

Bölüm 2

KRONİK HASTALIK BAKIMININ HASTALAR TARAFINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ¹

Selva Ezgi AŞKAR²

Gülşah KUMAŞ³

GİRİŞ

Kronik hastalıklar fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik yönden bireylerin sağlığını bozan, uzun süre tedavi ve bakım gerektiren hastalıklardır (Türkmen, 2012; Tel Aydın, 2013). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2012 yılına ait verilerinde dünya genelinde meydana gelen erken ölümlerin (70 yaş altı ölümler) yarısından fazlasının Bulaşıcı Olmayan Hastalık (BOH) nedeni olduğu ve bu ölümlerin % 82'sinin dört ana BOH'dan (kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet) kaynaklandığı bildirilmektedir (WHO, 2014; WHO 2016). Bulaşıcı hastalıktan dolayı yıllık ölümlerin azalacağı tahmin ediliyor olsa da, BOH kaynaklı ölümlerin 2030'da 52 milyona yükseleceği tahmin edilmektedir (WHO, 2014).

Kronik hastalıklar belirli bir bakım ve tedavi yükünü de beraberinde getirmektedir (Yeşil, 2016). Ülkemizde sağlık bakım maliyet harcamalarının büyük bir kısmı kronik hastalık hizmetlerine harcanmaktadır. Sağlık harcamalarının, 2015 yılında %10,4 oranında artarak, 104 milyar 568 milyon TL'ye ulaştığı bildirilmektedir (TÜİK, 2015). Tedavi maliyeti yüksek olan (diyabet, kanser, kardiyovasküler hastalıklar ve kronik solunum yolu hastalıkları gibi) kronik hastalıklar özellikle yoksul ülkelerde hane bütçeleri üzerinde önemli bir yük yaratmaktadır (WHO, 2011; Yeşil, 2016).

Kronik hastalıklara bağlı ölümler; hastalığın neden olduğu komplikasyonlar ve hastalık yönetiminin etkin yapılamaması, planlanan hedeflere ulaşılamaması sonucu ortaya çıkmaktadır (Koşar & Besen, 2015). Etkili bir hastalık yönetimiyle hastalık semptomlarının, acil birimlere başvuruların ve hastane yatışlarının azal-

1 Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017.

1. Uluslararası Doğu Akdeniz Ebelik Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur (11- 14 Mayıs 2017, Adana)

2 Uzm. Hemş., Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, selvaezgiaskar@gmail.com

3 Dr. Öğr. Üyesi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, gulsahkumas@gmail.com

tılması, hastalığın neden olduğu fizyolojik ve psikolojik sorunların giderilmesi, bağımlılığın önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması sağlanabilmektedir (Haskett, 2006).

Kronik hastalıklarının önlenmesi ve yönetimi tüm sağlık ekibinin özellikle birinci basamakta çalışan hekimlerin, uzman hekimlerin ve hemşirelerin görevleri arasındadır (Durna, 2012). Hemşire, kronik hastalık bakımı sağlarken bireyin fiziksel, zihinsel, duygusal, sosyokültürel ve spiritüel yönden kendi kendine yapamadığı, yardım gerektiren gereksinimleri karşılamakta (Eğlence, 2016) ve sağlık bakımında bireylerin hastalıklarını yönetebilmeleri için yardımcı olmaktadır (Haskett, 2006).

Bu araştırma hastaların sağlık ekibinden aldıkları bakımı değerlendirmeleri ve bakımı etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Şekli ve Yeri

Kesitsel ve tanımlayıcı tipte yapılan bu araştırma, Adana il merkezinde bulunan Balcalı Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Genel Dahiliye Polikliniğine ayaktan tedavi için gelen hastalara uygulanmıştır. Veriler polikliniğin içerisinde bulunan bekleme salonunda yüzyüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Genel Dahiliye polikliniğinde ayaktan tedavi gören tüm hastalar oluşturmuştur. Güç analizi yapılarak %80 üzeri güç ile örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Araştırmaya 6 ay veya daha uzun süredir Hipertansiyon, Kolesterol ve Diyabet hastalıklarından en az birine sahip, herhangi bir işitme, görme ve zihinsel problemi bulunmayan, bilişsel yeterliliğe sahip, 18 yaş ve üzerindeki hastalar dahil edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

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

Kişisel Bilgi Formu

Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim ve çalışma durumu gibi sosyo-demografik özellikleri ve kronik hastalık tanısı, süresi, tanı yaşı, ilaç kullanımı, sağlık

eğitimi alma ve düzenli kontrole gitme durumu, beslenme alışkanlıkları gibi hastalığa ait özellikleri belirleyen sorular içermektedir.

Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği- Hasta Formu

Orjinal ismi Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) olan ölçek kronik bakım modeline dayalı olarak 2005 yılında Glasgow ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Glasgow & ark., 2005b). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği ise 2011 yılında İncirkuş ve Nahcivan tarafından yapılmıştır (İncirkuş & Nahcivan, 2011).

Ölçek, beş alt boyuttan ve 20 maddeden oluşan bir araçtır. Hastalar tarafından kronik hastalık bakımının değerlendirilmesini sağlayan, uygulanması kolay, kısa bir formdur. Ayrıca KHBDÖ'nün kronik hastalara sunulan bakımın kalitesi hakkında da bilgi verdiği belirtilmektedir (Glasgow & ark., 2005b; Aragonés & ark., 2008; İncirkuş & Nahcivan, 2011) .

KHBDÖ'nün alt boyutları; hasta katılımı (1-3. maddeler), karar verme desteği (4-6. maddeler), amaç belirleme/ rehberlik (7-11. maddeler), problem çözme (12-15 maddeler) ve izlem/ koordinasyondur (16-20. maddeler). Ölçeğin toplam puanı ve her bir alt boyutun ortalama puanı 5'li likert tipi bir derecelendirmeye ölçülür. Bunlar; 1=hiçbir zaman, 2=nadiren, 3=bazen, 4=çoğu zaman ve 5=her zaman'dır (min-max=1-5)13. Ölçek puanındaki artış, kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin yüksek ve kronik hastalık yönetiminin etkili olduğunu gösterir (İncirkuş & Nahcivan, 2011).

Ön Uygulama

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

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yürütülmesi için gerekli olan Etik Kurul izni Çukurova Üniversitesi Etik Kurulundan ve Kurum İzni Ç.Ü. Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi başhekimliğinden alınmıştır. Araştırmaya katılmak isteyen bireylerden yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Okuryazar olmayan ya da imza atmak istemeyen katılımcılardan sözlü onam alınmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 20) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Independent Sample t

(t tablo değeri), ANOVA, Tukey, Tamhane, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis H testleri ve Bonferroni Düzeltmesi; Ölçüm değerlerinin birbirleriyle ilişkisinin incelenmesinde ise Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

BULGULAR

Örneklemi oluşturan hastaların yaş ortalaması $57,84 \pm 11,70$ tür (min-max= 18-90). Örneklemenin %69,6'sının kadın, %33,1'inin 64 yaş ve üzerinde, %93,5'inin evli, %12,4'ünün herhangi bir işte çalıştığı, %96,8'inin sosyal güvencesi olduğu belirlenmiştir. Örneklemenin %91,2'si ekonomik durumlarının orta derecede, %26,3'ünün ilkökul mezunu olduğu, %23,5'inin okuryazar olmadığı saptanmıştır.

Hastaların %72,8'inin hipertansiyon, 18,9'unun diyabet, %8,2'sinin kolesterol hastalığına sahip olduğu belirlenmiştir. %29'u tanı yılının 1 yıl+1 gün- 5 yıl olduğunu, %76,5'inin bu kronik hastalığına eşlik eden başka kronik hastalığa/ hastalıklara da sahip olduğu saptanmıştır. Hastaların %65,6'nın kronik hastalık için kullandığı ilaçla ilgili bilgisi olduğu, %83,9'unun ilaçlarını düzenli kullandığı, %14,7'sinin tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullandığı saptanmıştır. Hastaların %87,6'ı sahip olduğu kronik hastalık/ hastalıklar nedeniyle son 1 yılda hiç hastaneye yatmadığını, %74,7'si ilaç kullanımı sırasında yardım almadığını belirtmiştir.

Örneklemi oluşturan hastaların %53'ünün hastalıklarıyla ilgili sağlık eğitimi aldığı belirlenmiştir. Hastaların sağlık eğitimini nereden aldıkları incelendiğinde %42,4'ünün hekimden, %36,7'sinin kitle iletişim araçlarından eğitim aldığı belirlenmiştir. Sadece 17 hasta (%10.8) hemşireden eğitim aldığını belirtmiştir. Örneklemenin %78,3'ünün düzenli doktor kontrolüne gittiği, %66,4'ünün diyetine uygun beslendiği, %14,7'sinin sigara kullandığı, 2 hastanın (%0,9) alkol tükettiği belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan 217 hastaya ait elde edilen ölçüm puanlarıyla hesaplanan kronik hastalık bakımı değerlendirme ölçeği toplam puan ortalamasının $2,43 \pm 0,64$ olduğu belirlenmiştir. En yüksek ortalamaya sahip alt boyutun "Karar Verme" olduğu, en düşük ortalamaya sahip alt boyutun "İzlem/ Koordinasyon" olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Çalışmaya dahil edilen hastaların ölçek maddelerine verdikleri yanıtların sayı ve yüzde dağılımları Tablo 2'de gösterilmiştir. Çizelge incelendiğinde; Hasta Katılımı alt boyutunda yer alan üç maddeye de katılımcıların çoğunluğu hiçbir zaman şeklinde yanıt vermişlerdir: "*Tedavi planım yapılırken görüşlerim alındı*" (%40.9); "*Tedavim konusunda karar vermem için başka seçenekler sunuldu*" (%58.2) ve "*İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi*" (%32.2).

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

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

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

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

Tablo 1. Ölçeğin Alt Boyutlarına Ait Bilgilerin İncelenmesi

N=217		X ± S.S	Min	Max
KHBDÖ toplam		2,43±0,64	1,20	3,35
KHBDÖ Alt Boyutları	Hasta Katılımı	2,45±1,14	1,00	5,00
	Karar Verme	2,97±0,95	1,00	5,00
	Amaç Belirleme	2,34±0,77	1,00	4,80
	Problem Çözme	2,51±0,76	1,00	4,75
	İzlem/Koordinasyon	2,14±0,77	1,00	4,60

Tablo 2. Hastaların KHBDDÖ'e Verdikleri Yanıtların Yüzde Dağılımı						
Son 6 ay içinde kronik hastalığımla ilgili bakım aldığımda ; Değişken (N=217)						
	Hiçbir Zaman N (%)	Nadiren N (%)	Bazen N (%)	Çoğu Zaman N (%)	Her Zaman N (%)	
HASTA KATILIMI	1. Tedavi planım yapılırken görüşlerim alındı.	89 (40,9)	21 (9,7)	36 (16,6)	52 (24,0)	19 (8,8)
	2. Tedavim konusunda karar vermen için başka seçenekler sunuldu.	126 (58,2)	30 (13,8)	17 (7,8)	27 (12,4)	17 (7,8)
	3. İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi.	70 (32,2)	26 (12,0)	23 (10,6)	61 (28,1)	37(17,1)
	4. Sağlığım için yapmam gerekenler yazılı olarak verildi.	103 (47,5)	22 (10,1)	50 (23,1)	27 (12,4)	15 (6,9)
KARAR VERME	5. Bakımımın iyi düzenlenmiş olmasından memnun kaldım.	17 (7,8)	16 (7,4)	52 (24,0)	42 (19,3)	90 (41,5)
	6. Kendi bakımımı sağlamak için yaptığım şeylerin sağlığımı nasıl etkileyeceği açıklandı.	63 (29,2)	27 (12,4)	32 (14,7)	55 (25,3)	40(18,4)
AMAÇ BELİRLEME	7. Kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu.	99 (45,6)	42 (19,4)	29 (13,4)	27 (12,4)	20 (9,2)
	8. Beslenme ya da egzersiz yapma davranışlarımı geliştirmem için yardım edildi.	77 (35,5)	34 (15,7)	45 (20,7)	30 (13,8)	31(14,3)
	9. Tedavi planımın bir kopyası/örneği bana verildi.	46 (21,2)	14 (6,5)	47 (21,7)	45 (20,7)	42(19,4)
	10. Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edildim.	181 (83,4)	17 (7,8)	12 (5,5)	4 (1,8)	3 (1,5)
	11. Sağlık alışkanlıklarımla ilgili sorular soruldu.	85 (39,2)	33 (15,2)	38 (17,5)	42 (19,4)	19 (8,7)

PROBLEM ÇÖZME	12. Doktorum ya da hemşiremin gerekli olan tedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim.	11 (5,1)	7 (3,2)	16 (7,4)	69 (31,8)	114 (52,5)
	13. Günlük yaşamımda uygulayabileceğim bir tedavi planı yapmam için yardım edildi.	96 (44,2)	41 (18,9)	42 (19,4)	31 (14,3)	7 (3,2)
	14. Zor zamanlarımda bile kendime bakabilmem için yapmam gerekenler konusunda yardım edildi.	124 (57,1)	42 (19,4)	23 (10,6)	18 (8,3)	9 (4,1)
	15. Hastalığının hayatımı nasıl etkilediği soruldu.	132 (60,8)	31 (14,3)	24 (11,1)	17 (7,8)	13 (6,0)
	16. Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı.	208 (95,9)	6 (2,8)	2 (0,9)	1 (0,4)	-
İZLEME / KOORDİNASYON	17. Hastalığım konusunda bana yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya teşvik edildim.	191 (88,0)	16 (7,4)	7 (3,2)	3 (1,4)	-
	18. Diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacım olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirildim.	99 (45,6)	27 (12,4)	24 (11,1)	31 (14,3)	36 (16,6)
	19. Diğer branşlardaki hekimlere gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı.	40 (18,4)	44 (20,3)	37 (17,1)	40 (18,4)	56 (25,8)
	20. Diğer hekimlerle yaptığım görüşmeler konusunda sorular soruldu.	56 (25,8)	44 (20,3)	36 (16,6)	32 (14,7)	49 (22,6)

Hastaların var olan hastalık ile KHBDO puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; Hastalarda var olan hastalık tanısına göre hasta katılımı, karar verme, amaç belirleme, problem çözme, izlem/ koordinasyon alt boyutları ve genel puan açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür (Tablo 3).

Tablo 3. Var Olan Hastalık Tanıları ile KHBDO'den Alınan Toplam Puan ve Alt Boyut Puan ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi				
Değişken (N=217)	Var Olan Hastalık			İstatistiksel Analiz ve Olasılık
	HT	DM	Kolesterol	
N	158	41	18	
Hasta Katılımı	2,3 [1,0-5,0]	2,0 [1,0-5,0]	2,5 [1,0-4,7]	$\chi^2=1,084$ p=0,582
Karar Verme	3,0 [1,0-5,0]	3,0 [1,0-5,0]	2,8 [1,3-4,3]	$\chi^2=0,039$ p=0,981
Amaç Belirleme	2,3 [1,0-4,8]	2,2 [1,0-4,0]	2,2 [1,2-3,6]	$\chi^2=1,273$ p=0,529
Problem Çözme	2,5 [1,0-4,8]	2,3 [1,0-4,5]	2,5 [1,0-3,5]	$\chi^2=1,541$ p=0,463
İzlem/ Koordinasyon	2,0 [1,0-4,6]	2,4 [1,0-3,6]	2,0 [1,0-4,0]	$\chi^2=2,054$ p=0,358
Toplam Puan	2,45±0,65	2,39±0,63	2,43±0,60	F=1,068 p=0,370

Çalışmaya dahil olan hastaların cinsiyetlerine, mesleklerine, çalışma durumlarına, sosyal güvenceye sahip olma durumlarına göre kronik hastalık bakımı değerlendirme ölçeğinden almış oldukları puanlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Erkeklerin kadınlardan, emekli ve serbest meslekte çalışanların ev hanımlarından, çalışanların çalışmayanlardan, sosyal güvencesi olanların olmayanlardan daha çok memnun olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Ayrıca hastalıklarıyla ilgili sağlık eğitimi alanların eğitim almayana göre (p=0,001), düzenli olarak doktor kontrolüne gidenlerin gitmeyenlere göre (p=0,001) kronik hastalık bakımından daha memnun olduğu tespit edilmiştir.

TARTIŞMA

Çalışma grubumuzun KHBDO'den aldıkları toplam puan ortalaması 2,43±0,64 olarak tespit edilmiştir. Başka bir deyişle kronik hastalığı olan bireyler aldıkları bakımdan hiçbir zaman ya da nadiren memnun kaldıklarını ifade etmişlerdir.

Literatür bilgileri incelendiğinde KHBDÖ'nün yurt dışında ve ülkemizde farklı kronik hastalıklarda kullanıldığı görülmektedir. Çalışmamızda hastaların var olan hastalıklarına göre memnuniyet puan ortalamaları sırasıyla; HT hastalarının $2,45 \pm 0,65$, DM hastalarının $2,39 \pm 0,63$ ve Kolesterol hastalarının $2,43 \pm 0,60$ bulunmuştur. Rosemann ve ark.'nın Almanya'da yaptığı, osteoartrit ve buna eşlik eden kronik hastalıkları olan hastaların bakımı değerlendirdikleri çalışmada eşlik eden hastalık tanısına göre memnuniyet puan ortalamaları DM'li hastalarda 2.73; koroner kalp hastalığı olanlarda 2.49; astım/KOAH hastalarında 2.44; HT hastalarında 2.43 ve depresyon hastalarında 2.26 olduğu saptanmıştır (Rosemann & ark., 2007). Hollanda'da ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması KOAH veya DM hastalıklarından birine sahip hastalarla yapılmış, çalışma sonucunda kronik bakım memnuniyeti DM hastalarında 3.2 ± 1.0 ve KOAH hastalarında 2.3 ± 0.8 bulunmuştur (Wensing & ark., 2008). Görüldüğü gibi her iki çalışmada da DM'li hastalar bakımlarından, hem araştırmalarda yer alan diğer kronik hastalığı olan bireylerden hem de bizim çalışmamızda yer alan diyabet hastalarından daha memnun kalmışlardır (Rosemann & ark., 2007; Wensing & ark., 2008).

Ülkemizde de bu konuda yapılan az sayıda araştırma mevcuttur. KHBDÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında en çok HT ve DM olmak üzere farklı kronik hastalığı olan bireyler yer almıştır. Araştırma sonucunda hastaların memnuniyet puan ortalaması 2.54 ± 0.94 bulunmuştur (İncirkuş, 2010). 2013'te Kaya ve ark. tarafından yapılan ve değişik kronik hastalıkları kapsayan çalışma sonucunda ise hastaların memnuniyet düzeyinin $2,44 \pm 0,74$ (Kaya Apaydın & Akman, 2013); KOAH'lı hastalar ile yapılan bir araştırma sonucunda hastaların kronik hastalık bakım yönetimlerinden memnuniyet puan ortalaması (1.69 ± 0.37) (Üstünova & Nahcivan 2015); örneklemin %30'u kanser ve solunum sistemi hastalıklarına sahip olanlardan oluşan bir araştırmada memnuniyet ortalaması 2.54 ± 0.5 (Karabulutlu Yılmaz, Atman & Yağcı, 2015); yakın zamanda yapılan ve farklı kronik hastalıkları kapsayan bir başka çalışmada ise KHBDÖ toplam puan ortalaması 2.81 bulunmuştur (Dede & ark., 2016). Araştırmamız sonucunda elde ettiğimiz kronik bakım memnuniyet puanı literatür bilgilerini destekler niteliktedir (İncirkuş, 2010; Kaya Apaydın & Akman, 2013; Karabulutlu Yılmaz, Atman & Yağcı, 2015; Dede & ark., 2016).

Çalışmamızda alt ölçekler arasındaki sıralama en yüksekte düşüğe; karar verme ($2,97 \pm 0,95$), problem çözme ($2,51 \pm 0,76$), hasta katılımı ($2,45 \pm 1,14$), amaç belirleme ($2,34 \pm 0,77$) ve izlem/ koordinasyon ($2,14 \pm 0,77$) şeklindedir. Çalışma verlerimize göre alt ölçek puan sıralaması, Türkiye'de yapılan iki çalışma (İncirkuş, 2010; Kaya Apaydın & Akman, 2013) , Amerika'da yapılan bir çalışma (Jackson & ark., 2008) sonuçları ile aynı çıkmıştır. Yapılan bir çok çalışmada

en düşük puanı izlem/ koordinasyon alt ölçeği almıştır (Glasgow & ark., 2005b; Rosemann & ark., 2007; Schmittiel & ark., 2007; Aragones & ark., 2008; İncirkuş, 2010; Gensichen & ark., 2011; Ludt & ark., 2012; Üstünova, 2013; Cramm & Neiboer, 2015). Bu sonuçlar kronik hastalık tedavilerinin planlanmasından sonra hastaların izlemelerine yönelik sağlık sistemindeki yetersizliğin hem ülkeyimizde hem de yurt dışında ne kadar fazla olduğunu göstermektedir.

Alt boyutların birbirleriyle ve toplam KHBDO puanı ile ilişkilerinin incelenmesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Toplam puanı yüksek derecede, pozitif yönlü etkileyen alt boyutlar amaç belirleme ($r=0.814$), problem çözme ($r=0.768$) ve karar vermedir ($r=0.763$). İzlem/ koordinasyon ($r=0.693$) ve hasta katılımı ($r=0.630$) alt boyutları toplam puanı orta derecede ve pozitif yönlü etkilemektedir. Diğer bir ifade ile kronik bakımı oluşturan herhangi bir alt boyut puanının artması hasta memnuniyetinin de artmasını sağlar. Literatürde alt boyutların birbirleriyle ve toplam puanla ilişkilerini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Literatürde yer alan bazı çalışmalarda yaş (Glasgow & ark., 2005b; Rosemann & ark., 2007; İncirkuş, 2010; Karabulutlu Yılmaz, Atman & Yağcı, 2015), cinsiyet (Glasgow & ark., 2005b; Rosemann & ark., 2007), medeni durum (Rosemann & ark., 2007; Dede & ark., 2016), eğitim (Rosemann & ark., 2007; Schmittiel & ark., 2007; Jackson & ark., 2008; İncirkuş, 2010; Taggart & ark., 2011; Üstünova & Nahcivan, 2015; Karabulutlu Yılmaz, Atman & Yağcı, 2015) ve çalışma durumu (İncirkuş, 2010; Taggart & ark., 2011) ile KHBDO skorları için gruplar arasında anlamlı farklılık görülmüştür. Bu özelliklerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı çalışmalar da mevcuttur: yaş (Glasgow & ark., 2005a; Aragones & ark., 2008; Gensichen & ark., 2011; Taggart & ark., 2011; Kaya Apaydın & Akman, 2013; Üstünova & Nahcivan, 2015), cinsiyet (Glasgow & ark., 2005a; İncirkuş, 2010; Gensichen & ark., 2011; Üstünova & Nahcivan, 2015; Karabulutlu Yılmaz, Atman & Yağcı, 2015), medeni durum (İncirkuş, 2010; Üstünova & Nahcivan, 2015; Karabulutlu Yılmaz, Atman & Yağcı, 2015) ve eğitim (Glasgow & ark., 2005a, 2005b; Aragones & ark., 2008; Gensichen & ark., 2011; Kaya Apaydın & Akman, 2013; Randell & ark., 2013; Cramm & Nieboer, 2015) ve çalışma durumu (Üstünova & Nahcivan, 2015). Çalışmamızda, yaş, medeni durum, ekonomik durum, beraber yaşanan kişi ile kronik bakım memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Hastalık bilgileri ve bakım memnuniyeti arasındaki ilişki incelendiğinde kronik hastalık tanısı, tanı yılı, eşlik eden hastalık/ hastalıklar, beslenme alışkanlıkları, sigara içme durumu, ilaç kullanımı, kullanılan ilaç sayısı, ilaçları düzenli kullanma durumu, tamamlayıcı ve alternatif yöntem kullanma durumu ile kronik bakım memnuniyeti arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmamıza katılan hastaların sağlık eğitimi alma durumları açısından KHBDÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sağlık eğitimi alanların KHBDÖ skorları, eğitim almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. İncirkuş'un (2010) ve Üstünova'nın (2013) çalışmalarında da benzer sonuçlar tespit edilmiştir. Ayrıca bu iki çalışmada ortak olarak bilgi kaynağı hemşire olanların bakım memnuniyeti yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise sağlık eğitimi alanların bilgi kaynağı incelendiğinde %42.4'ü hekimden, %36.7'si kitle iletişim araçların'dan, %10.8'i ise hemşireden eğitim aldığını ifade etmiştir.

Çalışma sonuçlarımıza göre hemşirelerin sağlık eğitimi verme konusunda geri planda kaldığını ve hemşirelerin bu konuda daha aktif olmaları gerektiğini söyleyebiliriz.

Çalışmamızda düzenli doktor kontrolüne giden hastaların bakım memnuniyeti, düzenli doktor kontrolüne gitmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Ludt ve ark.'nın (2012) yaptığı çalışmada da benzer şekilde doktora sık başvuranlar ile KHBDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Bunun aksine Kaya Apaydın ve Akman'ın (2013) çalışmasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

SONUÇ

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

KAYNAKÇA

- Aragones, A., Schaefer, E. W., Stevens, D., Gourevitch, M. N., Glasgow R. E., & Shah N. R. (2008). Validation of the spanish translation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) Survey. *Preventing Chronic Disease*, 5(4), A113.
- Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2015). Chronically ill patients' self-management abilities to maintain overall well-being: what is needed to take the next step in the primary care setting?. *BMC Family Practice*, 16, 123. Doi: 10.1186/s12875-015-0340-8
- Dede, B., Sarı, M., Gürsul, A., Hanedar, A., Gadis, A., Görgülü, B., ... Eser E. (2016). Kronik hastalığı nedeniyle ayaktan izlenen hastaların aldıkları sağlık hizmetlerinin niteliğini etkileyen değişkenler *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3), 238-247.

Doi: 10.5455/pmb.1-1450185478

- Durna, Z. (2012). Kronik hastalıklar ve önemi. Z. Durna (ed.), *Kronik Hastalıklar ve Bakım* (s. 1-8). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Eğlence, R. (2016). Kronik hastalıklar ve spiritüel bakım. N. Ovacolu, & Ö. Ovacolu (ed.), *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar* (s. 687-696). Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.
- Gensichen, J., Serras, A., Paulitsch, M. A., Rosemann, T., König, J., Gerlach, F. M., ... Petersen, J. J. (2011). The patient assessment of chronic illness care questionnaire: evaluation in patients with mental disorders in primary care. *Community Ment Health Journal*, 47, 447-453. Doi: 10.1007/s10597-010-9340-2
- Glasgow, R. E., Nelson, C. C., Whitesides, H., & King, D. K. (2005a). Use of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) with diabetic patents. *Diabetes Care*, 28, 2655-2661. Doi: 10.2337/diacare.28.11.2655
- Glasgow, R. E., Wagner, E. H., Schaefer, J., Mahoney, L. D., Reid, R. J., & Greene, S. M. (2005b). Development and validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC). *Medical Care*, 43(5), 436-444. Doi: 10.1097/01.mlr.0000160375.47920.8c
- Haskett, T. (2006). Chronic illness management: changing the system. *Home Health Care Management & Practice*, 18(6), 492-494. Doi: 10.1177/1084822306289988
- İncirkuş, K., & Nahcivan, N. (2011). Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği-hasta formu'nun türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(1), 102-109.
- İncirkuş, K. (2010). Kronik hastalık bakımını değerlendirme aracı'nın geçerlik ve güvenilirliği. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Turkey.
- Jackson, G. L., Weinberger, M., Hamilton, N. S., & Edelman, D. (2008). Racial/ethnic and educational-level differences in diabetes care experiences in primary care. *Primary Care Diabetes*, 2, 39-44. Doi: 10.1016/j.pcd.2007.11.002
- Karabulutlu Yılmaz, E., Atman, R., & Yağcı, S. (2015). Kronik hastalığı olan bireyle-re verilen bakımın değerlendirilmesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(1), 16-30.
- Kaya Apaydın, Ç., & Akman, M. (2013). Kronik hastalık bakımının hasta perspektifinden değerlendirilmesi. *Turkish Family Physician*, 4(3), 1-9.
- Koşar, C., & Besen, D. (2015). Kronik hastalıklarda hasta aktifliği: kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(1), 45-51.
- Ludt, S., Lieshout, J., Campbell, S. M., Rochon, J., Wensing, M., Freund, T., ... Szecsenyi, J. (2012). Identifying factors associated with experiences of coronary heart disease patients receiving structured chronic care and counselling in european primary care. *BMC Health Services Research*, 12, 221. Doi: 10.1186/1472-6963-12-221
- Randell, R. L., Long, M. D., Martin, C. F., Sandler, R. S., Chen, W., Anton, K., & Kappelman, M. D. (2013). Patient perception of chronic illness care in a large inflammatory bowel disease cohort. *Inflammatory Bowel Diseases*, 19(7), 1428-1433. Doi: 10.1097/MIB.0b013e3182813434
- Rosemann, T., Laux, M. D., Droeemeyer, S., Gensichen, J., & Szecsenyi, J. (2007). Evaluation of a culturally adapted german version of the patient assessment of chronic illness care (PACIC 5a) questionnaire in a sample of osteoarthritis patients. *Journal Of Evaluation In Clinical Practice*, 13, 806-813. Doi: 10.1111/j.1365-2753.2007.00786.x
- Schmittiel, J., Mosen, D. M., Glasgow, R. E., Hibbard, J., Remmers, C., & Bellows, J.

- (2008). Patient assessment of chronic illness care (PACIC) and improved patient-centered outcomes for chronic conditions. *Journal of General Internal Medicine*, 23(1), 77–80. Doi: 10.1007/s11606-007-0452-5
- Taggart, J., Chan, B., Jayasinghe, U. W., Christl, B., Proudfoot, J., Crookes P., ... Harris, M. F. (2011). Patients assessment of chronic illness care (PACIC) in two australian studies: structure and utility. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 215-221. Doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01423.x
- Tel Aydın, H. (2013). Önemli bir sağlık sorunu-etkili bir yaklaşım: kronik hastalıklar-sağlığı geliştirme. *Sağlıkla Hemşirelik Dergisi*, 6, 12-14.
- TÜİK (2016). *Sağlık harcamaları istatistikleri- 2015* (27/08/2016 tarihinde <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21527> adresinden ulaşılmıştır.)
- Türkmen, E. (2012). Kronik hastalıklar ve önemi. Z. Durna, (ed.) *Kronik Hastalıklar ve Bakım* (s. 37-50). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Üstünoğlu, E. (2013). Toplumda yaşayan koah'lı hastaların kronik bakım yönetimi ve ilişkili faktörler Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- Üstünoğlu, E., & Nahcıvan, N. (2015). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin kronik hastalık yönetimine ilişkin değerlendirmeleri ve ilişkili faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 11-22. Doi: 10.17672/fnhd.44449
- Wensing, M., Lieshout, J., Jung, H. P., Hermesen, J., & Rosemann, T. (2008). The patients assessment chronic illness care (PACIC) questionnaire in the netherlands: a validation study in rural general practice. *BMC Health Services Research*, 8, 182. Doi: 10.1186/1472-6963-8-182
- WHO. (2014). Global status report on noncommunicable diseases. World Health Organization, Geneva. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>
- WHO. (2011). World health statistics 2011 (pdf). World Health Organization. http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf?ua=1
- WHO. (2016). World health statistics 2016: monitoring health for the sdgs, sustainable development goals. World Health Organization, Geneva. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/
- Yeşil, P. (2016). Kronik hastalıkların ekonomik yükü. N. Ovayolu, & Ö. Ovayolu, (ed). *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar* (s. 645-653). Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.