hastalıktan yedisinin kronik hastalıklar olduğu belirtilmektedir.¹² Türkiye'de 2015 verilerine göre ölüme neden olan hastalıklar sıralamasında % 40,25 ile dolaşım sistemi hastalıkları; %20,04 ile neoplazmlar ve % 11,10 ile solunum sistemi hastalıkları ilk üç sırayı almaktadır.¹³

Kronik hastalıkların morbiditesi ve mortalitesindeki artış göz önünde bulundurulduğunda, birinci basamak sağlık sunumunda kronik hastalık bakımının önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir.¹⁴ Bu durum dikkate alındığında birinci basamakta kronik hastalıkların yönetiminde ne kadar başarılı olduğumuz üzerinde düşünmek gerektiğini vurgulamak gerekir.¹⁵ Yetişkinin en sık rastlanan kronik sağlık problemleri; hipertansiyon, kronik mental sorunlar, solunum hastalıkları, artritler, kalp hastalıkları, göz problemleri, astım, dislipidemiler ve diyabettir.¹⁶ Tüm poliklinik başvurularının %72'sinin nedeni kronik hastalıklardır, poliklinik hizmetlerinin yarısından fazlası iki ya da daha çok kronik sağlık sorunu olan hastalara

yöneliktir.^{15,16} Buradan da anlaşılacağı gibi, aile hekimliği pratiğinin önemli bir bölümü kronik hastalıklara yönelik koruma, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinden oluşmaktadır. Ülkemizde, 5 ay boyunca aile hekimliği polikliniğine ilk kez başvuran hastaların kaydedildiği bir çalışmada bu kişilerin %67,4'unun kronik bir sağlık sorunu olduğu saptanmıştır.¹⁷

Son yıllarda kronik hastalıklarda etkin tedaviye yönelik çok önemli ilerleme kaydedilmesine rağmen toplumda bu hastalıkların etkin yönetimi konusunda belirlenen hedeflere ulaşılamamıştır.^{18,19} Yapılan araştırmalar kronik hastalığı olan bireylerin istenen standartlarda bakım almadığını göstermektedir. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada; diyabetli vakalarda önerilen tetkiklerin yapılma oranı çok yüksek (%97,4) olmasına rağmen, HbA1c hedefine (<%7) sadece %34, arter kan basıncı hedefine (130/80mmHg) %33, LDL- kolesterol hedefine (<100mg) %65,1 vakada ulaşıldığı; her üç hedefi karşılayan hasta oranının ise %10 olduğu bulunmuştur. Ülkemizde yapılan, Türk Diyabet Vakfı'nın Raporu'nda diyabet olgularının ortalama HbA1c değerleri tip 1 diyabette %8,6, tip 2 diyabette %8,1; HbA1c değeri hedef değerin (<%7) altında olan olguların oranı tip 1 diyabetlilerde %25, tip 2 diyabetlilerde %37 olarak bildirilmiştir. Benzer şekilde, komplikasyon sıklıklarının da yüksek olduğu; Tip 2 diyabet olgularının %90'ında mikrovasküler, yaklaşık yarısında ise makrovasküler komplikasyonlar görüldüğü belirtilmiştir.³

TABLO 1 :Türkiye’ de kronik hastalıklarla ilgili bazı sonuçlar³

| Türkiye’de Kronik Hastalıklarla İlgili Bazı Sonuçlar | |
|---|---|
| Koroner arter hastalığı | <ul style="list-style-type: none">• KAH prevalansı: 35 yaş ve üzeri erkeklerde %13,9, kadınlarda %12,1• Her yıl 200.000 yeni vaka |
| Diyabet | <ul style="list-style-type: none">• Diyabet prevalansı: 20 yaş ve üzeri erişkinlerde %13,7• Her yıl 360 000 yeni vaka• Kadınlarda daha yüksek |
| Obezite | <ul style="list-style-type: none">• Obezite prevalansı: %31,2 (erkeklerde %27,3; kadınlarda %44,2)• Fazla kilolu: %37,5• TURDEP-I ve TURDEP-II sonuçları karşılaştırıldığında, 12 yıl içinde 20 yaş ve üzeri nüfusta obezitede ciddi oranda artma (kadınlarda %34, erkeklerde %107 artış)• |
| Hipertansiyon | <ul style="list-style-type: none">• Hipertansiyon prevalansı: %31,8 (erkeklerde %27,5; kadınlarda %36,1) <p>Hipertansif olguların:</p> <ul style="list-style-type: none">• %40’ı hastalığını biliyor.• %31,1’inin ilaç tedavisi alıyor• Genelde %8,1’inde, antihipertansif tedavi alanların %20,7’sinde arter kan basıncı kontrol altında• %6’sında kronik böbrek hastalığı ve %27’sinde mikroalbuminuri var. |
| KOAH | <ul style="list-style-type: none">• Ülkemizde KOAH’lı hastaların %8,4’u KOAH tanısı almaktadır• Adana ilinde 40 yaş üstü nüfusta KOAH prevalansı: %19,2 |

Aynı zamanda toplumda kronik bir hastalığı olmasına rağmen tanı konmamış çok sayıda kişi olduğu bildirilmiştir.^{20,21} PatenT çalışması ülkemizde, tedavi altındaki hipertansif hastaların sadece %20,7'sinin kan basıncının istenen düzeyde olduğunu göstermiştir.^{15,20} TEKHARF 2003/04 kohortundaki hipertansif kadınların %66,9'u, erkeklerin ise %53,7'si antihipertansif ilaç kullanmasına rağmen bu hastaların sadece %43'ünde kan basıncı istenen düzeyde olduğu saptanmıştır.²² Türkiye'de ve Avrupa'da, koroner arter hastalarında risk faktörlerini, yaşam tarzı uyumu ve ilaç tedavilerinin kullanımını ve yeni kılavuzlara uyumunu belirlemek amacıyla yapılan 'EUROASPIRE III Çalışması'nda; ülkemizde Avrupa'ya göre kardiyovasküler korunma önlemlerinin eğitim alma ve hekim tarafından izlenme durumunun daha düşük olduğu, sigaraya devam etme ve hareketsizlik oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu veriler, ülkemizde hipertansiyon, diyabet, KAH gibi başta gelen kronik hastalık tedavi ve bakımının yeterli olmadığını göstermektedir.³

Kronik hastalıkların yönetilmesindeki karşılaşılan en önemli sorun, klinik pratikte akut sorunların egemen olmasıdır.²³ Yani kliniğe başvuran hastalarda hekim, öncelikle akut sorunlarla ilgilenmekte ve çoğu zaman kronik sorunlarla ilgilenen yeterli zaman kalmamaktadır. Ayrıca, bireyler kendi sağlıkları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarından bu bireylerin kendi kendilerini yönetme becerileri de düşük düzeydedir. Çünkü, bakım ve tedavi daha çok sağlık ekibi üyeleri tarafından yönlendirilmekte, hastanın kendi kendini yönetimine ve sağlık ekibi hasta etkileşimine çok az önem verilmektedir.³ Kronik bakımın geri planda kaldığı akut sağlık hizmetlerinin ön planda tutulduğu bu sistemde, hastanın kendi kendine bakım becerisini kazanmasının desteklenmesi mümkün olmamaktadır.¹⁵ ABD'de kronik hastalığı olan yaklaşık %15 kişinin aynı semptomlarla farklı hekimlerden tedavi aldığı, bunun sağlık hizmetlerinde bilgi karmaşası yarattığı, ayrıca testlerde ve tedavilerde tekrarlar olduğu belirtilmektedir. Bu, sadece ABD'ye özgü bir durum değildir; yapılan bir çalışmada Avustralya, Kanada, İngiltere, ve Yeni Zelanda'da da benzer sonuçlar bulunmuştur. Akut bakım ve tedavi ağırlıklı sağlık hizmeti, bakım ve tedavinin bütüncül bir yaklaşımla değil, parçalı şekilde sunulmasına yol açmaktadır.³

Buradaki esas problem zaman yetersizliği değil, işbölümünde yapılan hatalar ve yukarıda belirttiğimiz gibi hasta-hekim görüşmesinin akut problemlerin ön planda tutulması nedeniyle kronik hastalığa odaklanmamasından kaynaklandığı öne sürülmüştür.²⁴ Yüksek kalitede sağlık hizmeti verebilmek için yapılan bir çalışmada, 10 kronik hastalık ve 2500 hasta araştırılmış ve planlı vizitler ile kontrol altında tutulan hastalar incelendiğinde günde ortalama 3.5 saat; plansız vizitler ve kontrolsüz hastalar söz konusu olduğunda ise günlük ortalama 10,5 saat sağlık hizmetine ihtiyaç olduğu saptanmıştır.²⁵ Kronik hastalıkların yönetilmesinde başarısızlığa yol açan önemli bir diğer neden ise hekimlerin klinik uygulama pratiklerinin kanıta dayalı kılavuzlarla uyumlu olmamasıdır.^{26,27} Konuyla ilgili olarak esas sorunun hekimin kılavuzları uygulamaya istekli olmaması gibi düşünülse de hekimin ihtiyaç duyduğunda kanıta dayalı bilgiye kolaylıkla ulaşabilmeli ve gerekli basamaklarda hatırlatıcı mekanizmalar oluşturulmalıdır.²⁴ Kronik hastalıkların iyi yönetilememesine yol açan diğer etkenler arasında tedaviye uyumda problemler, sağlık/hastalık algısı, kendi kendine bakım beceri ve motivasyonu gibi hastaya bağlı etkenler ve sistemin kronik sorunlar yerine sadece akut sorunlara odaklı organizasyonu, yetersiz iş gücü, yetersiz finansman gibi sağlık sistemine bağlı etkenler sayılabilir.^{15,23-25,28}

Dünya Sağlık Örgütü' ne göre de kronik hastalık hizmetlerinde ön planda genel olarak akut bakım hizmetleri sunmak üzere yapılandırılmış sağlık sistemleri yetersiz kalmaktadır. Tüm dünyada, olması gerekenin aksine koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinden ziyade akut sağlık sorunlarına odaklanılmakta dolayısıyla tedavi hizmetleri için ilaç ve teknolojik girişimlere ağırlık verilmektedir. Ülkemizde de benzer şekilde akut bakım ve tedavi hizmetlerine odaklanan sağlık hizmetleri, bakım ve tedavinin bütüncül bir yaklaşımla sunulmasına engel olmaktadır.³ Bu durumda, kronik hastalıklı bireyler sağlıkla ilgili şikayetleri olduğunda hastanelere başvurmakta, çok sayıda bireyin hastanelere yönelmesi sağlık sistemine yük getirmekte, daha çok var olan semptomlar ve komplikasyonlar tedavi edilmektedir.³ Oysaki kronik hastalık hizmetlerinin yönetiminde bütünleştirilmiş sağlık hizmetleri olmadan yüksek performanslı, sürdürülebilir bir hizmetin sunulması mümkün

değildir. Dolayısıyla hastalık merkezli modellerden hasta merkezli modellere geçmek gerekmektedir.⁴

Tüm bu anlatılanlar ışığında kronik hastalıkların morbiditesi ve mortalitesindeki artış düşünüldüğünde, birinci basamak sağlık sunumunda kronik hastalık bakımının önemli bir yere sahip olduğunu vurgulamak gerekir. Ayrıca kronik hastalıkların sağlık hizmetlerinin nasıl sunulacağını da belirlediği ve tüm sağlık sistemini etkilediği görülmektedir.¹⁴ Her geçen gün, birinci basamakta kronik hizmet sunumunun öncelikli olarak geliştirilmesi sayesinde kronik hastalıklarla daha etkin mücadele edilebileceği ve böylece mortalite ve morbidite oranlarının düşeceğini ifade eden kaynak ve yazar sayısı artmaktadır.^{19,24,29} Bu ifade ise sağlık hizmetlerine bütüncül yaklaşım ve genel sağlık hizmetlerini ön plana çıkaran, birinci basamak yönelimli bir sağlık sistemine duyulan ihtiyacı göstermektedir.^{19,24,30} Günlük pratikte de incelendiğinde kronik hastaların büyük çoğunluğu sağlık hizmetini birinci basamak hekimlerinden aldıkları görülmektedir. Aile hekimliğinin kapsamlı, sürekli ve koordinasyon sağlayıcı niteliği kronik hastaların ihtiyaçları ile bire bir örtüşmektedir.³¹ Tüm dünyada kronik hastalıkların kontrolü için geliştirilen model ve programlar, hizmetin aşırı/yetersiz/yanlış kullanımı, akut sorunların hakimiyeti, koruyucu sağlık hizmetinin ihmali, klinisyenlerin yoğun iş temposunda tedavi kılavuzlarına yeterince uyamaması, hizmetin yetersiz koordinasyonu, hastaların rahatsızlıklarını çözebilmeleri için eğitilmemeleri gibi sorunları ele almışlardır.^{15,32-35}

Kronik hastalıklara ilişkin çeşitli çalışma raporlarında, kronik hastalığı olan bireylere verilen bakımın ve kalitesinin değerlendirilmesinin mümkün olduğu ancak bu konuda kullanılacak yeterli sayıda aracın olmadığı ve yeni araçların geliştirilmesi veya geliştirilmiş olanların farklı alanlarda kullanımının sağlanması gerektiği belirtilmektedir.³⁶⁻⁴⁰ Bahsettiğimiz tüm bu nedenlerle birinci basamakta kronik hastalıkların yönetimi için farklı modeller geliştirilmeye çalışılmaktadır. Günümüzde kronik hastalıkların prevalansının artması kronik hastalık kontrolü ve toplum temelli hastalık yönetimi programlarının önemini ortaya koymaktadır.^{41,42}

Kronik hastalık yönetimi, sadece hastanın hastalığının tedavisiyle ilgilenmeyip hastanın hastalığı ile ilgili öz-yönetim becerisi kazanması için çeşitli eğitim öğretim yöntemleriyle hazırlanması ve güçlendirilmesini kapsamaktadır.^{7,43} Bu şekilde sağlanan etkili bir hastalık yönetimi eğitim alan hastalarda yaşanacak sıkıntıların ve dolayısıyla oluşacak olan acil başvurularının ve hastane yatışlarının azaltılmasını, hastalığın seyrinde görülen fizyolojik ve psikolojik etkilerinin de azaltılmasını, hastalığa bağlı oluşacak bağımlılığın önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması sağlanabilmektedir.^{2,43-45} Başka bir çalışmada kronik hastalık yönetimi kronik hastalığı olan bireylere sunulan hasta merkezli; organize, proaktif, çok bileşenli ve toplum temelli sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır.^{5,46} Kronik hastalık yönetiminin sağlanması ile ekip çalışmasının desteklenmiş, bakımın koordinasyonu ve sürekliliğini sağlanmış, kronik hastalık bakımının kalitesinin geliştirilmiş, beklenen hasta sonuçlarını iyileştirmiş ve bakımın maliyetleri azaltmış olacaktır.^{31,47,48} Başarılı kronik hastalık bakım uygulamaları genellikle çok disiplinli ve koordine bir bakım ekibini kapsamaktadır. Bütüncül ve kesintisiz kronik hastalık yönetimini sağlayacak olan birinci basamak sağlık bakım profesyonelleri uygun eğitim ve ekip çalışması ile desteklenmelidir.⁴⁹

Tedaviye karar verilirken hastaların %91'inin katılımının olmadığı çeşitli yayınlarda belirtilirken bunun nedenleri arasında hekimlerin iş yükü nedeniyle hastalara yeterince zaman ayıramamaları bildirilmektedir.⁵⁰ Karar verme sürecine yeteri kadar katılımı sağlanamayan, yeterince bilgilendirilmeyen pasif pozisyondaki hastaların davranış değiştirmede daha uyumsuz oldukları ve daha olumsuz sağlık bakım sonuçları gösterdikleri belirtilmektedir.⁵¹ Sağlık profesyonellerinin kronik hastalığı olan hastalara kaliteli bakım sunabilmeleri için kanıta dayalı plan ve protokollerin uygulanması, bütüncül bir yaklaşım sergilenmesi, gereksinimlerinin yeniden yapılandırılması, hasta eğitimi için bilgi ve davranışlarının saptanması ve izlenmesi gerekmektedir. Ayrıca gerektiği durumlarda değişik uzmanların desteğine başvurulması ve destekleyici bakım sistemlerinin yeniden düzenlenmesi önerilmektedir.⁵²

Kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetimi aile hekimlerinin, iç hastalıkları, geriatri ve diğer ilgili uzmanlık alanlarında uzman olan hekimlerin ve hemşirelerin görevleri arasında olup kronik bakım yönetimi uygulamada ciddi değişim gerektirmektedir. Akut bakım hizmetleri içine kronik bakımla ilgili sistematik değerlendirme, önleme, eğitim ve izleme ilgili girişimleri adapte etmek oldukça zordur. Bu hastalar için yeni yaklaşımlar organize edilmesi gerekmektedir. Son yıllarda mevcut sağlık hizmetleri sunumundaki bu önemli sorunlar fark edilmiş ve kronik hastalık bakımı ile ilgili yeni stratejiler geliştirilmesi için çaba harcanmaya başlamıştır.³

Kronik hastalık yönetiminde uygulama rehberlerinin yetersiz kullanımı, bakımda koordinasyon eksikliği, yetersiz hasta eğitimi ve özyönetimin sağlanamaması gibi önemli eksiklikler yeni bakım modellerinin geliştirilmesine yol açmıştır.³² Kronik hastalık yönetimi için çeşitli modeller ileri sürülmesine rağmen en iyi bilinen, en çok kullanılan ve en etkili kabul edileni “Kronik Bakım Modelidir”.^{7,53} Bu model Mac Coll enstitüsünde çalışan Ed Wagner ve arkadaşlarının 1990’larda geliştirdiği bir modeldir.⁵⁴ Uzun süreli kronik bakım yönetimi uygulamalarının öneminin anlaşıldığı günümüzde; kronik bakım modeli, kronik hastalık yönetiminde toplumsal ve ekonomik yükün giderek artması sonucunda bakımın kalitesini artırmak ve bakımın maliyetini azaltmak amacıyla bir rehber olarak ortaya konmuştur.^{2,30,48,55} Wagner ve arkadaşları tarafından tanımlanan modelin anahtar noktası, donanımlı sağlık bakım ekibi ile bilgili, aktif hasta arasında verimli bir etkileşimin olmasıdır. Model, kronik hastalıklarda yüksek kalitede ve hasta merkezli hizmet sunumu için hazırlanmış bir yol haritası niteliğindedir (Şekil 1).¹⁵ Modele göre, bilgi, beceri ve güven ilişkisi ile motive edilmiş “hasta” ile hastalık konusunda gerekli olan uzmanlık, deneyim, bilgi ve kaynaklara sahip “sağlık bakım ekibi” birlikte var olan kaynakları kullanarak yüksek kalitede bakım için etkili kararlar verebilecek ve kronik hastalık bakımını etkili olarak yönetebilecektir.^{6,56}

Amacı kronik hastalığı olan bireylerin günlük bakımını akut ve tedavi edici bakımdan koruyucu, planlanmış ve toplum temelli bakıma dönüştürmek olan “Kronik Bakım Modeli”, primer sağlık hizmetleri ile sağlığın korunmasına ve geliştirilmesine yönelik hizmetleri ön plana çıkarmaktadır. Modelin esaslarına göre

organize edilen kronik hastalık yönetimi ile kronik hastalık tanısı alan hastaların, aktif katılımları ve ayrıntılı olarak bilgilendirilmeleri sağlanır, öz-yönetim için desteklenir. Bu sayede en uygun tedavi ve izlem planlanarak bakım sonuçlarında ve kalitesinde iyileşme; sonuçta da hasta memnuniyeti amaçlanır.^{24,31,55} Başka bir ifadeyle Kronik Bakım Modeli, hızlı bir çözüm veya sihirli bir değnek değil; karmaşık problemlerin çok boyutlu çözümüdür.⁵⁷

Kronik Bakım Modeli sigara kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik gibi oldukça kapsamlı alanlarda, önemli sağlık risk davranışlarını önleme ve kronik hastalıklardan korunmada kullanılmış ve olumlu sonuçlar elde edilmiştir.^{58,59} Model, birçok ülkenin sağlık sisteminde başarı ile kullanılmaktadır.⁶⁰ Modelin astım, diyabet, hipertansiyon, kalp hastalıkları, artrit ve konjestif kalp yetmezliği gibi hastalıklarda uygulanması sonucunda, maliyet-etkin olduğu, acile/hastaneye gereksiz yatışları azalttığı, yaşam kalitesini ve hasta memnuniyetini olumlu yönde etkilediği bulunmuştur.^{30,31,48} Ayrıca sigara kullanımının tanılanması ve davranış değişiminin sağlanmasında.⁶¹ KOAH'lı bireylerde hastalık yönetiminin sağlanmasında,⁶² kronik hastalıklarla beraber görülen depresyonun yönetiminde⁶³ ve hastalara sunulan evde bakım hizmetlerinin kalitesinin artırılmasında⁶⁴ kullanılmıştır.

957 hekim organizasyonunun dahil edildiği bir çalışmada, birinci basamak oryantasyonu ile kronik hastalık bakım modeli arasındaki ilişki incelenmiş ve kronik bakım modelini uygulamaya koyan organizasyonların aynı zamanda birinci basamak oryantasyonuna sahip oldukları tespit edilmiştir.³¹ Diyabet hastalarında kronik hastalık bakım modeline dayanan müdahalelerin değerlendirildiği bir sistematik derlemede 39 çalışma incelenmiştir. Bu çalışmalardan 32'sinde bakım sürecine ilişkin ya HbA1c, idrarda albumin ve lipid düzeylerinin ölçümü yapılmış ya da hasta sonuçlarıyla ilişkili üç organ hasarı gibi durumlar değerlendirilmiş ve en az bir parametrede iyileşme sağlanmıştır.³⁰

Yine kronik bakım modelini bu sefer maliyet etkinlik açısından inceleyen 27 çalışma incelendiğinde 18 çalışmada maliyetin düştüğü ya da sağlık hizmetlerinin daha az kullanıldığı bildirilmiştir.³⁰ Başka bir çalışmada kalp hastalığı, diyabet ve

astımı içeren kronik hastalık yönetim programının meta-analizinde her üç hastalık için de maliyetin azaldığı bildirilmiştir.⁶⁵

2006'da yayınlanan bir randomize kontrollü çalışmada, kronik hastalık bakım modelinin, sağlık hizmetinden yeterince yararlanamayan kentsel diyabetli nüfus üzerindeki etkisi incelenmiştir.⁶⁶ Çalışma kapsamında 11 birinci basamak sağlık merkezi; kronik hastalık bakım modeli, sadece hasta eğitimi ve standart bakım uygulayan olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Modelin uygulandığı grupta belirgin ve istatistiksel olarak anlamlı HbA1c düşüşü izlenirken (%0,60; p=0.008), diğer gruplarda benzer bir düşüş görülmemiştir. Benzer şekilde kendi kendine kan şekerini takip eden hasta sayısı modeli uygulayan grupta anlamlı düzeyde daha fazla iken, HDL dışı kolesterol düzeylerinde de, diğer gruplara göre anlamlı azalma bildirilmiştir.⁶⁶

Modelin etkinliğine ilişkin yapılan bir başka çalışmada 17 birinci basamak birimi yöneticisinden modeli uygulamadan önce ve sonra değerlendirme anketini doldurmaları istenmiştir. Uygulamadan sonra değerlendirme skorları ortalama 1,4 puan artmıştır. Ayrıca, klinik bilgi sistemleri, toplum ve hizmet sunum şekli olmak üzere modelin altı bileşeninden üçünde anlamlı iyileşme saptanmıştır.⁶⁷ Modelin uygulanması hastaların genel sağlık durumunu ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemiştir.⁶⁸ Yine üç yıldır kronik hastalık bakım modelini uygulayan 14 birinci basamak biriminin geri bildirimlerine göre uygulanma ile hasta ve doktor memnuniyeti artmıştır.⁵⁴

2.1.Modelin Bileşenleri

Kronik sağlık problemi, düzenli ziyaretler gerektiren ve bu süreç içerisinde düzenli olarak değişim ve gelişim yapmayı gerektiren bir sağlık problemi olarak tanımlanmaktadır.¹⁵ Modelin amacı; sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü çeşitli ortamlarda, kanıta dayalı klinik hizmet sunumu ve kalite gelişimini destekleyecek etkili değişimleri teşvik etmektir. Hasta ve sağlıklı bireyleri yani toplumu bir makro

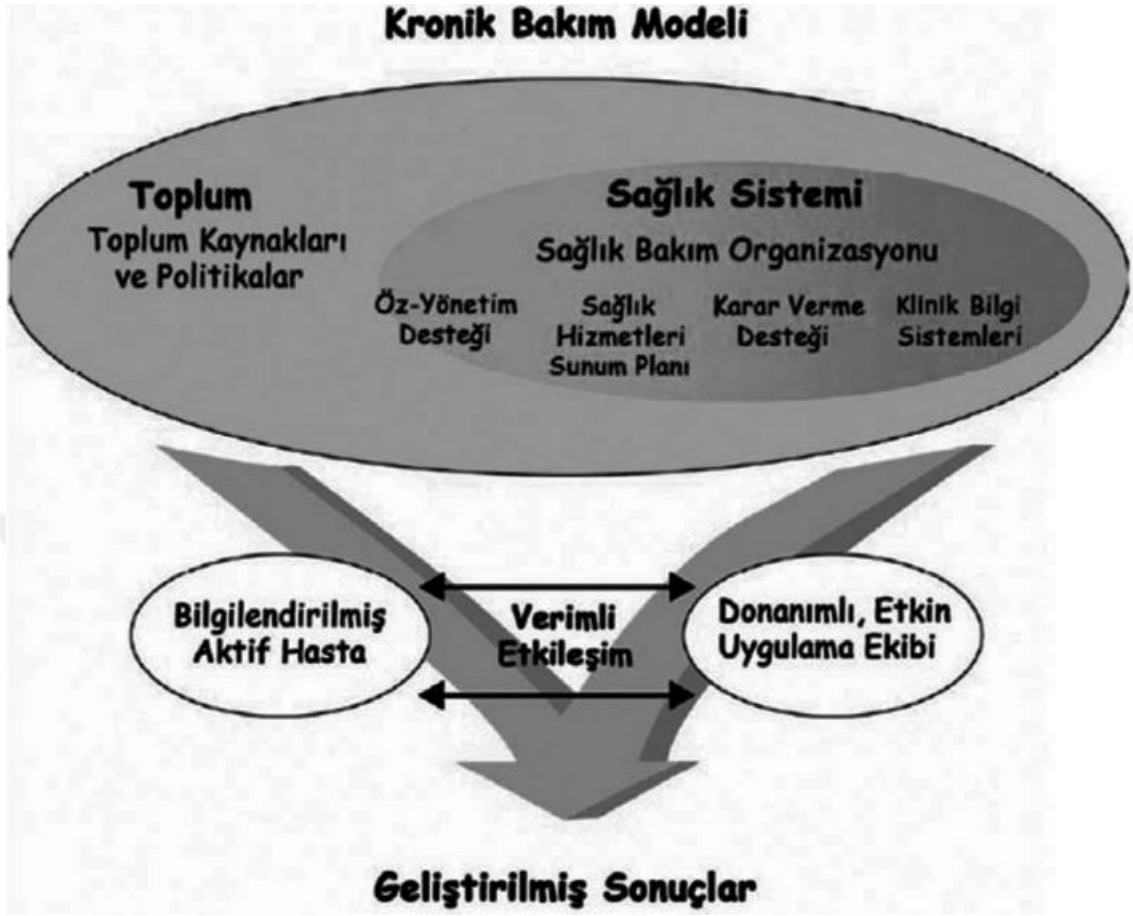
sistem, sağlık hizmeti sunumunu da bu makro sistem içindeki bir mikro sistem gibi tasvir etmek modeli daha iyi anlayabilmemizi sağlayacaktır (Şekil-1). Model, sağlık problemlerine hızlı ve kolay deđiŐimler önermekten ziyade karmaşık bir probleme çok boyutlu ve etkili bir çözüm getirmektedir.²⁴

Kronik hastalıklara yönelik sağlık hizmetinin büyük oranda birinci basamakta verildiği düşünüldüğünde, aile hekimliği uygulamasının kronik hastalık bakım modeli üzerinden yeniden tasarlanması uygun olacaktır. Kronik hastalıklara yönelik sağlık hizmeti bir evrende, birbirinin içine gecen 3 galakside gerçekleŐmektedir:

1. Toplum
2. Sağlık sistemi
- 3.Hizmet sunucu birim.

Model, bu üç galaksili evrende optimal hizmet sunabilmek için 6 zorunlu bileŐen belirlemiŐtir. Yani model bu alanda değişiklik nerileri içermektedir;

1. toplumsal kaynaklar ve politikalar,
2. sağlık sisteminin organizasyonu,
3. kendi kendine bakım desteği,
4. hizmet sunum Şekli,
5. karar desteği ve
6. klinik bilgi sistemleri^{7,24}.



Şekil 1: Kronik Bakım Modeli³²

Kronik Bakım Modelinin Temel Bileşenleri;

1. Toplumsal Kaynaklar ve Politikalar

- Hastalar ve toplum

2. Sağlık Kuruluşları (Sağlık Bakım Organizasyonu)

- Liderlik
- Sistemin iyileştirilmesi
- Çalışanların katılımının sağlanması

3. Sağlık Sunum Sisteminin Yeniden Tasarımı

- Vaka yönetimi / bakımın yönetimi
- Proaktif hasta izlemi, planlı vizitler, vizit sisteminin değişimi
- Kronik bakım ekibinin oluşturulması ve bakımın koordinasyonu

4. Kendi Kendini Yönetme Eğitimi/Desteği

- Hasta eğitim programları (bilgi, teknik beceri ve problem çözme becerisi kazandırma)
- Hastalarla ortak karar verme
- Kendi kendini yönetme kılavuzları ya da araçları verme

5. Karar Destek Sistemleri

- Klinik uygulama kılavuzları, kurumsal prosedür ve talimatlar
- Sağlık ekibi üyelerinin eğitimi
- Uzman konsültasyon desteği

6. Klinik Bilgi Sistemleri

- Hasta kayıtları
- Bakımın yönetimi için bilgilerin aktarımı/paylaşımı
- Performans geri bildirim

Model, kronik hastalık takibinde hasta merkezli, kaliteli bir hizmet sunumu için hazırlanmış bir yol haritası niteliğindedir. Model, birinci basamak hekimlerine iki önemli noktada yardımcı olabilir:

1. Yüksek kalitede kronik hastalık bakımının olmazsa olmaz bileşenlerin farkına varılması.
2. Kendi kliniklerinde gerçekleştirmek istedikleri sistem değişiklikleri için rehberlik.

Model, ayrıntılı strateji, hedef ve protokoller ile kronik hastalıkların etkin tedavisini ve sonuçlarda iyileşme sağlamayı hedeflemektedir.¹⁵

Ülkemizde de kronik hastalık yönetimini değerlendirilmek için çeşitli araçlar kullanılmaktadır. Bu araçlar arasında hastaların bakış açısından bireyselleştirilmiş bakımın değerlendirilmesinde Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası,⁶⁹ kronik hastalığı olan bireylerde yaşam kalitesinin belirlenmesinde EUROQOL,⁷⁰ hekimlerin sunduğu bakımın hastalar tarafından değerlendirilmesinde EUROPEP,⁷¹ hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyini ölçmede Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği⁷² gibi araçlar yer almaktadır.² Kronik hastalık bakımının kalitesinin geliştirilmesi ve değerlendirilmesi amacıyla geliştirilen bu ölçeklerin çoğu sağlık hizmeti sunucularının kendilerini ve kronik hasta bakımında kat edilen yolu değerlendirdikleri, hasta yaklaşımının sağlık hizmeti sunucuları perspektifinden gözden geçirildiği, sunulan hizmetin yalnızca hekimlik veya hemşirelik yönünden değerlendirilmesine izin veren ölçeklerdir.^{2,14} Kronik bakım modelinde ise temel taşı sunulan sağlık hizmetlerinin hasta perspektifinden de değerlendirilmesi oluşturmaktadır. Verilen sağlık hizmetinin hasta perspektifinden sürekli olarak değerlendirilmesi Aile Hekimliğinin temel prensiplerinden biri olan kişi merkezli yaklaşımın bir parçasıdır.⁷³

Kişi merkezli yaklaşım, aile hekimliği disiplinini tanımlayan 11 temel özellik ve 6 çekirdek yeterlilikten biridir (WONCA2002). Aile hekimliği disiplininin 6 çekirdek yeterliliğinden olan“ kişi merkezli bakım” ın, bu 11 temel özelliklere göre açıklaması yapılacak olursa;

a) hastalarla ve sorunlarla uğraşırken kişi merkezli bir yaklaşım benimseyebilme,

b)aile hekimliği hasta görüşmesini etkili bir hekim-hasta ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilme ve geliştirebilme,

c)bakımın hastanın gereksinimleriyle belirlenen (longitudinal) sürekliliğini sağlama,

olarak açıklanmaktadır.⁷³

Kişi merkezli kronik hastalık yaklaşımda beklenen, hasta ile ortak bir zemin oluşturmak, onu tedaviye ortak etmek ve etkin bir iletişim kurmaktır ki tüm bu kriterler kronik hastalık bakımının değerlendirilmesinde kullanılmaktadır¹⁴. Kronik

bakım modeline dayalı olarak geliştirilen “PACIC (The Patient Assessment of Chronic Illness Care)” yani “Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği/Hasta Formu”, kronik hastaların aldıkları bakımı kendilerinin değerlendirmesine olanak veren; sunulan bakımı ekip yaklaşımı; hekim, hemşire ve diğer sağlık personeli boyutlarıyla ele alan yani sağlık profesyonellerinin davranışlarını ve sunulan kronik bakımın kalitesini hastanın perspektifinden değerlendiren; uygulaması kolay ve kısa bir ölçektir.¹ Ayrıca, kronik hastalık yönetiminde sağlık ekibinin kronik bakım modelini uygulamalarına entegre etmelerinde; sunulan bakımın düzenli, objektif ve tarafsız raporlandırılmasında; hastaların bakış açılarını tanılamada yardımcı olan, hasta merkezli bir araçtır.^{1,38}

PACIC (The Patient Assessment of Chronic Illness Care- Patient Form), birçok dile uyarlanmış, Türkçe geçerlik-güvenirliği kanıtlanan, çeşitli kronik hastalıkların değerlendirilmesinde kullanılan bir ölçektir (Tablo-2).^{2,36,38-40} Ölçek, esas olarak hasta merkezli yaklaşımı ve hastanın hastalığını kendi kendine yönetimini değerlendirmekte ve 5 alt ölçekten oluşmaktadır:

1. hasta katılımı,
2. karar verme desteği,
3. amaç belirleme/rehberlik,
4. problem çözme,
5. izlem/koordinasyon.⁴⁰

Tablo 2: Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu (PACIC)³⁷

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

3. MATERYAL VE METOT

3.1.Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı:

Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma,01.02.2017- 28.02.2017 tarihleri arasında Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği ve Dahiliye Polikliniklerine başvuran, kronik hastalığı olan gönüllü bireylere uygulanmıştır.

3.2.Araştırmanın Örnekleme:

Araştırmanın evrenini polikliniklere belirtilen tarihler arasında kontrol amacıyla başvuran kronik hastalığı olan hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, 1 yıl ve daha uzun süredir kronik hastalığı olup Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Polikliniklerine tedavi amacıyla başvuran, anket yanıtlamaya engel olacak işitme, görme ve zihinsel problemi bulunmayan, araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş ve üzerindeki bireyler oluşturmuştur. Örnekleme yöntemi olarak olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmaya 132 hipertansiyon, 104 diabetes mellitus, 73 astım/ KOAH, 68 kronik kalp hastalığı ve 66 diğer kronik hastalığı olan toplam 300 birey dahil edilmiştir.

3.3.Veri Toplama Araçları:

Araştırmaya katılan kişilere, yüz yüze görüşme yöntemi ile sosyo-demografik özellikler ve kronik hastalığa ait özellikleri tanımlayan soru formu ve kronik hastalık bakımının hasta perspektifinden değerlendirildiği PACIC (The Patient Assessment of Chronic Illness Care) ölçeği uygulanmış ve tüm soruları eksiksiz yanıtlayan kişiler çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4.Soru Formu:

Hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi gibi sosyo-demografik özelliklerin ve en az 1 yıldır tanı almış olduğu kronik hastalığı, kronik hastalığının süresini, kontrollerini düzenli yaptırıp yaptırmama durumu, en son kontrol için doktora başvuru zamanını gibi hastalığa ait özellikleri belirleyen sorular içermektedir. Gelir düzeyi ile ilgili soruda hastalara sunulan cevap seçenekleri 1400 lira altı, 1400-4400 lira arası ve 4400 lira üzeri olarak belirlenmiştir. Bu seçenekler belirlenirken 2017 asgari ücreti olan 1400tl ve dört kişilik bir aile için hazırlanan 2016 Haziran açlık sınırı olarak açıklanan 4400 tl baz alınmıştır.

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

Bu form, Glasgow ve arkadaşları tarafından 2005 yılında kronik bakım modelinden temel alınarak geliştirilmiştir. Kronik hastalık bakımının hastalar tarafından değerlendirilmesini sağlayan ve 2005 yılında Glasgow ve arkadaşları tarafından İngilizce' de geliştirilen PACIC'in; Almanca'daki geçerlik ve güvenilirliği Rosemann ve arkadaşları,⁷⁴ Hollanda dilindeki Wensing ve arkadaşları,³⁹ İspanyolca'daki Aragones ve arkadaşları³⁸ tarafından yapılmıştır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması İncirkuş ve Nahçıvan tarafından 2011 yılında yapılmıştır.² Kronik hastaların aldıkları sağlık bakım hizmetlerini yine hastalar tarafından değerlendirilmesine olanak sağlayan, uygulanması kolay, 20 maddelik kısa bir araçtır.³⁷ Bu formun aynı zamanda sunulan bakım hizmetlerinin kalitesi hakkında da fikir verdiği de savunulmaktadır.^{1,38} Ölçeğin geliştirildiği araştırma raporunda ölçeğin öz bildirim dayalı olduğu ve verilerin toplanmasında yüz yüze ve telefon görüşmesi yöntemleri arasında fark olmadığı belirtilmektedir.³⁷ Kronik bakım modelinin temel altı ögesi doğrultusunda oluşturulan bu ölçek, 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar;

- (1) hasta katılımı,
- (2) karar verme desteği,
- (3) amaç belirleme/rehberlik,
- (4) problem çözme,
- (5) izlem/koordinasyondur³⁷.

Ölçeğin farklı ülkelerde ve dillerde diyabet, hipertansiyon, kronik ağrı, konjestif kalp yetmezliği gibi kronik hastalıklarda hastaların aldıkları bakımın kalitesini değerlendirmede uygun bir araç olduğu saptanmıştır.^{1,36,38-40,74}

Ölçeğin toplam 20 maddeden oluşmakta ve bu 20 maddenin tümünün ortalama puanı ile hesaplanmaktadır. 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 hesaplanır⁷⁴. Ölçeğin orijinalinde ve Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında;

- 1.-3. sorular “hasta katılımı”
- 4.-6. sorular “karar verme desteği”,
- 7.-11. sorular “amaç belirleme/rehberlik”,
- 12.-15. sorular “problem çözme”,
- 16.-20. sorular “izlem/koordinasyon”

boyutu olarak belirlenmiştir.^{2,37} Ölçek puanlarındaki artış, kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin yüksek ve kronik hastalık yönetiminin yeterli olduğunu gösterir.⁷⁴

Ölçeğin orijinal dili olan İngilizce’deki geçerlik ve güvenirlik çalışması sonuçlarına göre, Chronbach alfa katsayısı 0,93; alt ölçeklerin katsayısı ortalama 0,84’tür ($\alpha = 0,77-0,90$). Test tekrar-test korelasyon kat sayısı 0,58’dir.¹ Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında Chronbach alfa değerleri hasta katılımı için 0,72; karar verme desteği için 0,72; amaç belirleme/rehberlik için 0,71; problem çözme için 0,75 ve izlem/koordinasyon için 0,79 ve toplam ölçek için 0,91 olarak belirtilmiştir.²

3.6.Ön Uygulama:

Hastalarla polikliniklerde muayene olmak için beklerken ya da polikliniklerde kontrolleri bittikten sonra görüşüldü. Hastalara çalışma hakkında bilgi verilerek katılıp katılmayacakları soruldu ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara anket uygulandı. Veri toplama işlemi ortalama 5 dakika sürdü. Bu çalışmada veriler bireylerin öz bildirimine dayalı olarak tek seferde yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı.

3.7.Araştırmanın Etik İlkeleri:

Hastalara öncelikle çalışmanın amacı açıklanarak sözlü onamları alınmıştır. Araştırma da gönüllülük ilkesine bağlı kalınarak, hastaların bütün bilgileri gizlilik ilkesi doğrultusunda korundu. Araştırmanın yürütülebilmesi için Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul'undan yazılı izin alındı. Katılımcılara genel olarak çalışmanın amacı, veri toplama işleminin nasıl ve ne kadar süreceği vb. konularda açıklamalar yapılarak sözlü onamları alındı.

3.8.İstatistiksel Değerlendirme:

Verilerin kodlanması ve analizleri bilgisayarda, SPSS 22.0 paket programında yapıldı. Tamamlayıcı veriler sayı yüzde ortalama, ortanca olarak sunuldu. Sınıflandırılmış verilerin karşılaştırılmasında ki kare testi, sürekli verilerin karşılaştırılmasında Mann Witney U testi, Kruskal Wallis Varyans analizi kullanıldı. Sürekli değişkenleri ilişkisi Spearman Korelasyon testi ile değerlendirildi.

4. BULGULAR

Araştırma için organizasyon aşamasında planlanan, dahil edilme kriterlerine uyan ve anket yanıtlamayı kabul eden toplam 300 (168 kadın, 132 erkek) kişi ile görüşülmüş olup yüz yüze görüşme tekniği ile anket uygulandı. Hastalara çeşitli sosyo-demografik sorular soruldu. Çalışmaya katılanların sosyo-demografik özellikleri, var olan kronik hastalıkları ve kronik hastalıklarına ait özellikler Tablo-3' de gösterildi.

Hastaların PACIC ölçeği ortalama puanı $2,77\pm 0,73$ (min 1,20; maks 5,00) olarak hesaplandı. Katılımcılar sırasıyla, en fazla “problem çözme”, “hasta katılımı”, “karar verme”, “amaç belirleme” ve “izlem/takip” boyutlarına puan verdikleri saptandı. Hastaların PACIC ölçeği toplam ve alt boyut skorları Tablo-4' da verildi.

Ölçek ortalama puanı ile cinsiyet ve medeni durum arasında bir ilişki saptanmadı.

Aynı zamanda yaş ortalamaları da daha düşük olan bekar hastaların (yaş ortalamaları= $48,04\pm 14,69$) PACIC ölçeği toplam ve alt boyut skorlarının daha yüksek olduğu görülürken bu durum sadece problem çözme alt boyutunda istatistiksel olarak anlam teşkil etmekteydi ($p=0,015$). Çalışmaya katılan hastaların yaşlarına göre aldıkları puanlar incelendiğinde ise hasta katılımı ($p<0,001$), karar verme ($p=0,002$), amaç belirleme($p<0,001$), problem çözme ($p<0,001$), izlem/koordinasyon ($p=0,002$) alt boyutlarında ve toplam ölçek skoru ($p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü.

TABLO 3: Çalışma kapsamında incelenen bireylerin sosyo-demografik ve kronik hastalıklarına dair özellikler

| Tanımlayıcı Özellikler(n=300) | Sayı | % |
|--------------------------------------|-------------|----------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 168 | 56 |
| Erkek | 132 | 44 |
| Yaş | | |
| 34 ve altı | 36 | 12 |
| 35-44 | 63 | 21 |
| 45-54 | 82 | 27,3 |
| 55-64 | 68 | 22,7 |
| 65 yaş üstü | 51 | 17 |
| Yaş ortalaması | 51,29±13,25 | |
| Medeni Durum | | |
| Evli | 181 | 60,3 |
| Bekar | 119 | 39,7 |
| Eğitim Durumu | | |
| Okur yazar değil | 5 | 1,7 |
| Okur yazar | 22 | 7,3 |
| İlkokul-ortaokul | 78 | 26 |
| Lise | 84 | 28 |
| Üniversite | 90 | 30 |
| Yüksek lisans/ doktora | 21 | 7 |
| Gelir Düzeyi | | |
| <1400 tl | 68 | 22,7 |
| 1400-4400 tl | 156 | 52 |
| >4400 tl | 76 | 25,3 |
| Kronik Hastalık | | |
| Hipertansiyon | 132 | 44 |
| Diabetes Mellitus | 104 | 34,6 |
| Astım/ KOAH | 73 | 24,3 |
| Kr. Kalp Hastalıkları | 68 | 22,6 |
| Kr. Tiroid Hastalıkları | 66 | 22 |
| Diğer | 40 | 13,3 |
| Hastalık Süresi | | |
| 1-5 yıl | 60 | 20 |
| 6-10 yıl | 115 | 38,3 |
| >10 yıl | 125 | 41,7 |
| Düzenli Kontrole Gitme | | |
| Evet | 213 | 71 |
| Hayır | 87 | 29 |
| Son Muayene Zamanı | | |
| <3 ay | 88 | 29,3 |
| 3-6 ay | 108 | 36 |
| 7-12 ay | 60 | 20 |
| >12 ay | 44 | 14,7 |

TABLO 4: Hastaların PACIC Ölçeğinden Aldıkları Puanlar

| PACIC alt boyutları | ortalama±SS | ortanca | Min | maks |
|-----------------------|-------------|---------|------|-------|
| Hasta Katılımı | 3,06± 0,98 | 3,00 | 1,00 | 5,50 |
| Karar Verme Desteği | 3,05± 0,87 | 3,00 | 1,00 | 5,00 |
| Amaç Belirleme | 2,54± 0,83 | 2,40 | 1,00 | 5,00 |
| Problem Çözme | 3,43± 0,99 | 3,50 | 1,00 | 5,00 |
| İzlem ve Koordinasyon | 2,17± 1,11 | 2,00 | 1,00 | 14,00 |
| Toplam | 2,77± 0,73 | 2,75 | 1,20 | 5,00 |

Hastalar eğitim durumlarına göre incelendiğinde toplam ve tüm alt boyut skorlarının eğitim seviyesi ile birlikte arttığı ve bunun da bütün skorlar için istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0,001$). Burada eğitim seviyeleri ile doğru orantılı olarak yüksek lisans/ doktora eğitimi alan hastalarda tüm alt boyut ve toplam puanlarının en yüksek hesaplandığı saptandı (total PACIC skoru $3,29\pm 0,80$). Yine hastaların gelir düzeyleri ile de ölçek tüm alt boyut ve toplam puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0,001$).

Hastaların var olan kronik hastalıklarının ilk tanı anından beri olan süreleri incelendiğinde geçirilen süre ile hasta katılımı, karar verme alt boyutları ve toplam ölçek skoru arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Yani hastaların hasta olarak geçirdikleri süre arttıkça aldıkları kronik hastalık bakımından memnuniyetleri azalmaktaydı (her iki alt boyut için de $p<0,001$ iken total ölçek skoru için $p=0,004$). Yine diğer alt boyutlar olan amaç belirleme ($p=0,220$), problem çözme ($p=0,200$) ve izlem/koordinasyon ($p=0,320$) alt boyutlarında da süre arttıkça skor puanları azalmasına rağmen bu istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Hastaların kontrole düzenli gidip gitmeme durumları incelendiğinde ise düzenli kontrole giden hastaların gitmeyen hastalara göre toplam ölçek ve bütün alt boyut skorları istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek saptandı (izlem/koordinasyon alt boyutunda $p=0,007$; diğer alt boyutlar ve toplam ölçek için $p<0,001$). Hastaların son muayeneye gelme süreleri sorgulanırken 3 aydan kısa süre önce kontrol muayenesi olanlar, 3-6 ay arası bir zaman diliminde muayene olanlar, 6-12 ay arası bir zaman diliminde muayene

olanlar ve 1 yıldan uzun bir süre önce kontrol muayenesi olanlar şeklinde sorgulandı. Hastaların kontrol başvurusu için geçen süre azaldıkça tüm alt boyut skorları ve toplam ölçek skorları istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek saptandı (izlem/koordinasyon alt boyutu $p=0,070$; diğer alt boyutlar ve toplam ölçek skoru $p<0,001$). Hastalara ait tanıtıcı özelliklere göre PACIC ölçeği toplam ve alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar Tablo 5’de verildi.

Hastaların tanı ve tedavi aldıkları kronik hastalıkların PACIC ölçeği skorları üzerine etkisi incelendiğinde sadece kronik tiroid hastalığı olan bireylerde olmayanlara göre ortalama ölçek skoru daha yüksek bulundu ($p=0,035$; $z=2,11$). Hipertansiyonu olan bireylerin daha önce de belirtildiği gibi çalışmaya katılan hastaların %44’ ünü oluşturduğu saptandı. Hipertansiyonu olan bireylerin karar verme alt boyutuna istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha fazla puan verdikleri saptandı ($p=0,035$). Diabetes mellitusu olan hastaların ise çalışmaya katılan hastaların %34,66’ sını oluşturdukları ve bu hastaların tüm çalışmanın aksine sadece izlem/koordinasyon alt boyutuna istatistiksel olarak anlamlı sayılabilecek şekilde daha fazla puan verdikleri saptandı ($p=0,008$). Astım/ KOAH’ ı olan hastaların ise çalışmadaki hastaların %24,30’ ünü oluşturdukları ve bu hastaların DM’ li hastalarda olduğu gibi sadece izlem/ koordinasyon alt boyutuna daha fazla puan verdikleri saptandı ($p= 0,014$). Kronik kalp hastalığı olan hastaların ise çalışmaya katılan hastaların %22,60’ sını oluşturdukları ve bu hastaların herhangi bir alt boyuta ya da toplam ölçek skoruna anlam ifade edecek bir yüksek puanlama yapamadıkları görüldü. Kronik bir tiroid bozukluğu olan bireylerin oranı ise %22 olmakla birlikte bu hastalarda amaç belirleme($p=0,017$), izlem/koordinasyon ($p=0,005$) alt boyutları ve toplam ölçek ($p=0,035$) skorlarının istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı. Araştırmada sorgulanan kronik hastalıkların tespit edilen bu ana başlıklar dışında var olan kronik hastalıkları diğer başlığı altında toplanmış olup bu hastalıkların oranı %13,20 dir. Bu hastaların ise problem çözme alt boyutuna daha yüksek puan verdikleri saptandı ($p=0,048$). Hastaların var olan kronik hastalıklarına göre PACIC ölçeği toplam ve alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar Tablo 6’da verildi.

TABLO 5: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre PACIC Ölçeğinden Aldıkları Puanlar

| | Hasta katılımı ortalama±ss | Karar verme desteği ortalama±ss | Amaç belirleme ortalama±ss | Problem çözme ortalama±ss | İzlem ve takip ortalama±ss | Toplam |
|------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Cinsiyet | | | | | | |
| Kadın | 3,05±0,97 | 3,04±0,88 | 2,47±0,83 | 3,36±1,03 | 2,07±1,28 | 2,70±0,74 |
| Erkek | 3,08±0,99 | 3,06±0,86 | 2,64±0,81 | 3,50±0,94 | 2,28±0,84 | 2,85±0,71 |
| | (p=0,720) (z=0,35) | (p=0,700) (z=0,385) | (p=0,590) (z=1,89) | (p=0,260) (z=1,11) | (p=0,004) (z=2,91) | (p=0,063) (z=1,86) |
| Medeni durum | | | | | | |
| Bekar | 3,18±0,88 | 3,11±0,75 | 2,53±0,76 | 3,61±0,92 | 2,20±0,88 | 2,85±0,67 |
| Evli | 2,99±1,03 | 3,00±0,94 | 2,56±0,87 | 3,31±1,02 | 2,14±1,24 | 2,21±0,76 |
| | (p=0,168) (z=1,37) | (p=0,271) (z=1,10) | (p=0,820) (z=0,22) | (p=0,015) (z=2,43) | (p=0,210) (z=1,25) | (p=0,079) (z=1,75) |
| Eğitim durumu | | | | | | |
| Okur-yazar değil | 2,06±1,27 | 3,26±1,38 | 2,44±0,97 | 2,85±1,00 | 1,64±0,62 | 2,39±0,76 |
| Okur-yazar | 2,87±0,94 | 2,80±0,87 | 2,47±0,77 | 3,13±0,76 | 2,49±0,69 | 2,56±0,71 |
| İlkokul-ortaokul | 2,48±0,86 | 2,69±0,82 | 2,27±0,78 | 3,20±0,89 | 1,80±0,66 | 2,42±0,62 |
| Lise | 3,07±0,78 | 3,01±0,79 | 2,48±0,7 | 3,39±0,97 | 2,15±0,77 | 2,75±0,59 |
| Üniversite | 3,45±0,94 | 3,33±0,82 | 2,76±0,86 | 3,68±1,03 | 2,33±1,00 | 3,03±0,76 |
| Yüksek lisans/dr. | 3,98±0,76 | 3,52±0,92 | 3,00±0,97 | 3,77±1,18 | 2,69±1,09 | 3,29±0,80 |
| | (p<0,001) ($\chi^2=65,36$) | (p<0,001) ($\chi^2=38,83$) | (p<0,001) ($\chi^2=25,36$) | (p=0,002) ($\chi^2=18,83$) | (p=0,001) ($\chi^2=21,87$) | (p<0,001) ($\chi^2=46,54$) |
| Gelir düzeyi | | | | | | |
| <1400tl. | 2,53±0,76 | 2,73±0,743 | 2,24±0,60 | 3,06±0,92 | 1,86±0,69 | 2,41±0,53 |
| 1400-4400tl. | 3,08±0,98 | 3,03±0,89 | 2,54±0,88 | 3,38±0,98 | 2,19±1,29 | 2,75±0,74 |
| >4400tl. | 3,51±0,93 | 3,36±0,83 | 2,82±0,81 | 3,83±0,93 | 2,39±0,98 | 3,11±0,71 |
| | (p<0,001) ($\chi^2=37,43$) | (p<0,001) ($\chi^2=24,15$) | (p<0,001) ($\chi^2=20,60$) | (p<0,001) ($\chi^2=22,40$) | (p=0,004) ($\chi^2=11,24$) | (p<0,001) ($\chi^2=35,59$) |
| Hastalık süresi | | | | | | |
| 1-5yıl | 3,43±0,96 | 3,39±0,86 | 2,69±1,00 | 3,53±1,01 | 2,26±1,04 | 2,96±0,80 |
| 6-10yıl | 3,22±0,87 | 3,07±0,89 | 2,56±0,76 | 3,50±0,99 | 2,16±0,83 | 2,82±0,67 |
| >10yıl | 2,74±0,99 | 2,86±0,81 | 2,45±0,78 | 3,31±0,97 | 2,12±1,35 | 2,62±0,72 |
| | (p<0,001) ($\chi^2=24,25$) | (p<0,001) ($\chi^2=16,79$) | (p=0,221) ($\chi^2=3,02$) | (p=0,201) ($\chi^2=3,21$) | (p=0,325) ($\chi^2=2,24$) | (p=0,004) ($\chi^2=10,82$) |
| Düzenli kontrol | | | | | | |
| Evet | 3,27±0,92 | 3,24±0,82 | 2,67±0,83 | 3,56±0,99 | 2,28±0,92 | 2,91±0,72 |
| Hayır | 2,56±0,93 | 2,57±0,80 | 2,24±0,73 | 3,09±0,90 | 2,02±1,48 | 2,40±0,63 |
| | (p<0,001) (z=5,89) | (p<0,001) (z=6,34) | (p<0,001) (z=4,84) | (p<0,001) (z=3,93) | (p=0,007) (z=2,71) | (p<0,001) (z=5,77) |
| Son muayene | | | | | | |
| <3ay | 3,44±0,86 | 3,37±0,76 | 2,79±0,84 | 3,69±1,02 | 2,35±1,05 | 3,05±0,75 |
| 3-6ay | 3,18±0,88 | 3,05±0,86 | 2,53±0,80 | 3,51±0,97 | 2,11±0,78 | 2,80±0,67 |
| 7-12ay | 2,72±1,01 | 2,96±0,79 | 2,50±0,80 | 3,32±0,90 | 2,28±1,70 | 2,65±0,69 |
| >12ay | 2,47±0,98 | 2,49±0,93 | 2,15±0,74 | 2,82±0,85 | 1,78±0,80 | 2,27±0,60 |
| | (p<0,001) ($\chi^2=41,41$) | (p<0,001) ($\chi^2=33,43$) | (p<0,001) ($\chi^2=21,60$) | (p<0,001) ($\chi^2=25,36$) | (p=0,011) ($\chi^2=11,07$) | (p<0,001) ($\chi^2=36,59$) |

TABLO 6: Hastaların Kronik Hastalıklarına Göre PACIC Ölçeğinden Aldıkları Puanlar

| | Hasta Katılımı (min-maks) (med) | Karar Verme Desteği (min-maks) (med) | Amaç Belirleme (min-maks) (med) | Problem Çözme (min-maks) (med) | İzlem/ Takip (min-maks) (med) | Toplam Ölçek (min-maks) (med) |
|--------------------------------------|--|---|--|---|---|--|
| Hipertansiyon Var (n=132) | 1,00-5,00 3,00 | 1,00-5,00 3,00 | 1,00-5,00 2,40 | 1,00-5,00 3,25 | 1,00-14,00 1,80 | 1,20-5,00 2,55 |
| Yok (n=168) | 1,00-5,50 16,00 (p=0,057) (z=1,90) | 1,00-5,00 3,00 (p=0,035) (z=2,10) | 1,00-5,00 2,60 (p=0,482) (z=0,70) | 1,00-5,00 3,50 (p=0,241) (z=1,17) | 1,00-5,00 2,20 (p=0,307) (z=1,02) | 1,30-5,00 2,87 (p=0,083) (z=1,73) |
| Diabetes mellitus Var (n=104) | 1,00-5,00 3,00 | 1,00-5,00 3,00 | 1,20-5,00 2,60 | 1,00-5,00 3,75 | 1,00-14,00 2,26 | 1,45-5,00 2,85 |
| Yok (n=196) | 1,00-5,50 3,00 (p=0,942) (z=0,07) | 1,00-5,00 3,00 (p=0,471) (z=0,72) | 1,00-5,00 2,40 (p=0,183) (z=1,33) | 1,00-5,00 3,25 (p=0,164) (z=1,39) | 1,00-5,00 2,00 (p=0,008) (z=2,65) | 1,20-4,85 2,70 (p=0,237) (z=1,18) |
| Astım/KOAH Var (n=73) | 1,33-5,50 3,00 | 1,66-5,00 3,00 | 1,40-4,40 2,20 | 1,00-5,00 3,50 | 1,00-5,00 1,80 | 1,60-4,85 2,60 |
| Yok (n=227) | 1,00-5,00 3,00 (p=0,063) (z=1,85) | 1,00-5,00 3,00 (p=0,758) (z=0,30) | 1,00-5,00 2,60 (p=0,185) (z=1,32) | 1,00-5,00 3,50 (p=0,682) (z=0,41) | 1,00-14,00 2,20 (p=0,014) (z=2,46) | 1,20-5,00 2,85 (p=0,182) (z=1,47) |
| Kronik Kalp H. Var (n=68) | 1,00-5,00 3,00 | 1,00-5,00 3,00 | 1,00-4,20 2,60 | 1,00-5,00 3,37 | 1,00-4,00 2,10 | 1,20-4,00 2,77 |
| Yok (n=232) | 1,00-5,50 3,00 (p=0,079) (z=1,75) | 1,00-5,00 3,00 (p=0,597) (z=0,52) | 1,00-5,00 2,40 (p=0,479) (z=0,70) | 1,00-5,00 3,50 (p=0,412) (z=0,82) | 1,00-14,00 2,00 (p=0,547) (z=0,60) | 1,30-5,00 2,75 (p=0,957) (z=0,05) |
| Kronik Tiroid H. Var (n=66) | 1,33-5,00 3,00 | 1,00-5,00 3,00 | 1,00-4,20 2,20 | 1,00-5,00 3,50 | 1,00-4,00 1,80 | 1,30-4,20 2,50 |
| Yok (n=234) | 1,00-5,50 3,00 (p=0,251) (z=1,14) | 1,00-5,00 3,00 (p=0,231) (z=1,19) | 1,00-5,00 2,60 (p=0,017) (z=2,37) | 1,00-5,00 3,50 (p=0,408) (z=0,82) | 1,00-14,00 2,20 (p=0,05) (z=2,79) | 1,20-5,00 2,85 (p=0,035) (z=2,11) |
| Diğer Var (n=40) | 1,00-5,00 3,00 | 1,00-5,00 3,16 | 1,00-5,00 2,10 | 1,00-5,00 3,25 | 1,00-5,00 1,90 | 1,30-5,00 2,45 |
| Yok (n=260) | 1,00-5,50 3,00 (p=0,951) (z=0,06) | 1,00-5,00 3,00 (p=0,274) (z=1,09) | 1,00-5,00 2,40 (p=0,608) (z=0,51) | 1,00-5,00 3,50 (p=0,048) (z=1,97) | 1,00-14,00 2,00 (p=0,685) (z=0,40) | 1,50-5,00 2,77 (p=0,464) (z=0,73) |

TABLO 7: Hastaların yaş-kronik hastalık süresi arasındaki ilişki

| YAŞ | SÜRE | | |
|-------------|---------|----------|---------|
| | 1-5 yıl | 6-10 yıl | >10 yıl |
| 35 yaş altı | % 30,60 | % 50,00 | % 19,40 |
| 35-44 yaş | % 25,60 | % 41,30 | % 30,20 |
| 45-54 yaş | % 23,20 | % 47,60 | % 29,30 |
| 55-64 yaş | % 16,20 | % 35,30 | % 48,50 |
| >65 yaş | % 2,00 | % 15,70 | % 82,40 |

TABLO 8: Hastaların yaş grupları ile kronik hastalık süresi ve kontrol durumları arasındaki ilişkiler

| Yaş | KONTROL % | | SON MUAYENEDEN BERİ GEÇEN ZAMAN | | | |
|-------------|--------------|-------|--|--------|---------|--------|
| | Evet | Hayır | <3 ay | 3-6 ay | 6-12 ay | >12 ay |
| 35 yaş altı | 83,30 | 16,70 | 55,60 | 30,60 | 8,30 | 5,60 |
| 35-44 yaş | 82,50 | 17,50 | 30,20 | 42,90 | 15,90 | 11,10 |
| 45-54 yaş | 67,10 | 32,90 | 32,90 | 34,10 | 14,60 | 18,30 |
| 55-64 yaş | 61,80 | 38,20 | 14,70 | 41,20 | 27,90 | 16,20 |
| >65 yaş | 66,70 | 33,30 | 23,50 | 27,50 | 31,40 | 17,60 |

5. TARTIŞMA

Tüm dünyada ve ülkemizde doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması, uzun yaşamla birlikte niteliğin de artması söz konusudur. Değişen yaşam koşullarının da etkisiyle her geçen gün prevalansı ve bağlı olarak gelişen mortalite ve morbidite oranları artan kronik hastalıklar için WHO' nün 2014 yılında yayınladığı küresel raporun Türkiye verilerine göre kronik hastalıklar ölüm nedenleri arasında en sık görüleni olup, kronik hastalıklara bağlı 30-70 yaş arasında ölüm olasılığı %18 olarak bildirilmiştir.⁷⁵ Önemi her açıdan ortada olan kronik hastalıkların tedavisinde hasta memnuniyetinin değerlendirilerek sağlık hizmetlerinin değiştirilmesi ve geliştirilmesi kronik hastalık yönetiminde yapılacak en önemli adımlardandır. Bu amaçla geliştirilen, hastanın aldığı bakımı her yönüyle değerlendirdiği PACIC ölçeği hastanın kendi memnuniyetinin düzeyinin ifade ettiği az sayıda yöntemlerdendir.

Çalışma yapılırken PACIC ölçeği kronik hastalığı olan bireylerle yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Bu uygulama sırasında hastaların ankete cevap verirken gösterdikleri tutum ve davranışlar hakkında bazı kanılara varılmıştır. Genel olarak hastalar sosyo-demografik nitelikteki sorulara cevap verirken kendi bireysel özelliklerini paylaşmaktan çekindikleri, özellikle kadın hastaların medeni durumla ilgili kısımda boşanış/dul seçeneğinin söylenmekten çekinildikleri tespit edilerek anket doldurma aşamasında boşanmış/dul seçeneği kaldırılarak sadece bekar ve evli seçenekleri sunulmuştur.

Ayrıca ölçek değerlendirme sorularının bir kısmının çeviri nedeniyle anlaşılakta güçlük çekildiği ve ilave açıklama gerektirdiği görülmüştür. Bu durum ile ilgili olarak özellikle “karar verme” alt başlığındaki sorularda geçen “bakım” sözcüğünün hastalar tarafından anlamlandırılmadığı, dolayısıyla çoğu kez bu sözcüğü açıklama gereği duyulduğu görülerek ve “aldığımız genel tedavilerin (ilaç tedavileri, diyet, egzersiz gibi yaşam tarzı değişiklikleri) toplamı” şeklinde açıklanmıştır. Yine bu alt başlığa ait sorulardan olan “7. Kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu.” şeklindeki ifadenin de hastalar tarafından anlaşılmadığı, dolayısıyla kendilerine gerekli açıklama yapıldıktan sonra da

genellikle bu tarz bir ifade ile karşılaşmadıkları yanıtı alınmıştır. Ayrıca çalışma boyunca kazanılan deneyimlerden biri olarak “karar verme” alt boyutunun sorularından olan “4. Sağlığım için yapmam gerekenler yazılı olarak verildi.” ifadesindeki yazılı kısmı bizim de bu zamana kadar olan deneyimlerimizle paralel olarak, hastalar tarafından çoğu defa “hiçbir zaman” şeklinde yanıtlanmıştır.

Ayrıca “problem çözmeye” alt boyutunda yer alan “12. Doktorum ya da hemşiremin gerekli olan tedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim.” ifadesi için de hastaların çoğu defa bu ifadeden bir rahatsızlık hissettiklerini beyan eden sözler ya da bu durumu belli eden yüz ifadeleri ile kesinlikle evet ya da kesinlikle hayır şeklinde keskin cevaplar verdiği dikkati çekmiştir. Son olarak “izlem/takip” alt başlığı içerisinde yer alan “16. Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı.” cümlesinin de genellikle “Hiçbir zaman” şeklinde cevaplandığı gözlenmiştir.

Bu çalışmada hastaların PACIC skorları 1,20 ile 5,00 arasında değişmekteydi ve ortalama puan $2,77 \pm 0,73$ bulundu (Tablo-4). Bu sonuç, çalışmaya katılan hastaların hizmet aldıkları sağlık ekibi ile aralarındaki etkileşimin ve hastaların öz yönetim desteğinin “orta düzeyde” olduğunu göstermektedir. Konu ile ilgili ülkemizde 2011 yılında İncirkuş ve Nahçıvan tarafından yapılan PACIC ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik araştırmasının yapıldığı çalışmada, ölçek ortalama puanı $2,54 \pm 0,94$ olarak hesaplanmıştır². Bu çalışmadaki hastaların %52,7’si hipertansiyon, %39,7’si ise diyabet hastalarından oluşmaktaydı. Türkiye’de yapılan diğer çalışmalarda ise 2013 yılında Apaydın Kaya, Akturan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada $2,44 \pm 0,74$ ¹⁴; yine 2013 yılında Karabulutlu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada $2,54 \pm 0,51$ ⁵ olarak tespit edilmiş olup bu da bizim çalışmamızda olduğu gibi hastaların kendilerine sunulan bakımla ilgili orta düzeyde memnuniyet belirttikleri anlamına gelmektedir. Konuyla ilgili yurtdışında yapılan araştırmalarda ise araştırma kapsamında incelenen bireylerin PACIC skorları 2,49-3,17 arasında bildirilmiştir.¹⁴ Yani yurtdışında yapılan çalışmalara göre çalışmamızda ve ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda ortalama PACIC skorları ve alt boyut puanları daha düşük bulunmuştur. Bu durum kronik hastalığı olan

bireylerin tanı anından itibaren başladıkları ve genellikle uzun süren ilaç, diyet, egzersiz ve çeşitli araçların kullanımı gibi normal hayat akışı dışındaki durumlara adapte olmaları gerekliliği nedeniyle hastalara öz yönetim desteğinin sağlanması yani hastaların kendi bakımlarını yönetme konusunda başrolde oldukları konusunda eğitilmeleri gerektiğini göstermektedir.³⁰

Ayrıca, yurtiçinde ve yurtdışında yapılan çalışmalarda PACIC ölçeği alt gruplarının aldıkları skorlar incelendiğinde en az ve en fazla puan alan alt boyut çalışmaya göre değişiklik göstermekte ve net olarak hangi boyutun ne düzeyde puan aldığı hakkında net bir yargıya varılamamaktadır. Örneğin yukarıda bahsettiğimiz 2011 yılında İncirkuş ve Nahçıvan tarafından yapılan Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında en yüksek puanı “karar verme” alt boyutu alırken en az puanı “izlem/koordinasyon” alt boyutu almıştır². Yine 2013 yılında Apaydın Kaya, Akturan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada en yüksek puanı “karar verme” alt boyutu alırken, en az puanı “izlem/koordinasyon” alt boyutu almıştır.¹⁴ 2013 yılında Karabulutlu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise en yüksek puanı “problem çözme” alt boyutu alırken en az puanı “hasta katılımı” alt boyutu almıştır.⁵ Bizim çalışmamızda ise en yüksek puanı Karabulutlu ve arkadaşlarının çalışmasında olduğu gibi “problem çözme” alt boyutu alırken, en az puanı ise Akturan ve arkadaşları ile Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında da olduğu gibi “izlem/koordinasyon” alt boyutu almıştır.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde yapılan çalışmalarda genellikle en az puanı “izlem/koordinasyon” alt boyutu almakta olduğu sonucuna varılabilir.^{5,14} Bu alt boyutun içeriğini, sağlık kontrolleri dışında da hastanın izlemi için sağlık ekibi tarafından hastaya ulaşıp ulaşılmadığı; hastaya hastalığı ile ilgili sağlık programlarına katılmaya teşvik edilip edilmediği; diyetisyen, eğitim hemşiresi ve ihtiyaç duyulan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirilip yönlendirilmediği; diğer branşlardaki uzman hekimlere gitmenin hastanın tedavisine yardımcı olacağına açıklanıp açıklanmadığı; ve diğer hekimlerle yapılan görüşmeler hakkında sorular sorulup sorulmadığı oluşturmaktadır. İşte bu konulara üzerine yoğunlaşan bu boyutla

ilgili alınan düşük puanların sebebi olarak bu merkezlerin polikliniklerinde çalışan doktorların eğitim için sürekli rotasyon halinde çalışmakta olmaları ve dolayısıyla hastaların çoğu defa başvurularında ayrı bir hekim ile görüşmek durumunda kalmaları ile açıklanabilir. Ayrıca, hastaların hastane başvurularının yoğunluğu nedeniyle istedikleri ve uygun oldukları zaman içerisinde kontrol randevuları alamamaları da izlem/koordinasyon boyutunda memnuniyet oranının düşük olmasının bir nedeni olarak sayılacağı düşünülebilir.

Yukarıda bahsedildiği gibi çalışmamızda en yüksek puanı “problem çözme” alt boyutu alırken Türkiye’de yapılan ve yukarıda da bahsettiğimiz diğer çalışmalar ve birçok uluslararası çalışmada yüksek puanı “karar verme” alt boyutunun almış olması bizim merkezimize başvuran ve çalışma kapsamına alınan hastaların kendi bakım ve tedavi süreçleri içerisinde karar vermeleri konusunda eksiklik hissettikleri ve bu konuda desteklenmeleri gerektiğini göstermektedir. Ayrıca, hastaların en yüksek puanı verdikleri problem çözme alt boyutunun skoru $3,43 \pm 0,99$ olup en yüksek puanı bu alt boyuta vermiş olmaları; bu boyutun içeriğini oluşturan doktor ya da hemşirenin gerekli olan tedaviyi önerirken hastanın değer, inanç ve geleneklerini dikkate alması; hastanın günlük hayatında uygulayabileceği bir tedavi planı yapabilmesi ve zor zamanlarında bile kendine bakabilmesi için hastaya yardım edilmesi ve hastaya hastalığının hayatını nasıl etkilediğinin sorulmuş olması konusunda memnuniyetlerinin yüksek olduğunu³⁷ göstermektedir. Yani, hastalar kronik hastalıkları nedeniyle aldıkları tedavileri süresince yaşanabilecek sıkıntı ve sorunların belirlenebilmesi ve çözüm üretilebilmesi hususunda doktor, hemşire ve ekibin diğer bireylerinden almış oldukları destekten yüksek oranda memnun olduklarını belirtmektedirler⁵. Ayrıca, kronik hastalığı olan bireyler hastalıkla ilgili yaşadıkları sorunları günlük hayatlarına göre düzenleyerek normal hayat akışlarına uyum sağlayabilmeleri için mevcut hastalıkları ile ilgili bilgi, beceri ve davranış değişikliklerinde yardımcı olacak becerileri kazandırılmaları için de eğitilmeleri gerekmektedir. Çünkü kronik hastalık bakımında merkezde hasta vardır ve kontrol ilk olarak hastada olmalıdır.³ Kronik hastalığı olan bireylerin ve ailelerinin evdeyken ya da gün içerisinde zamanlarını geçirdikleri ortamlarda yaşadıkları sorunlarla ilgili sorularına cevap almak ve bu sorunların çözümü için yardıma ihtiyaç

duymaktadırlar. Kronik hastalıkların kişisel yönetiminde bireyin etkili baş etme düzeyine ulaşabilmesi için sağlık ekibi, hasta ve hasta yakınlarının güçlenmesinde ve karşılaştıkları sorunlarla baş etmede önemli rol oynamaktadır.⁷⁶

Hastaların cinsiyet ve medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Ancak, erkek cinsiyetin toplam PACIC skoru $2,85\pm 0,71$ iken kadınların toplam skoru $2,70\pm 0,74$ olarak saptandı. Erkek cinsiyetteki hastalarda saptanan bu yükseklik tüm alt boyutlar için de geçerli olup bu fark anlamlı olmasa da erkek hastaların kronik hastalık bakımlarından kadınlara göre daha memnun oldukları söylenebilir. Bu durumun sadece İzlem/koordinasyon alt boyutunda kadın cinsiyetin skoru 2,07 iken erkek cinsiyetin ise 2,28 olduğu bu durumda istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p=0,004$). Glasgow ve arkadaşlarının birinci basamak sağlık ortamlarında kronik hastalığı olan 50 yaş ve üstü 266 kişide yürüttükleri çalışmada PACIC puanının ortalaman 2,60 olduğu ve yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, etnik köken ve kronik hastalığın süresi ile PACIC skoru arasında bir farklılık bulunmadığı bildirilmiştir.³⁶

Çalışmaya katılan hastaların yaşları incelendiğinde yaş ile bütün alt boyutlar ve total PACIC skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu durumun ise ileride de bahsedeceğimiz gibi hastaların kronik hastalığa sahip oldukları sürenin kısaldıkça hastaların var olan kronik hastalıkları ile ilgili olarak aldıkları bakımdan memnuniyet oranlarının özellikle hasta katılımı, karar verme ve toplam ölçek puanlarının da artıyor olması ile paralellik gösterdiği söylenebilir. Zira çalışmaya katılan hastaları yaş gruplarına göre incelemeye devam ettiğimizde 34 yaş ve altındaki hastaların %19,40' ünün 10 yıldan daha uzun süredir kronik hastalık nedeniyle takip edildiklerini ve bu hastaların yaş aralıkları arttıkça 1-5 yıl arasında bir süredir takip edilen hastaların oranlarının azalırken 10 yılı aşkın bir süredir takip edilen hastaların oranlarının ise arttığı saptanmıştır (Tablo-7). Ayrıca, hastaların yine yaş gruplarına göre incelendiğinde düzenli kontrole gidip gitmeme durumları ve son kontrol muayenesi için başvuru zamanları ile yaş grupları arasında ilişkiye bakıldığında yine istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo-8).

Hastaların eğitim durumu incelendiğinde daha önce yurt içi ve yurtdışında yapılan birçok çalışmada olduğu gibi ortalama PACIC ve bütün alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde eğitim durumu yükseldikçe hastaların kronik hastalık bakımlarından memnuniyetlerinin arttığı saptanmıştır (Tablo 5). Eğitim seviyesi yüksek lisans/ doktora olan hastaların ortalama PACIC skorları $3,29 \pm 0,80$ hesaplanmıştır. Bu konuda diğer çalışmalar incelendiğinde ülkemizde 2013 de yapılan bir çalışmada eğitim seviyesi lise ve üzeri olan hasta grubunda tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları yüksek çıkmıştır.⁵ Yine ülkemizde Apaydın Kaya ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada eğitim seviyesi orta okul ve üzeri olanların istatistiksel olarak olmasa bile PACIC skorunun daha yüksek saptanmıştır.¹⁴ Yurtdışı çalışmalarında ise 2008 de Jackson ve arkadaşlarının diyabetik hastalarda yaptığı çalışmada eğitim seviyesi lise ve üzeri olan hastaların problem çözme boyutu hariç tüm alt boyut ve toplam puanları lise düzeyinden düşük eğitim seviyesine sahip olanlardan daha yüksek;⁷⁷ Rosemann ve arkadaşlarının 2007 de osteoartritli hastalarda yaptığı çalışmada eğitim seviyesi yüksek olan hastaların tüm boyutlarda memnuniyetlerinin yüksek olduğu belirtilmiş ve bu durum eğitilmiş insanların gerekli bakımı alma, uyum ve öz yönetimde daha iyi olmasıyla açıklanmıştır.⁷⁴ Taggart ve arkadaşlarının çalışmasında da eğitim seviyesi yüksek olan hastaların toplam ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur.⁷⁸ Benzer şekilde 2013 de Randell ve arkadaşları tarafından inflamatuvar barsak hastalığı olan hastalarda⁷⁹ ve 2012 de Cramm ve arkadaşları tarafından kardiyovasküler hastalığı olan hastalarda yapılan çalışmalarda⁸⁰ da eğitim düzeyinin artması ile PACIC puanlarının arttığı bildirilmiştir. Bu durum, bakım algısının eğitim düzeyinden etkilendiğini düşündürdüğü gibi hekimlerin eğitim düzeyi yüksek olanları kendi bakımlarına daha fazla katabildiklerini de düşündürebilir.¹⁴

Hastaların gelir düzeyleri ile ölçek ortalama puanı ve tüm alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,001$). Bu durum elimizde istatistiksel olarak bir veri olmaksızın gelir düzeyi daha yüksek olan hastaların genel olarak daha eğitilmiş olmaları ve eğitim seviyeleri ile memnuniyet arasında doğru bir ilişki olduğu söylenebilir. Hastaların mevcut kronik hastalıklarının var olma süresi incelendiğinde 1-5 yıldır hasta olanların yaş ortalaması 44,30; 6-10 yıldır hasta olanların yaş

ortalaması 47,95; 10 yılı aşkın süredir hasta olanların yaş ortalaması ise 57,73 saptanmıştır. Bu durum bize yaş arttıkça var olan kronik hastalığın süresinin arttığını göstermektedir. Hastaların var olan hastalık süreleri ile yaş ($p<0,001$), ortalama PACIC skoru ($p=0,004$), hasta katılımı ($p<0,001$) ve karar verme ($p<0,001$) alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu sonuçtan anlaşıldığı üzere hastaların hasta olarak geçirdikleri süre arttıkça aldıkları bakımdan memnuniyetleri azalmaktadır. Ayrıca, bu konuyla da ilişkili olarak çalışmaya katılan hastaların yaşları ile aldıkları ortalama PACIC puanı ve tüm alt boyutlardan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Konuyla ilgili başka bir çalışmada 75 yaş ve üzerinde hastaların kronik hastalığı değerlendirme ölçeği toplam puanlarının önemli ölçüde düşük olduğu belirtilmiştir.⁸¹ Cramm ve Nieboer' in 2012 yılında yaptığı çalışmada da yaş ile kronik hastalığı değerlendirme ölçeği toplam puanları arasında negatif ilişki olduğu ve genç hastaların kronik hastalığı değerlendirme ölçeği toplam puanlarının yüksek olduğu belirtilmektedir.⁸⁰ Hastalık tanısının konulduğu yaş arttıkça hasta katılımı, karar verme desteği ve ölçek toplam puanları düşmektedir. Bu sonuç genç bireylerin yaşamdan beklentilerinin daha yüksek olması nedeniyle hastalıklarının yönetimine daha fazla katılması ve kendi bakımlarıyla ilgili kararlarda daha istekli olmasıyla açıklanabilir.⁵ Dolayısıyla hastaların yaşı arttıkça hem memnuniyetleri azalmakta hem süregelen hastalık süreleri arttığı için de memnuniyetleri azalmaktadır.

Hastaların tanı ve tedavi aldıkları kronik hastalıkların PACIC ölçeği skorları üzerine etkisi incelendiğinde sadece kronik tiroid hastalığı olan bireylerde olmayanlara göre ortalama ölçek skoru daha yüksek bulunmuştur ($p=0,035$, $z=2,113$). Ayrıca, hipertansiyonu olan bireylerde karar verme alt boyutu ($p=0,035$), diabetes mellitus olan bireylerde izlem/koordinasyon alt boyutu ($p=0,008$), astım/KOAH olan bireylerde yine izlem/ koordinasyon alt boyutu ($p= 0,014$), kronik tiroid hastalığı olan bireylerde ise hem ortalama ölçek puanı hem de amaç belirleme ($p=0,017$) ve izlem/ koordinasyon ($p=0,005$) alt boyutları istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek puan alırken çalışma kapsamında sorgulanan hastalık grubu olan kronik kalp hastalığına sahip bireyler ise hiçbir alt boyut ve ortalama ölçek skorunda anlamlı bir yüksek puan vermemişlerdir. Çalışmamızda bahsettiğimiz bu

beş grup hastalık dışındaki hastalılara diğer seçeneği altında toplanmış olup bu grup hastaların problem çözme alt boyutuna istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek puan verdikleri saptanmıştır (p=0,048). Bu çalışmanın genel sonuçlarını hatırlayacak olursak en az puanı izlem/ koordinasyon alt boyutunun aldığını, hastalık gruplarına göre incelendiğinde ise diabetes mellitus, astım/ KOAH ve kronik tiroid hastalıklarına sahip olan bireylerde bu alt boyutun anlamlı bir memnuniyet fazlalığına sahip olduğu görülmektedir. Bu durum klinik olarak en sık karşılaştığımız hastalıklar arasında olan DM ve diğer hastalıklar için yüz güldürücü olsa da aslında DM ile birlikte en çok gördüğümüz ve üzerinde durduğumuz hasta grubunu oluşturan hipertansiyon hastalarının bu daha memnun olduğunu ifade eden grup içerisinde yer almaması beklenmedik bir sonuç olmuştur. Bu durum, başta hipertansiyon olmak üzere memnuniyetin az olduğu diğer hastalık gruplarında hasta takip protokollerimizde tekrar bir revizyon gerektiğini düşündürmektedir. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde PACIC ölçeğinin Türkçe geçerlik- güvenilirlik çalışması olan araştırmada örnekleme sadece DM ve hipertansiyon hastalarından seçilmesine rağmen hastaların hastalık gruplarına göre memnuniyet karşılaştırmalarının yapılmadığı görülmüştür.² Apaydın Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında ise sadece DM olan hastaların ortalama ölçek skoruna daha yüksek puan verdikleri, diğer kronik hastalılar ile böyle bir ilişki saptanmadığı görülmüştür. Aksine hipertansiyonu olmayan grubun olanlara göre izlem/ koordinasyon alt boyutuna daha yüksek puan verdikleri görülmüştür.¹⁴ Karabulutlu ve arkadaşlarının çalışmasında ise herhangi bir kronik hastalık grubu ile ölçek puanları arasındaki bir ilişkiden bahsedilememektedir.⁵

Yaş azaldıkça hastaların düzenli kontrole gelme oranlarının anlamlı bir şekilde arttığı (p=0,001) saptanmıştır. Ayrıca, hastaların düzenli olarak kontrole gelme durumları ile ölçeğin tüm alt boyut ve toplam skorlarının anlamlı olacak yüksek olduğu saptanmıştır. Buradaki istatistiksel oranlara bakıldığında sadece izlem/ koordinasyon alt boyutunun değeri p=0,007 iken diğer bütün değerler p<0,001 olarak saptanmıştır. Apaydın Kaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da son muayene zamanı 3 aydan daha az olan hastaların tüm alt boyut ve ölçek toplam puanları son muayene zamanı 3 aydan daha fazla olan gruba göre daha yüksek

bulunmuştur.¹⁴ Kontrollerini düzenli olarak sürdürme sağlık profesyonelleriyle etkileşimin artmasına bağlı olarak hastaların hastalık ve sonuçlarıyla ilgili daha fazla bilgi edinmelerine, tedavi ve bakımlarıyla ilgili hedefler belirlenmelerine katkı sağlamaktadır. Tüm bu katkıların da hastanın bakımından memnuniyetini arttırdığı düşünülmektedir.⁵

Hastaların son muayene zamanına bakıldığında yaş oranı azaldıkça son muayene zamanının daha kısa süre önce olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) yani yaşı daha az olan hastalar daha kısa süre içerisinde kontrole gelmekte. Bu durum, ölçek ortalama ve tüm alt boyu skorları için geçerlidir. Yani yaş ilerledikçe hastaların memnuniyet oranları azaldığı gibi kontrol sürelerini de uzatmaktadırlar. Bu durum yaşı ileri olan hastanın mevcut memnuniyet azlığı nedeniyle kontrolünün ertelenmesi şeklinde yorumlanabilir.

Ayrıca, hastaların %65,3'ünün 6 ay içerisinde kontrole geldiği kabul edildiğinde hastaların doktora ulaşma açısından bir sıkıntı yaşamadıkları söylenebilir. Buna rağmen, ölçek skorlarının orta düzeyde olması hastaların kendi bakımlarından yeterince memnun olmadıklarını ifade etmekte olduğunu düşündürmektedir. Ancak bu durumun nedenine yönelik çalışmamızda herhangi bir bölüm ayrılmamış olup, yine de böyle bir memnuniyetsizliğin oluşu öncelikle en düşük skoru alan izlem/koordinasyon boyutu olmak üzere tüm ölçek boyutları için gözden geçirilerek bir özelleştirme yapmayı gerektirdiği düşünülmektedir. Özellikle bizim biyopsikososyal bakış açısına sahip birinci basamak temelli bir ana bilim dalı olarak bu konu üzerinde tartışmalı ve başta eğitim programımız olmak üzere bazı konularda revizyona gitmemiz gerekliliği tartışılmalıdır.

Çalışmanın sonucu yorumlanırken bazı kısıtlılıklardan bahsetmek gerekir. Öncelikle, Türk toplumunda özellikle kronik hastalığın yoğun olduğu sosyal hayatı kısıtlı, orta yaş ve üzeri, üretkenliği azalmış popülasyon düşünüldüğünde depresyon oranının azımsanamayacak kadar yüksek olduğu tahminini yapmak yanlış olmayacaktır. Oysaki çalışmamızda bu konu dikkate alınmamıştır. Ancak Cramm ve arkadaşlarının yaptığı çalışmanın sonucuna göre daha az depresif kişilerin PACIC

skorları daha yüksek bulunmuştur.⁸⁰ Yine çalışmamızın yapıldığı popülasyon düşünüldüğünde çalışmanın genel evreni temsil gücünün kısıtlı olduğu söylenebilir. Ayrıca çalışmamızda ilaç kullanımına hiç değinilmemiş, bu konu ile ilgili hiçbir veri kaydedilmemiştir. Oysaki, tıbbi tedavinin başarısında ve hastalık yönetiminde en önemli noktalardan biri hastanın ilaçlarını doğru şekilde ve düzenli olarak kullanmasıdır. Planlanan tedavinin doğru şekilde kullanılmaması tedavinin başarısız olmasına neden olmaktadır. Bu duruma hem sağlık personeli hem de hastalar neden olabilmektedir.⁸² Burada en önemli nokta hastanın bu konuda iyi eğitilmesidir. Hastalık sürecinde bakımını koordine edebilen hastaların ilaç kullanımını konusunda daha bilinçli olduğu düşünülmektedir. İlaçlarını düzenli kullanmanın hastanın uyumunun, dolayısıyla bakımdan memnuniyetin bir göstergesi olduğu düşünülmektedir.⁵

6. SONUÇ

Kronik hastalığı olana bireylerin var olan hastalıkları ile ilgili aldıkları bakımı kendi perspektiflerinden değerlendirmeleri amacıyla araştırma kapsamında incelenen hastalara PACIC (The Patient Assessment of Chronic Illness Care) ölçeğinin uygulandığı bu araştırmada hastaların aldıkları kronik hastalık bakımında memnuniyet oranları orta düzeyde belirlendi. Çalışmanın alt boyutların bakıldığında ise en yüksek puan problem çözme, en düşük puan ise izlem/ koordinasyon alt boyutundan alındı. Daha genç olan, eğitim durumu ve gelir düzeyi yüksek, kontrollerine düzenli gelen ve kontrol sürelerini kısa aralıklı tutan hastaların tüm boyutlarda aldıkları bakımdan memnuniyetleri daha yüksektir. Erkek cinsiyete ait olan, bekar olan ve var olan kronik hastalıklarının süregelen zamanı daha az olan bireylerde ise hastaların çeşitli alt boyutlardan memnuniyetleri daha yüksek bulundu. Bu durum bu özellikteki hastaların daha küçük yaşa sahip olduklarını, dolayısıyla yaşın azalmasıyla hasta memnuniyetlerinin artıyor olması ile açıklanabilir.

7. ÖNERİLER

- 1) Aile Hekimliği Polikliniklerinde başvuruların önemli bir bölümünü oluşturan kronik hastalığı olan bireylerin kendilerine sunulan hizmeti değerlendirdikleri PACIC ölçeğinin sunulan hizmetin geliştirilmesi ve değiştirilmesinde önemli ve yararlı gelişmelere neden olacağını düşünmekteyiz.
- 2) PACIC ölçeğinin sorularıyla ilgili olarak anlama problemleri yaşadıkları gözlemlendiğinden, özellikle karar verme alt boyutunda yer alan soruların çevirilerinde revizyon yapılması faydalı olabilir.
- 3) Birinci basamakta çalışan Aile Hekimlerinin kronik hastalık takibi ile en sık ilgilenen branşlardan biri olduğu, dolayısıyla bu ölçeğin kronik hastalara daha kaliteli sağlık hizmeti sunulabilmesi için yararlı bir modeldir. Hasta memnuniyetinin değerlendirildiği bu ölçek ile hastaların memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi; sağlık bakımının planlanması, değerlendirilmesi ve beklentiler doğrultusunda daha nitelikli hizmet sunumunu sağladığı için ölçeğin özellikle birinci basamakta uygulanarak hizmet kalitesinin değerlendirilmesi önemlidir.

8. KAYNAKLAR

1. Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, Mahoney LD, Reid RJ, Greene SM. Development and Validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). *Medical care*. 2005; 43(5):436-444.
2. İncirkuş K NN. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği. 2011.
3. Türkmen E. Kronik Hastalıklar ve Önemi. Durna Z, ed. Kronik hastalıklar ve bakım İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2012:37-49.
4. Akalın E. Sürdürülebilir Sağlık Sistemi İçin Kronik Hastalık Yönetiminde Elektronik Sağlık Kayıtlarının Rolü TÜSİAD-T/2012-06/5292012.
5. Karabulutlu E AR, Yağcı S. Kronik Hastalığı Olan Bireylere Verilen Bakımın Değerlendirilmesi. 2013.
6. ICN. International Council of Nurses (ICN) Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care. International Nurses Day 2010: 1-69
7. Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, et al. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. *Lancet*. 2008; 372(9642):940-949.
8. WHO. World Health Organization (WHO) (2011). Global status report on noncommunicable diseases 2010: Burden, mortality, morbidity and risk factors. WHO Library Cataloguing in Publication Data, Italy.
9. SAĞ.BAK. TC.SAĞLIK BAKANLIĞI Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, ISBN: 978-975-590-316-3. 2010.
10. WHO. World Health Organization [WHO] (2008a). 2008–2013 actionplan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases.
11. WHO. World Health Organization [WHO] (2001). Adherence to longterm therapies: Policy for action. Meeting report. WHO/MNC/CCH/01.02, 1–21.
12. Mollahaliloğlu S HÜ, Yardım N, Özbay H, Ünüvar N Mollahaliloğlu, S., Hülür, Ü., Yardım, N., Özbay, H., Çaylan, A. K., Ünüvar, N., et al. (Editörler) (2007) Türkiye’de sağlığa bakış (ss. 45–71). Ankara: Bölük Ofset Matbaacılık.

13. Bakanlığı S. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015.
14. Apaydın Kaya Ç AS, ŐimŐek M, Uğuz K, İçen F, Akman M. Kronik Hastalık Bakımının Hasta Perspektifinden Değerlendirilmesi. 2012.
15. Akman M. Family practice and chronic care model. *Turkiye Aile Hekimligi Dergisi*. 2010; 14(1):32-37.
16. Sipkoff M. Sipkoff M. Health plans begin to address chronic care management. *Manag Care* 2003; 12: 24-31.
17. Topallı R AN, Filiz TM, Topsever P, Ciğerli Ö, GÖrpelioğlu S. Topallı R, Aladağ N, Filiz TM, Topsever P, Ciğerli Ö, GÖrpelioğlu S. Tıp Faköltesi Aile Hekimligi polikliniklerinin sağlık hizmeti sunumundaki yeri: Değerimendere deneyimi. *Türk Aile Hek Derg* 2003; 7: 165-70.
18. InstituteofMedicine. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington DC, National Academy Press, 2001: 1-2.
19. Schmittdiel JA SS, Rundall TG, Bodenheimer T, Selby JV. Effect of Primary Health Care Orientation on Chronic Care Management. *Ann Fam Med* 2006; 4: 117-23.
20. Altun B AM, Nergizoeğlu G ve ark. Altun B, Arici M, Nergizoeğlu G ve ark. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertens* 2005; 23: 1817-23.
21. Houlihan SJ SS, Cave AJ ve ark. Houlihan SJ, Simpson SH, Cave AJ ve ark. Hypertension treatment and control rates: chart review in an academic family medicine clinic. *Can Fam Physician* 2009; 55: 735-41.
22. Soydan İ. Soydan İ. Hipertansiyon ile ilgili Tekharf Çalışması Verileri ve Yorumu. <http://tekharf.org/images/bolum5.pdf>. 2017.
23. Moore GL. Moore GL. Escaping the Tyranny of the Urgent by Delivering Planned Care. *Family Practice Management* 2006; 13: 37-40.
24. Bodenheimer T WE, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002; 288: 1775-9.
25. Ostbye T YK, Krause KM ve ark. Is There Time for Management of Patients With Chronic Diseases in Primary Care? *Ann Fam Med* 2005; 3: 209-14.
26. D D. Physician behavior in the care of pediatric chronic illness: association with health outcomes and treatment adherence. *J Dev Behav Pediatr* 2009; 30: 246-54.

27. Feifer C OS, Jenkins RG ve ark. Logic behind a multimethod intervention to improve adherence to clinical practice guidelines in anationwide network of primary care practices. *Eval Health Prof* 2006; 29: 65-88.
28. Unalan P CS, Uzuner A, Akman M. Hastaların Hipertansiyon ve Antihipertansifler Konusundaki Alg ve İnançları. *Türk Aile Hek Derg* 2005; 9: 153-8.
29. Grumbach K BT. A primary care home for Americans: putting the house in order. *JAMA* 2002; 288: 889-93.
30. Bodenheimer T WE, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the Chronic Care Model, Part 2. *JAMA* 2002; 288: 1909-14.
31. Rothman AA WE. Chronic Illness Management: What is the role of primary care? *Ann Intern Med* 2003; 138: 256-61.
32. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1998; 1: 2-4.
33. Szecsenyi J RT, Joos S, Peters-Klimm F, Miksch A. . German diabetes disease management programs are appropriate to restructure care according to the Chronic Care Model. An evaluation with the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC-5A) instrument. *Diabetes Care* 2008; 31: 1150-4.
34. Vrijhoef HJM SC, Eijkelberg IMJG, Wolffenbuttel BHR,, GG. VM. Adoption of disease management model for diabetes in region of Maastricht. *BMJ* 2001; 323: 983-5.
35. Ouwens M WH, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care* 2005; 17: 141-6.
36. Glasgow RE, Whitesides H, Nelson CC, King DK. Use of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) with diabetic patients: relationship to patient characteristics, receipt of care, and self-management. *Diabetes care*. 2005; 28(11):2655-2661.
37. Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, Mahoney LD, Reid RJ, Greene SM. Development and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). *Medical care*. 2005; 43(5):436-444.
38. Aragonés A, Schaefer EW, Stevens D, Gourevitch MN, Glasgow RE, Shah NR. Validation of the Spanish translation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) survey. *Preventing chronic disease*. 2008; 5(4):A113.

39. Wensing M, van Lieshout J, Jung HP, Hermsen J, Rosemann T. The Patients Assessment Chronic Illness Care (PACIC) questionnaire in The Netherlands: a validation study in rural general practice. *BMC health services research*. 2008; 8:182.
40. Schmittiel J, Mosen DM, Glasgow RE, Hibbard J, Remmers C, Bellows J. Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and improved patient-centered outcomes for chronic conditions. *Journal of general internal medicine*. 2008; 23(1):77-80.
41. Cranston J. Australian primary health care research institute primary care respiratory unit discipline of general practice university of adelaide south Australia (pp. 1–114). Canberra: The Australian National University. 2006.
42. Davis RM, Wagner, E. H., & Groves, J. Managing chronic disease. *British Medical Journal*, 318, 1090–1091. 1999.
43. Haskett T. Chronic illness management: Changing the system. *Home Health Care Management Practice*, 18, 492–496. 2006.
44. Demirağ SA. Kronik hastalıklar ve yaşam kalitesi. *Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi*, 2, 58–65. 2009.
45. İrgil E. Kronik hastalıklar epidemiyolojisi.2006.
http://halksagligi.uludag.edu.tr/emel_irgil_3011/kronik_Hast_Epidemiyolojisi.pdf.
46. Senuzun F. Kronik hastalıkların yönetimi ve araştırma alanları. Durna Z ed. *Kronik hastalıklar ve bakım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi;2012: 559-566.
47. Clark NM, Gong, M,. Management of chronic disease by practioners and patients: Are we teaching the wrong things? *BMJ*, 320: 572-575. 2000.
48. Geyman JP. Disease management: Panacea, another false hope, or something in between? *Ann Fam Med*, 5: 257-260. 2007.
49. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ*, 320: 569-572. 2000.
50. Braddock CH, Edwards, K. A., Hasenberg, N. M., Laidley, T. L., Levinson W. Informed decision making in outpatient practice. *JAMA*, 282: 2313-2320. 1999.
51. Heisler M, Bouknight, R. R., Hayward, R. A., Smith, D. M., Kerr EA. The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management. *J Gen Intern Med*, 17: 243- 252. 2002.

52. Fadiloğlu Ç. Akciğer kanserinde bakım modelleri. Aydınler A, Can G (Ed). Akciğer kanserinde tedavi ve bakım. İstanbul: İpomel Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti; 2010: 63-74.
53. Piatt GA, Zgibor, J. C. . Current opinion in endocrinology. *Diabetes & Obesity*, 14: 158-165. 2007.
54. Mohler PJ MN. Improving chronic illness care: lessons learned in a private practice. *Family Practice Management* 2005; 11: 50-6.
55. Hennessey B, Suter, P., Harrison, G. The home-based chronic care model: A platform for partnership for the provision of a patient centered medical home. *CARING*, 29(2): 18-24. 2010.
56. Wagner EH, Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer J, & Bonomi, A. Improving chronic illness care: Translating evidence into action interventions that encourage people to acquire self-management skills are essential in chronic illness care. *Health Affairs*, 20 (6), 64–78. 2001.
57. Wagner EH. The Changing Face of Chronic Disease Care. In: Schoeni, P.O. (Ed.). *Curing the System Stories of Change in Chronic Illness Care*. The National Coalition on Health Care and the Institute for Healthcare Improvement. Washington: The National Coalition on Health Care Institute, 2-5. 2002.
58. Glasgow RE, Orleans, T. C., Wagner, E. H. . Does the chronic care model serve also as a template for improving prevention? *The Milbank Quarterly*, 79(4): 579-612. 2001.
59. Hung DYva. Rethinking prevention in primary care: Applying the chronic care model to address health risk behaviors. *The Milbank Quarterly*, 85(1): 69-91. 2007.
60. Smidth M, Christensen, M. B., Olesen, F., Vedsted, P. . Developing an active implementation model for a chronic disease management program. *International Journal of Intergrated Care*, 13:1-16. 2013.
61. Carlini BH, Schauer, G., Zbikowski, S., Thompson, J. . Using the chronic care model to address tobacco in health care delivery organizations: A pilot experience in washington state. *Health Promotion Practice*, 11(5): 685-693. 2010.
62. Adams SGva. Systematic review of the chronic care model in chronic obstructive pulmonary disease prevention and management. *Arch Intern Med*, 167: 551-561. 2007.

63. Mcevoy P, Barnes, P. . Using the chronic care model to tackle depression among older adults who have long-term physical conditions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14: 233-238. 2007.
64. Suter P, Hennessey, B., Florez, D., Suter, W. N. . The Home-Based Chronic Care Model: Redesigning home health for high quality care delivery. *Chronic Respiratory Disease*, 8(1): 43-52. 2011.
65. Bodenheimer T GK. Kronik hastalığı olan hastalara sunulan birinci basamak hizmetin iyileştirilmesi. Birinci Basamağın iyileştirilmesi:Daha iyi Uygulamalar için Stratejiler ve Araçlar'da. Çeviri Ed. Bozdemir N. Saatçi E. Adana, Nobel Kitabevi, 2009; 55-77.
66. Piatt GA OT, Emerson S ve ark. . Translating the chronic caremodel into the community: results from a randomized controlled trial of a multifaceted diabetes care intervention. *Diabetes Care* 2006; 29: 811-7.
67. Solberg LI CA, Sperl-Hillen JM ve ark. Care quality and implementation of the chronic care model: a quantitative study. *Ann Fam Med* 2006; 4: 310-6.
68. Hung DY GR, Dickinson LM ve ark. . The chronic care model and relationships to patient health status and health-related quality of life. *Am J Prev Med* 2008; 35(5 Suppl): S398-406.
69. Acaroğlu R, Şendir, M., Kaya, H., & Sosyal, E. . Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının hasta memnuniyeti ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesine etkisi. İstanbul Üniversitesi Florenc. 2007.
70. Kaya N, Solmaz, Ş., & Bolol, N. . Larinjektomili bireylerin sağlığa ilişkin yaşam kalitesini değerlendirmede Euroqol ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliği. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 15(58), 30–39. 2007.
71. Aktürk Z, Dağdeviren, N., Şahin, E. M., Özer, C., Yaman, H., Göktaş O, et al. Hastalar hekimleri değerlendiriyor:Eoropep ölçeği. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 1–8. 2002.
72. Akın S, & Erdoğan, S. . The Turkish version of the Newcastle satisfaction with nursing care scale used on medical and surgical patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 646–653. 2007.
73. WONCA. The European Definition of General Practice / Family Medicine. Wonca Europe 2011 Edition. <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/>.
74. 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.

75. abd. HÜHS. Halk Sağlığı Haftasında Kronik Hastalıklar Açısından Türkiye. 2014.
76. Mollaoğlu M. Kronik hastalıklarda uyum süreci. Kronik hastalıklar ve bakım. Durna Z ed. Kronik hastalıklar ve bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2012: 51- 63.
77. Jakson G WM, Hamilton NS, et al. . Racial/ethnic and educational-level differences in diabetes care experiences in primary care. *Primary Care Diabetes* 2008: 39–44.
78. Taggart J, Chan B, Jayasinghe UW, et al. Patients Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) in two Australian studies: structure and utility. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2011; 17(2):215-221.
79. Randell RL LM, Martin CF, Sandler RS, Chen W, Anton K,, MD. K. Patient Perception of Chronic Illness Care in a Large Inflammatory Bowel Disease Cohort. *Inflamm Bowel Dis* 2013; 19:1428- 1433.
80. 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. *Health and quality of life outcomes*. 2012; 10:104.
81. Rick J RK, Hann M, et al. . Psychometric properties of the patient assessment of chronic illness care measure: acceptability, reliability and validity in United Kingdom patients with long-term conditions. *Health Services Research* 2012; 12:293-308.
82. Gökalp O MH. Uygunsuz ilaç kullanımı. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2003;10(2);17-20.

9. EKLER:

9.1. Anket formu

KRONİK HASTALIK BAKIMINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ(PACIC)

Sayın Katılımcı;

Bu anket çalışması Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Kronik Hastalığı Olan Bireylere ‘Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği(PACIC)’ni uygulayarak bireylerin aldıkları bakımı nasıl değerlendirdiklerini ve bakımı etkileyen faktörleri araştırmak amacıyla yapılmaktadır. Veriler tez çalışması için kullanılacak olup, anket 29 sorudan oluşmakta ve yaklaşık 7 dakika sürmektedir. Doğru sonuçlara ulaşılabilmesi açısından tüm soruların eksiksiz olarak cevaplanması büyük önem taşımaktadır. Size ait bilgilerin gizli kalacağını belirtir, katılımınız için teşekkür ederiz.

Dr. Serap DÖNMEZ AK

Bu anketin amacı ile ilgili olarak bilgilendirildiğimi, anketi uygulayan kişinin sorularına cevap verdiğini, araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi veya kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi, araştırma sonuçları hakkında araştırmacıdan telefon ve/veya e-posta ile bilgi alabileceğimi biliyorum.

Araştırmaya katılmayı,

Onaylıyorum (.....) Onaylamıyorum (.....)

1. Cinsiyetiniz nedir? a) Kadın
b) Erkek

2. Kaç yaşındasınız?

3. Medeni durumunuz nedir?
a) Evli b) Bekâr c) Boşanmış/dul

4.Eğitim durumunuz nedir?

- a) okur-yazar değil
- b) okur-yazar
- c) ilkokul-ortaokul
- d) lise
- e) üniversite
- f) yüksek lisans/doktora

5. Ailenizin gelir düzeyiniz nedir?

- a) 1350 lira altı
- b) 1350tl 4400 lira arası
- c) 4400 lira üzeri

6. Tanı almış olduğunuz kronik hastalığınız nedir?

- a) Hipertansiyon
- b) DiabetesMellitus
- c) Astım/KOAH
- d) Kronik kalp hastalıkları
- e) Tiroid hastalıklar
- f) Diğer.....

7. Var olan kronik hastalık süresi?.....

8. Kontrollerinizi düzenli yaptırıyor musunuz?

- a)evet
- b) hayır(cevabınız hayır ise nedenini işaretleyiniz:
 - Hastalığımı önemsemiyorum.
 - ne zaman kontrole gelmem gerektiğini hatırlamıyorum.
 - hastaneye ulaşım ile ilgili sıkıntılar yaşadığım için.
 - vakit bulamadığım için.
 - kendimi rahatsız hissetmediğim için gerek duymuyorum.
 - diğer.....

9. Mevcut kronik hastalığınızla ilgili olarak en son ne zaman muayene oldunuz?

- a) 3 aydan daha kısa bir süre önce
- b) 3-6 ay arasında
- c) 6-12 ay arasında
- d) 1yıldan uzun zaman önce

Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta formu(PACIC)

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

8. ÖZGEÇMİŞ

Adı: Serap

Soyadı: DÖNMEZ AK

Doğum tarihi ve Yeri: 04.10.1985 / Zonguldak

Eğitimi:

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Kliniği, Ankara (Kasım 2013 - ...)

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tokat (Eylül 2006 - Haziran 2012)

Konya Ereğli Anadolu Lisesi, Konya (Eylül 1999 - Haziran 2003)

Konya Ereğli Lisesi, Konya (Eylül 1996 – Haziran 1999)

Atatürk İlkokulu, Konya (Eylül 1991 - Haziran 1996)

Yabancı Dil: İngilizce