



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLİĞİNDE KRONİK HASTA
YÖNETİMİ: PACIC (THE PATIENT
ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS CARE)
ÖLÇEĞİNİ MODİFİYE ETME VE ÖLÇEĞİN
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. HANDAN ÖZDEMİR**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Okay BAŞAK**

AYDIN – 2016

**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**AİLE HEKİMLİĞİNDE KRONİK HASTA
YÖNETİMİ: PACIC (THE PATIENT
ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS CARE)
ÖLÇEĞİNİ MODİFİYE ETME VE ÖLÇEĞİN
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. HANDAN ÖZDEMİR**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Okay BAŞAK**

Bu araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi Birimi tarafından TPF-
15021 numaralı proje olarak desteklenmiştir

AYDIN – 2016

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimimin ilk gününden beri bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, tez çalışmam süresince beni en iyi şekilde yönlendiren değerli hocam Prof.Dr. Okay Başak’a, eğitim sürecime büyük katkılarından dolayı değerli hocalarım Prof.Dr. Serpil Demirağ, Prof.Dr. Güzel Dişcigil ve Prof.Dr. Ayfer Gemalmaz’a;

Asistanlık sürecinde her zaman yanımda olan, desteğini her an hissettiğim can dostum Uzm.Dr. Mavişe Esra Ünüvar’a;

Tez sürecinde ve asistanlık sürecinde destek ve yardımlarından dolayı asistan arkadaşlarım Dr. Ahmet Ünal, Dr. Yunus Gürel, Dr. Ali Ömer Koçak, Dr. Şirvan Hande Erdoğan, Dr. Muhammed Ateş ve diğer tüm asistan arkadaşlarıma ve çalışma arkadaşlarıma,

Her daim hayatımı değerli kılan, varlıklarıyla güç bulduğum, evlatları olmaktan gurur duyduğum canım aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Handan ÖZDEMİR

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
KISALTMALAR	iv
TABLolar DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vi
EKLER DİZİNİ.....	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Kronik Hastalık Tanımı ve Epidemiyolojisi	3
2.2. Türkiye’de Kronik Hastalıkların Önlenmesine Ait Müdahaleler.....	5
2.3. Kronik Hastalık Yönetimi	6
2.3. a Kronik Hastalık Yönetiminde Aile Hekimliğinin Yeri	7
2.4. Kronik Hastalık Bakım Modeli	7
2.5. Genişletilmiş Kronik Bakım Modeli	11
2.6. Yenilikçi Kronik Bakım Modeli	12
2.7. Kronik Hasta Bakımı.....	13
2.7.a.Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği	14
2.7.b. Assessment of ChronicIllnessCare (ACIC).....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
4. BULGULAR	20
5. TARTIŞMA	40
5.1. Demografik Özellikler	40
5.2. Kronik Hasta Bakımının Değerlendirilmesi.....	43
5.3. Türkçe Modifiye PACIC Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması	45
6. SONUÇ	48
ÖZET.....	49
ABSTRACT	51

KAYNAKLAR.....	53
EKLER.....	60

KISALTMALAR

DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü.
DALY	:Ulusal sakatlığa uyarlanmış yaşam yılları
KOAH	:Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
PACIC	:The Patient Assessment of Chronic Illness Care
TURDEP	:II: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması 2
TKrHRF	:Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması
Patent1	:Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması 1
Patent2	:Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması 2
ACIC	:Assessment of Chronic Illness Care
DM	:Diyabetes mellitus
KAH	:Koroner arter hastalığı
KBY	:Kronik böbrek yetmezliği
SVO	:Serebrovasküler olay
PDH	:Periferik damar hastalığı

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı	20
Tablo 2. Katılımcıların ekonomik durumlarına ilişkin algılarının cinsiyete göre dağılımı*	21
Tablo 3. Katılımcıların sigara kullanma özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı	21
Tablo 4. Katılımcıların sağlık durumlarına ilişkin algılarının cinsiyete göre dağılımı*	22
Tablo 5. Katılımcılarda var olan kronik hastalıkların cinsiyete göre dağılımı	23
Tablo 6. Bakım değerlendirme yapılan başlıca kronik hastalıkların cinsiyete göre dağılımı, s=500	24
Tablo 7. Katılımcıların bakım değerlendirme yaptıkları başlıca kronik hastalıklarının var oluş sürelerine ilişkin tanımlayıcı istatistik verileri, s=500	25
Tablo 8. Katılımcıların başlıca kronik hastalıkları için önerilen ilaçları kullanma özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı*	26
Tablo 9. Katılımcıların son altı ay içinde sağlık hizmeti kullanma özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı	27
Tablo 10. Katılımcıların son altı ay içinde doktora ve acil servise başvuru ile hastaneye yatış sayılarına ilişkin tanımlayıcı istatistik verileri	27
Tablo 11. Katılımcılara yapılan yaşam tarzı değişikliği önerilerinin cinsiyete göre dağılımı, s=500	28
Tablo 12. Taslak ölçek maddelerinde yapılan düzenlemeler ve hesaplanan kapsam geçerlik oranları	29
Tablo 13. Son şeklini alan Türkçe Modifiye PACIC Ölçeğin kapsam geçerliği özellikleri	30
Tablo 14. Ölçeğin madde puanları ve madde toplam puan korelasyonları	32
Tablo 15. Ölçeğin ve alt boyutlarının güvenilirlik verileri	33
Tablo 16. Ölçeğin açıklayıcı faktör analizi sonuçları*	34
Tablo 17. Ölçeğin toplam madde puan istatistikleri	34
Tablo 18. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre ölçek toplam madde puanlarının karşılaştırılması, s=500	37
Tablo 19. Katılımcıların bazı hastalık ve sağlık hizmeti kullanma özelliklerine göre ölçek toplam madde puanlarının karşılaştırılması, s=500	38
Tablo 20. Yedi bağımsız değişkenli doğrusal regresyon modeli*, s=364	39

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Kronik Bakım Modeli (32)	9
---	---

EKLER DİZİNİ

Ek-1: Veri toplama formu.....	60
Ek-2: PACIC Türkçe Versiyon.....	64
Ek 3: Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)	67
Ek 4: PACIC'in Araştırmada Kullanım İzni	69
Ek-5: Etik Kurul Onayı.....	70
Ek-6: Valilik İzni	71

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre kronik hastalıklar, yıllar boyunca devam eden, sürekli yönetim gerektiren sağlık durumları olarak tanımlanmaktadır (1). Toplumların giderek yaşlanması, tıbbi bilimlerin ve teknolojinin hızla ilerlemesi nedeniyle kronik hastalıklarının sıklığı ve önemi dünya çapında giderek artmaktadır (2). Kalp ve damar hastalıkları, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet günümüzde tüm toplumları etkileyen başlıca bulaşıcı olmayan kronik hastalıkları oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2014 Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Küresel Durum Raporu'na göre, dünyadaki ölümlerin (2012) yaklaşık %68'inin nedeni bulaşıcı olmayan kronik hastalıklardır. Bunların büyük kısmı (%78) orta ve düşük gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. 2012 yılında bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin başlıca nedenleri; kardiyovasküler hastalıklar (17,5 milyon ölüm; %46), kanserler (8,2 milyon ölüm; %21), astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) gibi solunum yolu hastalıkları (4 milyon ölüm; %10,7) ve diyabet (1,5 milyon ölüm, %4) (3).

Türkiye'de 2004 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan Hastalık Yüğü Çalışmasında; ulusal düzeyde temel hastalık gruplarına göre ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklar (serebrovasküler hastalıklar dahil) %48'lik oran ile birinci sıradayken, onu %13 ile kanserler izlemektedir. Hastalığın neden olduğu mortalite ve morbidite birlikte değerlendirildiğinde, Türkiye'de ulusal düzeyde sakatlığa uyarlanmış yaşam yılı kaybına (DALY) neden olan ilk 10 hastalık arasında ikinci sırayı iskemik kalp hastalıkları (%8), üçüncü sırayı ise serebrovasküler hastalıklar (%6) almaktadır. Temel hastalık grupları sınıflandırmasına göre ise bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar % 64 ile toplam DALY kayıplarının en büyük kısmını oluşturmaktadır (4).

Tüm poliklinik başvurularının %79'u kronik bir hastalık nedeniyle yapılmaktadır (2). Bu da, aile hekimliği pratiğinin önemli bir bölümünü kronik hastalıklara yönelik koruma, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinin oluşturacağını göstermektedir. Sağlık hizmeti sunumu birinci basmakta geliştirilerek kronik hastalıklarla etkin mücadele edildiğinde mortalite ve morbidite oranlarının da düşeceği bildirilmektedir (5).

Kronik hastalıklar, kişiye ve topluma ekonomik ve sosyal yükü fazla olan hastalıklar olduğundan bu hastalıkların kontrolüne yönelik sağlık politikalarına ve etkin girişimlere gereksinim vardır. Kronik hastalık yönetimi için çeşitli modeller ileri

sürülmesine rağmen en çok kullanılan, en iyi bilinen ve en etkili bulunanı Kronik Bakım Modelidir. Model, birinci basamak hekimlerine iki önemli noktada yardımcı olabilir. Bunlar; yüksek kalitede kronik hastalık bakımının olmazsa olmaz bileşenlerinin farkına varılması ve kendi kliniklerinde gerçekleştirmek istedikleri sistem değişiklikleri için rehberlik etmesidir (5,6).

Model altı bileşenden oluşur; toplumsal kaynaklar ve politikalar, sağlık sisteminin organizasyonu, kendi kendine bakım desteği, hizmet sunum şekli, karar desteği ve klinik bilgi sistemleri (6). Kronik bakım modelinin temel altı ögesi doğrultusunda oluşturulan The Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) ölçeği, 20 maddeden ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar sırasıyla; hasta katılımı (patient activation), sağlık hizmetleri sunum planı\karar verme desteği (delivery system design\decision support), amaç belirleme\rehberlik (goal setting\tailoring), problem çözme (problem solving) ve izlem\koordinasyondur (follow-up\coordination) (7).

Bu ölçeğin 2011 yılında İncirkuş ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Fakat bu çalışmanın hastane temelli olması ve çalışma grubunun daha çok hipertansiyon ve diyabetli hastalardan oluşması gibi sınırlılıkları vardır (8). Ayrıca mevcut ölçeğin bizim toplumumuzun sosyokültürel yapısına ve sağlık sistemi örgütlenmemize uyum göstermede ve ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan Türkçe çevirisinin kolay anlaşılmasında sıkıntılar olduğunu düşünmekteyiz. Bu nedenle PACIC ölçeğinin, birinci basamakta kronik hasta yönetimini hasta bakışından değerlendirmeye yönelik olarak modifiye edilmesine gereksinim vardır.

Bu çalışma ile kronik hasta bakımını hasta perspektifinden değerlendiren PACIC ölçeğinin toplumumuzun sosyokültürel özelliklerine ve ülkemiz sağlık sisteminin birinci basamak örgütlenmesine özgü olarak modifiye edilmesi ve oluşturulan Türkçe Modifiye PACIC Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliğinin çalışılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Hastalık Tanımı ve Epidemiyolojisi

Toplumların giderek yaşlanması, tıbbi bilimlerin ve teknolojinin hızla ilerlemesi nedeniyle kronik hastalıkların sıklığı dünya çapında giderek artmaktadır (2). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre kronik durumlar, yıllar boyunca devam eden, sürekli yönetim gerektiren sağlık durumları olarak tanımlanmaktadır (1). Başka bir tanımlamaya göre en az 6 aydır süren, rekürrenslerle veya kötüleşmelerle seyreden, kötü prognoza sahip, kişinin yaşam kalitesini etkileyebilecek sonuçlar veya sekeller ortaya çıkarabilen hastalıklardır (9). Kronik hastalıklar sınıflaması içine persistan bulaşıcı hastalıklar (tüberküloz ve AIDS gibi), bulaşıcı olmayan hastalıklar (kardiovasküler hastalıklar, kanser, diyabet, kronik obstruktif akciğer hastalıkları ve astım gibi), uzun süreli ruhsal bozukluklar (depresyon ve şizofreni gibi), devam etmekte olan fiziksel ve yapısal bozukluklar girmektedir. Bu hastalıkların ortak özelliği kişinin yaşamını sosyal, psikolojik ve ekonomik yönden etkilemesi, aile öyküsü ve genetik özellik gibi değiştirilemez etkenlerin dışında çoğunun altta yatan nedeninin önlenabilir risk faktörlerine bağlı olmasıdır. En önemli risk faktörleri ise tütün kullanımı, zararlı alkol tüketimi, sağlıksız beslenme ve fiziksel inaktivitedir. Nedeni ne olursa olsun kronik hastalıklar yaşam tarzı değişikliği ve uzun süreli sağlık bakım yönetimi ve izlem gerektirmekte; kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetimindeki eksikliklerden dolayı fiziksel engellilikler gelişebilmektedir (10, 11).

Hollanda'da birinci basamakta yapılan bir çalışmada 1985 yılından 2005 yılına kadar kronik hastalık prevelansının iki katına çıktığı görülmektedir. Kadın cinsiyet, düşük sosyoekonomik düzey ve ileri yaş ile kronik hastalık arasında bir ilişki bulunmuştur (12). Amerika'da yapılan bir çalışmada popülasyonun yarısından fazlasında kronik hastalık mevcut olduğu, %28'inde ise iki ve daha fazla kronik hastalık olduğu tespit edilmiştir. Poliklinik başvurularının %79'u, toplam sağlık harcamalarının %84'ü kronik hastalıklar nedeniyle yapılmaktadır (2). Birinci basamakta, stabil seyreden ve kontrol altında olan kronik hastalıklar için yılda 826 saat (günde 3,5 saat) gerekirken, kontrol altına olmayan kronik hastalıklar için yılda 2484 saat (günde 10,6 saat) gerekmektedir (13).

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

%82'si dört ana bulaşıcı olmayan kronik hastalık nedeniyledir. Bu hastalıklar; kardiyovasküler hastalık, kanser, kronik solunum sistemi hastalıkları ve diyabettir. Bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara bağlı ölümlerin 17,5 milyonu (%46,2) kardiyovasküler hastalıklar, 8,2 milyonu (%21,7) kanserler, 4 milyonu (%10,7) KOAH ve astımın dahil olduğu solunum yolu hastalıkları ve 1,5 milyonu (%4) diyabet nedeni ile gerçekleşmiştir. Bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara bağlı ölümlerin yaklaşık %42'si (16 milyon ölüm) prematür ölümlere (70 yaş altı) sebep olmaktadır. Düşük-orta gelişmişlik düzeyinde olan ülkelerde bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara bağlı ölümlerin %48'i, yüksek gelişmişlik düzeyinde olan ülkelere ise bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara bağlı ölümlerin %28'i 70 yaş altında görülmektedir. Bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara bağlı ölümlerin %75'i (28 milyon) ve prematür ölümlerin %82'si tahmin edilenin aksine düşük ve orta düzeyde gelişmiş olan ülkelere gerçekleşmektedir (3). İskoçya'da yapılan bir çalışmada gelişmişlik düzeyi düşük bölgelerde yaşayan kişilerde multimorbidite ortaya çıkma yaşının 10-15 yıl daha erken olduğu görülmüştür (14).

2004 yılında yapılan Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması'na göre ulusal ölüm nedenleri arasında ilk sırayı % 21,7'lik oranla iskemik kalp hastalığı almakta, ikinci sırada %15'lik oranla serebrovasküler hastalıklar ve üçüncü sırada % 5,8'lik oranla KOAH bulunmaktadır. Ulusal sakatlığa uyarlanmış yaşam yıllarına (DALY) sebep olan hastalıklara baktığımızda ikinci sırada iskemik kalp hastalıkları (%8) ve üçüncü sırada serebrovasküler hastalıklar (%5,9) yer almaktadır (4). DSÖ verilerine göre Türkiye'de 2012 yılındaki ölümlerin % 47'si kardiyovasküler hastalık, % 22'si kanserler, %8'si kronik respiratuar hastalıklar, %2'si de diyabet nedeni iledir. Totalde baktığımızda tüm ölümlerin % 86 'sı bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar nedeni ile gerçekleşmiştir (15).

Hipertansiyon kardiyovasküler hastalıklar içinde en yaygın görülen sorundur. 2010 yılında yapılan Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması'na (TURDEP II) göre hipertansiyon prevelansı % 25,6 bulunmuştur (16). 2011 yılında 15 yaş üzeri nüfusta yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması 'nda (TKrHRF) hipertansiyon prevelansı %24'tür (17). 2003 ve 2012 yıllarında yapılan Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması 1 (PatenT1) ve Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması 2 (PatenT2) verilerini karşılaştırdığımızda PatenT1 çalışmasında ülkemizde 18 yaş üzeri erişkin nüfusta hipertansiyon görülme sıklığı %31.8 iken, PatenT2'de bu oran %30,3'tür. Hipertansiyon farkındalık oranları ise PatenNT 1'de %40 iken, PatenT2'de % 54,7 olduğu dikkat çekmektedir(18). Diyabet prevelansı ise

TURDEP 2 çalışmasına göre %13,6, TKrHRF çalışmasına göre ise %11,1 bulunmuştur (16,19).

KOAH prevelansı ise Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması'nda %10,2, Uluslararası KOAH prevelansı çalışmalarından Obstrüktif Akciğer Hastalığı Yüğü Çalışmasının (Burden of Obstructive Lung Disease, BOLD) Türkiye merkezi olan Adana'da 2004 yılında elde edilen 40 yaş üstü KOAH prevelansı % 19,1 bulunmuştur. 2011 yılında yapılan TKrHRF çalışmasında solunum fonksiyon testi sonuçlarına göre KOAH prevelansı %5,3, doktor tanısına göre KOAH prevelansı %4 bulunmuştur (20).

2.2. Türkiye'de Kronik Hastalıkların Önlenmesine Ait Müdahaleler

1996 yılında tütün salgınına karşı 4207 Sayılı Tütün Mamullerin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun'un çıkarılarak 2004 yılında Uluslararası Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesinin imzalanmış ve TBMM'de kanun haline getirilmiştir. 2007 yılında ise Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı ile Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı kurulmuştur. 2008 yılında Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı kabul edilmiştir. 2010 yılında Alo 171 Sigara Bırakma Hattı ve 2011'de Tütün Bağımlılığı İlaçları Destek Programı başlatılmıştır (21).

Kalp ve damar hastalıklarıyla daha etkili mücadele edebilmek için Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından üç temel risk faktörüne (tütün, obezite ve fiziksel hareketsizlik) yönelik olarak hazırlanan ve toplum tabanlı bir program olan "Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı" 2007 yılının Aralık ayında uygulamaya konulmuştur. 28 Ocak 2008'de Sağlık Bakanlığında Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde "Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı" ile "Sağlığın Teşviki Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Yönetimi ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı" kurulmuştur. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı bünyesinde; Kalp ve Damar Hastalıkları Şube Müdürlüğü, Metabolik Hastalıklar Şube Müdürlüğü, Solunum Sistemi Hastalıkları Şube Müdürlüğü, Yaşlı Sağlığı Şube Müdürlüğü, Özürlüler Sağlığı Şube Müdürlüğü, Diğer Kronik Hastalıklar Şube Müdürlüğü bulunmaktadır (21).

2009 yılında Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astım-KOAH) Önleme ve Kontrol Programı (2009-2013) Eylem Planını, 2010 yılında Türkiye Kalp ve Damar

Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı (2010-2014) ve Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014), 2011 yılında ise Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı kabul edilmiştir (21).

2.3. Kronik Hastalık Yönetimi

Kronik hastalık yönetiminin amacı bir ya da daha fazla kronik hastalığa sahip bireylerin aldığı bakımın kalitesini artırmak, hastaların yaşam kalitesini geliştirmek ve maliyet etkin olabilmektir. Bu da koordine edilmiş, kapsamlı ve multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Bunun için kişilerin kanıta dayalı kılavuzlara uyumu sağlanmalı, sağlık hizmetlerine ulaşmaları kolaylaştırılmalı ve tedaviye uyumları artırılmalıdır (22, 23). Ayrıca çeşitli eğitimler verilerek hastalarının öz-yönetim becerisi kazanması desteklenmelidir (24). Öz-yönetim desteği ve düzenli takip ile entegre olmuş bir sistemle tedavi alındığında kronik hastalıkların bakım kalitesi artmaktadır (25).

Kronik hastalıkların uzun sürmesi ve sürekli bakım gerektirmesi nedeni ile, önlenmesi ve yönetimi için bütüncül bir yaklaşıma ihtiyaç vardır. Kronik hastalıklarla mücadele etmek için risk faktörlerinin değerlendirilmesi, hastaların erken tanısı, yüksek risk grubunda olanların belirlenmesi ve değerlendirilmesi, farmakolojik ve psikososyal müdahalelerin kombine edilmesi ve tedavi uyumu açısından hastaların uzun süreli izlenmesi gerekir. Kronik hastalıkları önlemek için yeni politika stratejileri geliştirilmelidir. Seçilen müdahaleler olumlu değişikliklere yol açabilmeli, maliyet etkin olmalı ve kolay ulaşılabilir olmalıdır. Etkinliği gösterilmiş en iyi kanıtlar tütün kullanımı, yüksek riskli kardiyovasküler hastalıklar, bozulmuş glukoz intoleransı, zararlı alkol kullanımı ve depresif bozukluk üzerine yapılmış müdahalelerdir (24).

Kronik hastalıkların yönetiminde birincil amaç risk faktörlerini uzaklaştırılması, ikinci hedef erken tanı ve mümkünse tedavidir (26). Hastalar erken tanı alarak yönetim programlarına dahil edilmeli, eğitimlerle karar alma sürecinde sorumluluk almaları sağlanmalıdır. Hekimler de koordinasyonu sağlayarak yol gösterici olmalıdır. Kanıta dayalı kılavuzlar ve bilimsel kanıtlar eşliğinde tedavi planı düzenlenmelidir (10).

Optimal koşullardaki kronik hasta yönetiminin oldukça karışık bir yapısı vardır. Hem hasta ve hem de ailesi için bireyselleştirilmiş, süreklilik gösteren bir yönetim biçimi benimsenmelidir. Bu yönetim en iyi şekilde, diğer sağlık sistemleri ile sürekli iletişim halinde olan iyi eğitim almış birinci basamak hekimlerince yapılabilir (27).

2.3. a Kronik Hastalık Yönetiminde Aile Hekimliğinin Yeri

Düşük ve orta gelirli ülkelerde kronik hastalıklara yönelik sağlık bakımı daha çok hastane merkezli akut bakıma dayanmaktadır. Kronik bir hastalığa yönelik akut bir durum veya komplikasyon gelişmesi durumunda sağlık sistemine başvurmak maliyeti artırmaktadır. Ayrıca erken tanı yöntemi ile mücadele olmadığı için kronik hastalıklarda bir azalma görülmemektedir. Bu yüzden kronik hastalıkların birinci basamağa entegre edilmesi gerekmektedir (28). 2014 yılında yapılan 13. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Sempozyumu sonuç bildirgesinde birden çok sağlık sorunu olan hastanın izlenmesi için en iyi donatılmış ve konumlanmış olan hekimin aile hekimi olduğu vurgulanmıştır (29).

Aile hekimlerinin kronik hastalıkların önlenmesinde, erken tanısı, tedavisi, diğer sağlık sistemleri ile koordinasyonunda ve rehabilitasyonunda görevleri vardır. Aile hekimliğini diğer disiplinlerden ayıran en önemli noktalardan biri de kapsamlı bakım ve süreklilik göstermesidir. Kapsayıcı bakım özelliklerinden dolayı aile hekimi hastalarının akut ve kronik sorunlarını birlikte yönetir. Hastanın doğumundan ölümüne kadar tekrarlayan temaslarla oluşan bilgi birikimini biyopsiksosyal bir çerçevede hasta yönetiminde kullanılır. Ayrıca aile hekimi, hastayla uzun süreli iletişim halinde olmasından dolayı, gerektiğinde özel branş dalları ile koordinasyonunu sağlar (30, 31).

2.4. Kronik Hastalık Bakım Modeli

Kronik bakım modeli birinci basamakta kronik hastalık yönetiminde kaliteyi artırmak için oluşturulmuş rehber niteliğinde bir modeldir. Bu model E. Wagner ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bu sistem aktif hale gelmiş hastanın, proaktif sağlık bakım ekibi ile etkili iletişim halinde olmasına dayanır (6, 32). Akut sorunları çözmeye yönelik bakımın; planlanmış, proaktif, toplum tabanlı özellik gösteren bakım sistemine dönüştürülmesi amaçlanmıştır. Proaktif kavramı, sağlık bakım ekibinin akut sorunlardan bağımsız olarak, hastalıkları ve komplikasyonları önlemek amacı ile hasta ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde hazır olması anlamına gelir (30). Kronik hastalık bakımının büyük çoğunun birinci basamakta yer alması ve birinci basamak hekimlerinin kronik hastalık bakımına çok zaman ayırmaları nedeniyle; kronik bakım modeli kaliteli kronik hasta bakımının kriterlerinin farkına varılarak çalışma bölgelerinde değişiklikler yapmaları için birinci basamak hekimlerine rehberlik edebilir (5, 6).

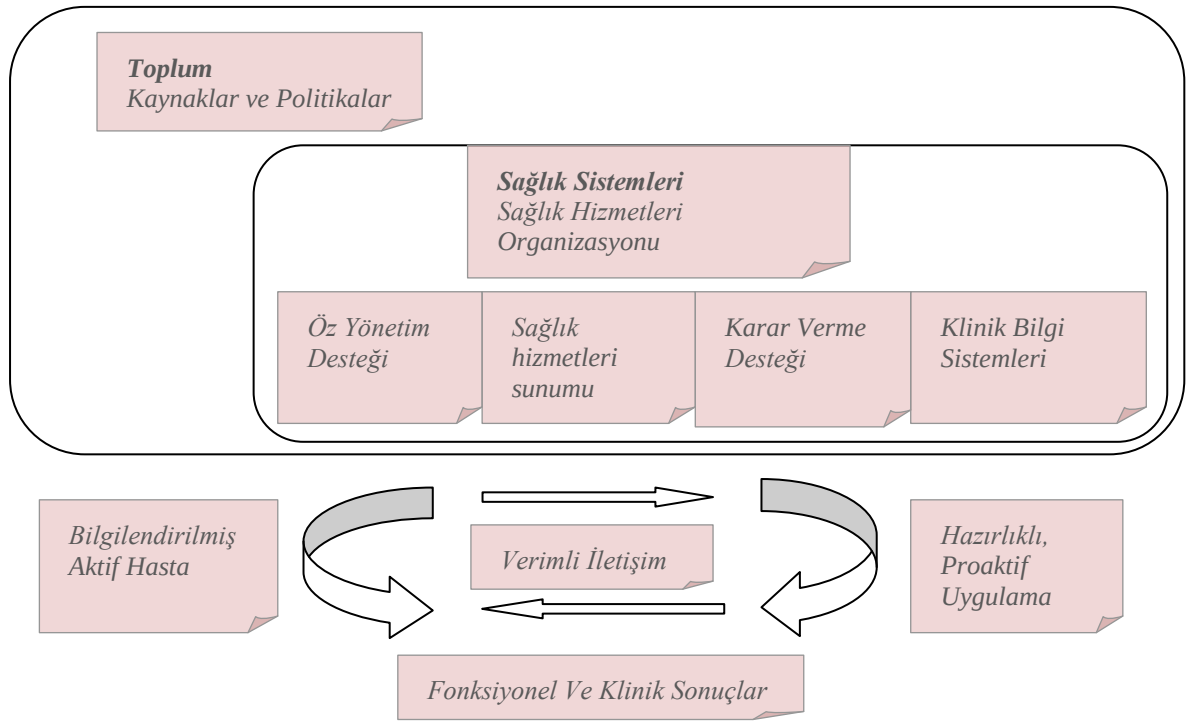
Popülasyonun hızlı yaşlanması ve ömrün uzaması kronik hastalıkların sıklığı

giderek artırmakta bu da sağlık organizasyonu ve hizmet kalitesinde eksiklere yol açmaktadır.

Kronik bakım modelinin kullanılması ile hastaneye yatış sayısında, hastaneye yatış süresinde, medikasyonda ve mortalitede azalma görölmüştür (33, 35).

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

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



Şekil 1. Kronik Bakım Modeli (32)

Kronik Bakım Modeli Bileşenleri Kronik Bakım Modeli Bileşenleri

1. Toplumsal kaynaklar ve politikalar

Kronik bakımı geliştirmek için sağlık sistemi kaynakları ile toplum arasında bağlantı kurulmalıdır (6). Etkili toplum programlarına katılmak için hastaların teşvik edilmesini sağlar. Hasta bakımı ve toplum bakım imkanlarını geliştirmek için politikalar geliştirilmesine öncülük eder (34).

2. Sağlık sistemi organizasyonu

Sağlık sistemin üst düzeyinde yöneticilerinden başlayarak her düzeyde bir gelişim ve iyileşme görülmesinin desteklenmesi gerekir (34). Kronik bakımı bir öncelik olarak görmeyen organizasyonların hedeflerinde ilerleme sağlanamaz. Bakımın iyileştirilmesi için kronik hastalıkların geri ödeme sistemleri tarafından desteklenmesi gerekir (6). Organizasyon sistemindeki yanlış ya da eksik uygulamaların saptanabilmesi için bir geri bildirim mekanizmasının olması gerekir (5).

3. Öz-yönetim Desteği

Özyönetim desteği kronik bakım modelinin anahtar bileşenidir. Kronik hastalığı olan kişilerin asıl bakımını kendilerinin üstlenmesi, bakım sürecine hasta katılımının sağlanması anlamına gelmektedir. Kişiler yıllarca hastalıklarıyla yaşamak zorundadırlar. Bu yüzden hastalar yönetilirken diyet, egzersiz, kendi kendine cihaz kullanımı gibi eğitimlerin verilmesi gerekir. Hasta kendini yönetebilir olmalıdır. Öz yönetim desteğinin sağlanması için, hastaların aileleri ve yakın çevresi, hastanın özyönetim güveni ve becerisi kazanmasında işbirliği içinde olmalıdırlar (6).

4. Hizmet Sunumu

Kronik hastalıkların yönetimi planlanmış ve yapılandırılmış olmalıdır. Akut bakım ve kronik bakım ayrımı yapılmalıdır. Bakım ekibinin görev tanımı ve görev dağılımı açık bir şekilde yapılmalıdır. Böylece proaktif bir bakım sağlanarak hastalar düzenli takip altına alınır. Planlanmış vizitler modelin önemli bir özelliğidir. Kompleks hastalıklarda olgu yönetimi uygulanmalı veya bakım koordinatörü sağlanmalıdır. Bakım sosyokültürel düzeylerine göre verilmeli, hastanın anlayacağı bir dil kullanılmalıdır (6).

5. Karar Desteği

Optimal kronik bakımı sağlamak için kanıta dayalı klavuzlar günlük uygulamalara entegre edilmelidir. Hekim ihtiyaç duyduğunda kanıta dayalı kılavuzlara ulaşabilmeli, kılavuzların sürekli güncel tutulması sağlanmalıdır. Hastalar da kılavuzlar konusunda bilgilendirilerek tedavi sürecine katılabilirler. Ayrıca sağlık ekibi hizmetiçi eğitimlerle desteklenmelidir. Uzman hekimler de birinci basamak hekimleriyle iletişim halinde olup bilgi paylaşımı sağlanmalıdır (5,6).

6. Klinik bilgi sistemleri

Klinik bilgi sistemleri üç konuda önemli rol oynar:

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

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

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

Hasta takvimine göre hastalara takip ve laboratuvar testi gerektiğinde hatırlatma amacıyla uyarı mesajları sistemlere dahil edilebilir (6). Bakımın koordine edilebilmesi için sistemdeki bilgiler hastalar ve sağlık sistemi sağlayıcıları ile paylaşılır (34).

2.5. Genişletilmiş Kronik Bakım Modeli

2001 yılında Glasgow ve arkadaşları tarafından kronik bakım modeli bileşenlerinin geliştirebileceği önerisinde bulunmuşlardır. Bu öneride kronik bakım modelini bileşenlerinin sadece kronik hastalıkların tedavisi ve bakımında değil kronik hastalıklardan korunma ve sakatlıkları önlemede de kullanılabileceği yer almaktadır Sadece hasta bireylerin değil, sağlık bireylerin de sağlıklarının korunması gerektiğini vurgulamışlardır. Bu bağlamda oluşturan genişletilmiş bakım modeli kronik bakım modeline toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi bileşenlerinin eklendiği bir modeldir (36, 37).

Genişletilmiş kronik bakım modeli komponentleri:

1. Kendi kendini yönetme/ kişisel becerileri geliştirme: Bireysel sağlığını koruması için kişisel becerileri ve kapasiteyi geliştirme.(Tütün bıraktırma programları gibi)

2. Karar destek sistemleri:Toplumun sağlıklı kalma kabiliyetini kolaylaştırabilmek için yeni stratejileri entegre etmek.

3. Hizmet sunumu tasarımı/ sağlık sistemini uyarılama: Bireyleri ve toplumu desteklemek için daha bütüncül bir görev üstlenmek.

4. Bilgi sistemleri:Sağlık sistemi verileri dışında toplum verilerini de bilgi sistemlerine dahil etmek.

5. Sağlıklı toplum oluşturma politikaları:Toplum sağlığını iyileştirmek için tasarlanmış politikaların geliştirilmesi ve uygulanması.

6. Yaratıcı ve destekleyici çevre: Yaşam ve istihdam koşullarını daha güvenilir, daha yararlı hale getirmek.

7. Güçlendirilmiş toplum:Toplum sağlığını geliştirmek için öncelikleri belirlemek ve hedefler oluşturmak (36).

2.6. Yenilikçi Kronik Bakım Modeli

Dünya Sağlık Örgütü kronik hastalıkların giderek artan prevalansına cevap olarak düşük ve orta gelişmiş ülkelerde kronik bakım modelinin uygulanabilmesi için, modelin genişletilip revize edilmiş halidir. Üç sistemin birleşiminden oluşmaktadır. Mikro seviyede hasta ve ailesi, mezo seviyede sağlık organizasyonu ve toplum, makro seviyede ise politika ve finansman durumunun değerlendirilmesi yer alır. Yenilikçi Kronik Bakım Modelinin farkı kronik hastalık bakımını farklı açılardan ilgilendiği gibi uluslararası sağlık bakımı ile de ilgilenmesidir (38).

Mikro Seviye

Kronik bakım modeli bilgilendirilmiş hasta ve proaktif sağlık ekibi arasında geçmekte iken; yenilikçi bakım modelinde bu diada toplum katılımcılarını da eklenerek triad haline gelmiştir. Bu triad hasta ve ailesi, sağlık bakımı ekibi ve toplum katılımcıları arasında geçmektedir. Bu şekilde toplum liderleri ve bakı verenler birçok alanda önemli kritik roller üstlenmiştir. Bu triad iyi işlerse her bir üye birbiriyle iletişim halinde olur (1, 38).

Mikro seviyedeki diğer bir değişiklik kronik bakım modelindeki “bilgilendirilmiş ve aktif “ hasta teriminin , yenilikçi kronik bakım modelinde “bilgilendirilmiş, motive edilmiş ve hazırlanmış “ hasta terimiyle değiştirilmesidir. Bu değişiklik geliştirmekte olan ülkelerin çoğunda aktif kelimesinin yetersiz kalmasından kaynaklanmaktadır (1, 38).

Kullanılan bu triad konusunda en iyi örnek, dünyanın en fakir ülkelerinden biri olan Haiti’den verilebilir. HIV/AİDS olan hastalara öz-yönetim desteği ve toplumbazlı takip sağlanmaktadır. Bu örnekte her hastanın bir tedavi arkadaşı vardır ve bu kişi genellikle bir toplum çalışanıdır. Tedavi arkadaşı kişinin ilaç tabletlerini yutmasını izlemekte ve hastanın kaygılarını dinlemektedir (38).

Mezo Seviye

Mezo seviyede sağlık bakım organizasyonu yine ana faktördür fakat toplum burada daha fazla önem taşır. Politikacılar karar verme desteğinden daha ziyade gelişmekte olan ÷lkelerdeki tanısıl testlerin, malzemelerin ve ilaç yetersizliğinin bu bakım modelinde daha çok önemli olduğunu vurgulamışlardır. Yenilikçi bakım modeli ile kronik bakım modelinin arasındaki en önemli farklardan birisi de devamlılık ve koordinasyonun vurgulanmasıdır. Gelişmekte olan ÷lkelerde birinci basamak sağlık kuruluşlarında konu ile ilgili uzmanlar arasında koordinasyon yetersizliğı en yaygın ve en önemli problemlerden biridir (1,38).

Yenilikçi bakım modeli kronik hastalıkları önleme ve yönetimi ile ilgili daha çok mesaj içermektedir. Gelişmekte olan ÷lkelerde çoğunlukla hastalar hastanelerden ve sağlık bakım birimlerinden uzaktadırlar. Toplum çalışanları kronik bakıma ihtiyaç duyan hastalar ile bakım veren kuruluşlar arasında köprü oluşturmaktadır. Örneğın Zambia’da TBC ve HIV/AIDS’i olan hastalara özyönetim desteğı ve aile bakım desteğı sağlamak için mobil hemşireler bulunmaktadır (38).

Makro Seviye

Dünyanın birçok yerinde kronik durumlarla ilgili bakımı desteklemek ve bu hastalıkların uzun dönemdeki etkilerini azaltmak için politik desteğıye ihtiyaç vardır. Yasalar, liderler, finansman ve insan kaynakları makro seviyeye verilebilecek örneklerdir (38).

2.7. Kronik Hasta Bakımı

Kronik hastalıklar hem nüfusun hızlı yaşlanmasından, hem de kronik hastalığı olan kişilerin ömrünün uzamasından dolayı artmaktadır. Son çalışmaların verilerine göre Amerika’da 145 milyondan fazla insan kronik hastalıklardan etkilenmektedir. Yapılan projeksiyonlara göre bu rakamın 171 milyon kişiye ulaşması beklenmektedir (2).Kronik hastalıkların toplum kökenli önlemesi ve geliştirmesi için yeni sağlık politikalarının geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır (32). Çünkü; kronik hastalık bakımındaki en önemli problemlerden biri sağlık sisteminin sadece acil durumlara yönelik oluşturulmasıdır (39).Bu durum sonuçta aile hekimlerine bu durumla başedebilmeleri için büyük sorumluluklarla karşı karşıya bırakmaktadır. Aile hekimliğinin hasta merkezli yaklaşımı kronik hastalık bakımında öne çıkmaktadır. Kronik hastalık durumu yaşam boyunca devam etmektedir. Bu

durum sosyoekonomik durum, eğitim, istihdam ve sosyal çevreden etkilenmektedir (40). Kronik bakım modeli ise kronik hastalıkların önlenmesi, tanı, tedavi ve palyasyonunu içine alan kapsayıcı bir yaklaşımdır. Başlama yaşı ne olursa olsun, nedeni bilinen ya da bilinmeyen, psikolojik yada fiziksel tüm kronik durumlar hem kişilerin kendilerine hem de ailelerine büyük yükler getirmektedir. İyi bir kronik hastalık bakımında bunların hepsi dikkate alınarak hem hasta hem de ailesi için düzenlemeler yapılmalıdır (39). 1970'li yıllarda kronik hastalık bakımı için düzenlemeler yapılması gerektiği fikri ilk kez ortaya atılmıştır (41). Tıbbi bakım sağlandıktan sonra kronik hastalığı olan kişilerin kendi hastalıklarını yönetebilmesi ve en uygun tedavinin planlanmasını sağlayabilmek için karşılıklı olarak bakım planlarının anlaşılması, karşılıklı ve sürekli izlem, bakım ekibi ve hasta arasında iyi etkileşim olması gerekmektedir(39). Bakım için sürekli, çok yönlü ve koordine sistemler önerilmektedir (32).

Kronik bakım modeli üzerinden kronik hasta bakımını değerlendiren iki ölçek vardır. PACIC (Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği) hasta tarafından, ACIC ölçeği ise sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirme yapılmasını sağlar.

2.7. a.Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği

(The PatientAssessment Of Chronic IllnessCare -PACIC)

PACIC, kronik bakım modeline dayalı olarak 2005 yılında Glasgow ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. hastanın güçlendirilmesi, hasta doktor iletişimi, hastanın otonomi kazanması ile ilgilibirçok ölçek bulunmaktadır. Glasgow ve arkadaşları bu ölçeklerin hiçbirinin kronik hastalığa özgün olduğufakat bunların hiçbirinin kronik hastalığa özgü olmadığını düşünmektedir. Bu yüzden kronik bakım modeline dayalı olarak alınan bakım hizmeti sunumu ile ilgili bilgi sağlamak ve bunu hasta perspektifinden değerlendirmek için PACIC ölçeği geliştirilmiştir (7). Yapılan çeşitli çalışmalarda da bu ölçeğin kronik hastalık bakım değerlendirmesinde uygun araç olduğu tespit etmişlerdir (42, 43).

Kronik bakım modelinin temel 6 ögesi doğrultusunda oluşturulan PACIC, 20 maddeden ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar:

1. Hasta Katılımı (PatientActivation): Karar vermede hasta verisi ve kapsamını belirleme faaliyetleridir.

2. Sağlık Hizmetleri Sunum Planı\Karar Verme Desteği (Delivery SystemDesign\DecisionSupport): Hastaların bakımları hakkındaki görüşlerini artırmak için bilgi sağlama ve bakımı organize etme faaliyetleridir.

3. Amaç Belirleme\Rehberlik (GoalSetting\Tailoring): Belirli, işbirlikçi amaçlar belirlemek için bilgi edinmektir.

4. Problem Çözme (Problem Solving): Tedavi planı oluşturmada potansiyel engelleri, hastaların sosyal ve kültürel çevrelerini dikkate almaktır.

5. İzlem\Koordinasyon (Follow-up\Coordination): Ofis temelli bakımı sağlamak, güçlendirmek, gelişmiş koordineli bakımı belirlemek için hastalarla verimli ilişkiler düzenlemektir (7).

Alt boyutlar kronik bakım modelinin 6 ögesini tam olarak karşılayamamaktadır; çünkü “Sağlık Bilgi Sistemleri”, “Sağlık Bakım Organizasyonu” gibi ögelerin hastalar tarafından değerlendirilmeyeceği belirtilmektedir. “Sağlık Hizmetleri Sunum Planı\Karar Verme Desteği” birleştirilerek adı geçen iki model bileşini “Hasta Katılımı” adı altına alınmıştır. Öz-yönetim desteğini ise “Amaç Belirleme” ve “Problem Çözme” bölümleri yansıtmaktadır. Ölçek tarafından sorgulanan “İzlem\Koordinasyon” tüm model bileşenleri için önemli bir alt boyuttur (7).

Ülkemizde ise 2011 yılında İncirkuş ve arkadaşları tarafından ölçeğin geçerlik, güvenirlik çalışması yapılmıştır (8).

2.7. b. Assessment of ChronicIllnessCare (ACIC)

Kronik hastalık bakımı organizasyonu üzerine odaklanmış ilk kapsamlı ölçüm araçlarından biridir.Kronik bakım modelinin altı bileşenine dayanmaktadır: Toplumsal kaynaklar, öz-yönetim desteği, hizmet sunumu, karar desteği ve klinik bilgi sistemleri.Organizasyon sisteminin zayıf yanları tespit edilmeye çalışılır ve böylece kronik bakım desteği sağlanabilir(44).Kronik bakım modeli temelinde geliştirilmesi gereken alanları belirleyerek, sistemde yapılan değişikliklerin niteliğini değerlendirir (45).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız iki aşamalı gerçekleştirildi. Birinci aşamada PACIC ölçeği Türkçeye çevrilerek toplumumuzun sosyokültürel özelliklerine ve ülkemiz sağlık sisteminin birinci basamak örgütlenmesine uyumlu olarak modifiye edildi.

Ölçeğin Dil Eşdeğerlik Çalışması

Orijinal PACIC ölçeğinin Türkçeye çevirisi Dünya Sağlık Örgütünün ölçekler için çeviri ve uyarlama talimatlarına uygun bir süreç ile gerçekleştirildi (46). Buna göre önce ölçeğin İngilizceden Türkçeye çevirisi bir araştırmacı (OB) ve iki İngilizce öğretmeni tarafından yapıldı. Birbirinden bağımsız olarak yapılan bu üç çeviri metni, çevirmenler arasında uzlaşa sağlanarak tek bir metin haline getirildi. Daha sonra Türkçe ve İngilizceyi çok iyi anlayabilen ve konuşabilen bir çevirmen tarafından bu metnin İngilizceye geri çevrildi.

PACIC Ölçeğini Geliştirme ve Modifiye Etme Çalışması – “Delphi” Uygulaması

Ölçeğin modifiye edilmesi sürecinde “Delphi” yöntemi kullanıldı. “Delphi” yöntemi sistematik bir şekilde uzman görüşü elde etmeye yönelik bir girişimdir. Bu yöntemde her uzman ayrı ve diğerlerinden bağımsız olarak sürece katılır ve görüşlerini ifade eder. Üç ya da dört tur gerçekleştirilen uygulamanın her aşamasında uzmanlardan gelen görüşler işlenir ve bir rapor halinde uzmanlar grubuna geri sunulur. Sonuçta tüm uzmanların ortaklaştığı bir grup görüşü oluşturulur (47).

Buna göre “Delphi” sürecinin birinci turunda Türkçeye çevrilen orijinal PACIC ölçeği maddeleri ve amacımıza yönelik olarak oluşturduğumuz yeni madde önerileri kronik hasta bakımı ve yönetimi ile doğrudan ilgili olan ve deneyim sahibi farklı tıp alanlarından belirlenen 12 uzmanın görüşüne sunuldu. Uzmanlar panelinden ülkemiz koşullarını (sosyokültürel yapısı, sağlık sistemi vb) dikkate alarak şu sorulara yanıt beklendi: “1) Ölçek ve içerdiği maddeler ülkemizde kronik hasta bakımı ve yönetiminin hasta perspektifinden değerlendirilmesi için uygun mudur? 2) Kronik bakım modeli dikkate alındığında kronik hasta bakımının, hasta tarafından değerlendirilmesinde var olan 20 ifadeyle karşılanmayan başka yönleri var mı? Madde düzenleme ya da ek madde önerilerinizi yazınız.”

Birinci tur sonunda uzmanlardan gelen öneriler dikkate alınarak taslak bir ölçek oluşturuldu ve 2. “Delphi” turunda yeniden uzmanların değerlendirmesine sunuldu. “(1) Uygun, ölçekte kalsın, (2) Uygun değil, ölçekten çıkarılsın, (3) Düzeltmesi/ yeniden

düzenlenmesi gerekir (Lütfen önerinizi yazınız)” ölçütlerine göre yapılan bu değerlendirmeler analiz edildi. Her bir madde için hazırlanan değerlendirme sonuçları 3. turda yeniden uzmanların görüşüne sunuldu ve her bir maddenin amaca uygunluğu, yani alınan bakımı/hizmeti ölçme durumunu nicelendirmesi istendi. Her bir madde numarasıyla belirtilen değerlendirmelerde önce o maddenin 2. turda uzmanlara gönderilmiş olan hali verildi. Hemen altında 12 uzmanın değerlendirmesi yer aldı, varsa yorum ve öneriler eklendi. Burada her bir uzman bir önceki turda kendi değerlendirmesini görebilirken, diğer değerlendirmelerin sahibi belirtilmedi. Her bir madde numarasıyla verilen değerlendirmenin en altında ise o maddenin uzmanlardan son değerlendirmeyi yapmaları istenen hali yer aldı.

Uzmanlar son turda şunları dikkate alarak değerlendirme yaptı: Madde ölçülecek özelliği temsil edebiliyor mu? Kronik bir hastalığı olan kişiler tarafından kolayca anlaşılabilir mi? Yeteri kadar açık ifade edilmiş mi? Madde böyle bir ölçekte yer alabilir mi? Eğer madde, belirtilen özelliği net olarak ölçmeye aday bir madde ise “gerekli”, madde konu kapsamında ancak düzeltilmesi ya da değiştirilmesi gerekiyorsa “yararlı ancak yetersiz”, madde belirtilen özelliği temsil etmiyor ise “gereklessiz” seçeneklerini işaretlemeleri istendi.

Üçüncü tur değerlendirme sonuçlarıyla ölçek maddelerinin kapsam geçerlik oranı ve tüm ölçeğin kapsam geçerlik indeksi hesaplandı ve ölçekte yer alması gereken nihai maddeler belirlendi.

Veri Toplama Formu

Kullanıma hazır hale getirilen ölçeğin 20 kişilik bir grupta ön uygulaması yapıldı.

Araştırmanın ikinci aşamasında kullanılmak üzere çalışmaya katılan kronik hastalığı olan kişilerin sosyodemografik özelliklerini, kronik hastalık bilgilerini ve sağlık hizmeti kullanım özelliklerini sorgulayan bir veri toplama formu geliştirildi. Katılımcıların eğitim durumları bitirdikleri eğitim yılı üzerinden temel eğitim, lise eğitimi ve yükseköğretim temelinde gruplandı. Gelir düzeylerinin belirlenmesinde ise tüm aile geliri ve yıllık olarak ilan edilen dört kişilik bir aile için açlık ve yoksulluk sınırları dikkate alındı ve üç temel gelir grubu tanımlandı: Düşük gelir grubu (açlık sınırının altında), orta gelir grubu (açlık ve yoksulluk sınırları arasında) ve yüksek gelir grubu (yoksulluk sınırının üstünde).

Türkçe Modifiye PACIC Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması

İkinci aşamada, oluşturulan modifiye Türkçe PACIC ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapıldı. Bunun için metodolojik tipte bir araştırma planlandı.

Verilerin Toplanması

Örneklem büyüklüğü, ölçekte yer alacak soru sayısının 15 katı olarak ($27 \times 15 = 405$) hesaplandı. Ancak toplum tabanlı yapılan çalışmada olası veri kayıpları dikkate alınarak araştırma örneklemini büyüklüğü 500 olarak belirlendi. Çalışma Aydın ili merkez ilçesinde Eylül-Aralık 2015 tarihleri arasında 18 yaş üstü erişkin nüfusta gerçekleştirildi. Örneklem grubunun belirlenmesi için olasılıksız rastgele örnekleme yöntemi kullanıldı. Kırsal/kentsel yerleşim durumları dikkate alınarak merkez ilçe belli bölgelere ayrıldı ve örneklem büyüklüğüne göre bu bölgelerde ulaşılması gereken katılımcı sayısı belirlendi. Belirlenen bölgelerde rastgele sokaklar saptanıp hane ya da iş yeri yerleşimine göre amaca uygun kişiler ziyaret edildi. Belirlenen sayıya ulaşıncaya kadar ziyaretler devam edildi. Ziyaret edilen her ev ya da işyerinde, önce çalışmamızda tanımlanan kronik hastalıklardan en az biri bulunan kişiler belirlendi. Daha sonra eğer birden fazla kişi varsa isimlerinin baş harfi dikkate alınarak yalnızca biri ile görüşüldü.

Çalışmaya bulaşıcı olmayan kronik hastalığı olan kişilerden, kalp damar hastalıkları (kalp yetmezliği, hipertansiyon, hiperlipidemi, koroner kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık ve periferik arter hastalığı), kanserler, solunum yolu hastalıkları (astım ve KOAH), diyabet, kronik böbrek yetmezliği, kronik nörolojik hastalık (demans/Alzheimer gibi), hipotiroidi, osteoporoz, romatolojik hastalık, inflamatuvar barsak hastalıkları tanılarından en az birinin en az bir yıl önce tanı konulmuş olanları alındı. Modifiye PACIC ölçeği anketörler tarafından katılımcılara yüz yüze görüşme ile uygulandı. Tekrar testle ilişkili verilerin toplanması için ilk örneklem içinden seçilen 60 kişiye ölçek iki ay sonra ikinci kez uygulandı.

Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 20.0 paket programı kullanılarak değerlendirildi. Ölçeğin geçerlik analizinde; kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indeksi (contentvalidityindex) ve yapı geçerliği için açıklayıcı faktör analizi (exploratoryfactoranalysis) kullanıldı. Ölçeğin güvenilirlik çalışması için madde toplam puan

korelasyonları karşılaştırması (pearsonmomentskorelasyon testi), Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ve test-tekrar test korelasyonları yapıldı.

Ölçeğin çalışma grubuna uygulanması ile elde edilen verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra dağılımların normalliğini test etmek için ShapiroWilk testi, grup karşılaştırmaları için Ki-kare, Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri, değişkenler arasındaki ilişkilerin belirlenmesinde Spearmanve Kendall'stau korelasyon testlerinden yararlanıldı. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etki derecesini belirlemek üzere çoklu doğrusal regresyon analizi yapıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p<0,05$ kabul edildi.

Araştırma etiği

PACIC ölçeğinin modifiye Türkçe uyarlama çalışması için ilgili kuruluştan (www.improvingchroniccare.org) gerekli izin e-posta yoluyla alındı. Toplum tabanlı çalışma için Aydın Valiliğinden idari izin ve ADÜ Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Çalışmalar Etik Kurulundan etik kurul izni yazılı olarak alındı. Anket çalışmasına katılanlar çalışma hakkında bilgilendirildi ve sözlü onamları alındı.

4. BULGULAR

Sosyodemografik özellikler

Çalışmaya katılan ve yaş ortalaması $60,2 \pm 13,3$ (18-98 yaş arası) olan 500 hastanın %51,8'i (s=259) kadın, %80,8'i (s=404) evli, %64,4'ünün (s=322) eğitim düzeyi 8 yıl ve altında, %98,2'si (s=491) sağlık güvenceli, %75'i (s=375) kentsel bölgelerde oturmakta, %43'ü (s=215) emekli ve %46,4'ünün aylık geliri 1400-4500 TL arasında idi. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo B1'de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı

Değişkenler	Kadın	Erkek	Toplam	İstatistik
Yaş	59,1 $\pm$ 13,5	61,4 $\pm$ 13,1	60,2 $\pm$ 13,3	
	Kadın, Sayı (%)	Erkek Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	
Cinsiyet	259 (51,8)	241 (48,2)	500 (100)	
Medeni durum*	Evli	184 (71,0)	220 (91,3)	$\chi^2=37,119$ p=0,000
	Boşanmış/dul	62 (23,9)	12 (5,0)	
	Bekar	13 (5,0)	9 (3,7)	
Eğitim durumu**	8 yıl ve altı	184 (71,0)	138 (57,3)	$\chi^2=10,885$ p=0,004
	9-12 yıl arası	37 (14,3)	45 (18,7)	
	13 yıl ve üzeri	38 (14,7)	58 (24,1)	
Meslek***	Çalışmıyor(Emekli)	60 (23,2)	155 (64,3)	$\chi^2=219,642$ p=0,000
	Evde çalışan	161 (62,2)	2 (0,8)	
	Memur	16 (6,2)	34 (14,1)	
	Serbest çalışan	6 (2,3)	30 (12,4)	
	Çalışmıyor (İşsiz-öğrenci)	7 (2,7)	9 (3,7)	
	İşçi-çiftçi	9 (3,5)	11 (4,6)	
Gelir düzeyi	1380 TL'den az	128 (49,4)	103 (42,7)	p>0,05
	1380-4470 TL arası	118 (45,6)	114 (47,3)	
	4470 TL'den fazla	13 (5,0)	24 (10,0)	
Sağlık güvencesi	Var	256 (98,8)	235 (97,5)	p>0,05
	Yok	1 (0,4)	4 (1,7)	
Yerleşim	Kentsel	191 (73,7)	184 (76,3)	p>0,05
	Kırsal	68 (26,3)	57 (23,7)	

* Evlilerin daha çoğu erkek, boşanmış ya da dulların daha çoğu kadın

** Erkekler kadınlara göre daha eğitilmiş

***Kadınlar daha çok evde çalışıyor, erkekler ise daha çok emekli ya da dışarıda bir işte çalışıyor

Katılımcıların yarısından fazlasının (%57,2; s=286) ekonomik durumlarına ilişkin algıları orta düzeydeydi. Katılımcıların ekonomik durumlarına ilişkin algılarının cinsiyete göre dağılımı Tablo B2’de verilmiştir.

Tablo 2.Katılımcıların ekonomik durumlarına ilişkin algılarının cinsiyete göre dağılımı*

Cinsiyet	Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi
<i>Kadın</i>	6 (2,3)	40 (15,4)	146 (56,4)	66 (25,5)	1 (0,4)
<i>Erkek</i>	5 (2,1)	36 (14,9)	140 (58,1)	58 (24,1)	2 (0,8)
Toplam	11 (2,2)	76 (15,2)	286 (57,2)	124 (24,8)	3 (0,6)

* $p>0,05$

Katılımcıların %51,8’i (s=259) hiç sigara kullanmamıştı. Yüzde 27’si (s=135) bırakmıştı. Yüzde 21,2’si (s=106) halen sigara içmekteydi. Kadınlar erkeklere göre daha az sigara içmiş ya da içmekteydi ($\chi^2=89,417$; $p=0,000$). Katılımcıların sigara kullanma özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo B3’te verilmiştir. Sigara kullananlar ortalama $21,0\pm 18,4$ paket/yıl (1-100 arası) sigara tüketmişlerdi (bırakanlar $16,8\pm 13,9$ paket/yıl, halen içmekte olanlar $25,8\pm 21,0$ paket/yıl).

Tablo 3. Katılımcıların sigara kullanma özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı

Sigara kullanma özelliği	Kadın Sayı (%)	Erkek Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	İstatistik
<i>Hiç kullanmayan</i>	186 (71,8)	73 (30,3)	259 (51,8)	$\chi^2=89,417$ $p=0,000$
<i>İçip bırakan</i>	34 (13,1)	101 (41,9)	135 (27,0)	
<i>İçmeye devam eden</i>	39 (15,1)	67 (27,8)	106 (21,2)	

Kronik hastalık özellikleri

Katılımcıların 226’sının (%45,2) sağlık durumlarına ilişkin algıları orta düzeydeydi. Katılımcıların sağlık durumlarına ilişkin algılarının cinsiyete göre dağılımı Tablo B4’te verilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların sağlık durumlarına ilişkin algılarının cinsiyete göre dağılımı*

Cinsiyet	Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi
<i>Kadın</i>	5 (1,9)	52 (20,1)	116 (44,8)	82 (31,7)	4 (1,5)
<i>Erkek</i>	2 (0,8)	37 (15,4)	110 (45,6)	88 (36,5)	4 (1,7)
Toplam	7 (1,4)	89 (17,8)	226 (45,2)	170 (34,0)	8 (1,6)

* $p>0,05$

Katılımcılarda en sık görülen kronik hastalıklar hipertansiyon (%58,8; s=294), diyabetes mellitus (%29,4; s=147) ve kalp yetmezliği (%16,2; s=81) idi. Kalp yetmezliği erkeklerde ($p=0,000$) ve hipotiroidi ($p=0,000$), osteoporoz ($p=0,000$) ve romatizmal hastalıklar ($p=0,000$) kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha fazlaydı. Katılımcılarda var olan kronik hastalıkların cinsiyete göre dağılımı Tablo B5'te verilmiştir. Katılımcılarda var olan kronik hastalık sayısı ortalama $2,0\pm1,1$ (1-6 arası) idi. Kronik hastalık sayısı cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermemekteydi.

Tablo 5. Katılımcılarda var olan kronik hastalıkların cinsiyete göre dağılımı

Kronik hastalık	Kadın Sayı (%)	Erkek Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	İstatistik
Hipertansiyon	153 (59,1)	141 (58,5)	294 (58,8)	p>0,05
DM*	71 (27,6)	76 (31,5)	147 (29,6)	p>0,05
Kalp yetmezliği	44 (17,0)	37 (15,4)	81 (16,2)	p>0,05
Solunum hastalıkları	42 (16,2)	32 (13,3)	74 (14,8)	p>0,05
KAH*	19 (7,3)	53 (22,0)	72 (14,4)	$\chi^2=21,754$ p=0,000
Hipotiroidi	54 (20,8)	12 (5,0)	66 (13,2)	$\chi^2=27,442$ p=0,000
Dislipidemi	29 (11,2)	34 (14,1)	63 (12,6)	p>0,05
Romatizmal hastalıklar	39 (15,1)	9 (3,7)	48 (9,6)	$\chi^2=17,163$ p=0,000
Osteoporoz	31 (12,0)	4 (1,7)	35 (7,0)	$\chi^2=18,828$ p=0,000
Kanser	18 (6,9)	14 (5,8)	32 (6,4)	p>0,05
Nörolojik hastalıklar	13 (5,0)	15 (6,2)	28 (5,6)	p>0,05
PDH*	7 (2,7)	9 (3,7)	16 (3,2)	p>0,05
SVO*	5 (1,9)	8 (3,3)	13 (2,6)	p>0,05
KBY*	5 (1,9)	6 (2,5)	11 (2,2)	p>0,05
İnflamatuvar barsak hastalığı	5 (1,9)	3 (1,2)	8 (1,6)	p>0,05

* DM: Diyabetesmellitus; KAH: Koroner arter hastalığı; PDH: Periferik damar hastalığı; SVO: Serebrovasküler olay; KBY: Kronik böbrek yetmezliği

Bakım değerlendirmesinin yapıldığı başlıca kronik hastalık olarak katılımcıların 169’unda (%33,8) hipertansiyon, 101’inde (%20,2) diyabetesmellitus ve 49’unda (%9,8) kronik solunum hastalıkları bulunmaktaydı. Bakım değerlendirmesi yapılan başlıca kronik hastalıkların cinsiyete göre dağılımı Tablo B6’da verilmiştir.

Katılımcıların bakım değerlendirmesi yaptıkları başlıca hastalıklarının süreleri irdelendi. Osteoporoz (Ortanca=17,5 yıl) ve kronik solunum hastalıkları (Ortanca=10 yıl) en uzun süredir var olan hastalıklardı. Tanı süresi en kısa olan hastalıklar ise kanserler (Ortanca=3,5 yıl) ve kronik böbrek yetmezliği (Ortanca=3,75 yıl) idi. Katılımcıların bakım değerlendirmesi yaptıkları başlıca kronik hastalıklarının var oluş sürelerine ilişkin tanımlayıcı istatistik verileri Tablo B7’de verilmiştir.

Tablo 6. Bakım değerlendirmesi yapılan başlıca kronik hastalıkların cinsiyete göre dağılımı,
s=500

Başlıca kronik hastalık	Kadın Sayı (%)	Erkek Sayı (%)	Toplam Sayı (%)
<i>Hipertansiyon</i>	92 (35,5)	77 (32,0)	169 (33,8)
<i>DM*</i>	45 (17,4)	56 (23,2)	101 (20,2)
<i>Solunum hastalıkları</i>	27 (10,4)	22 (9,1)	49 (9,8)
<i>Kalp yetmezliği</i>	17 (6,6)	21 (8,7)	38 (7,6)
<i>KAH*</i>	7 (1,4)	22 (4,4)	29 (5,8)
<i>Romatizmal hastalıklar</i>	23 (8,9)	4 (1,7)	27 (5,4)
<i>Kanser</i>	12 (4,6)	10 (4,1)	22 (4,4)
<i>Nrolojik hastalıklar</i>	9 (3,5)	10 (4,1)	19 (3,8)
<i>Hipotiroidi</i>	13 (5,0)	4 (1,7)	17 (3,4)
<i>İnflamatuvar barsak hastalığı</i>	5 (1,9)	3 (1,2)	8 (1,6)
<i>Osteoporoz</i>	5 (1,9)	2 (0,8)	7 (1,4)
<i>KBY*</i>	2 (0,8)	4 (1,7)	6 (1,2)
<i>Dislipidemi</i>	1 (0,4)	3 (1,2)	4 (0,8)
<i>SVO*</i>	0 (0,0)	3 (1,2)	3 (0,6)
<i>PDH*</i>	1 (0,4)	0 (0,0)	1 (0,2)

* DM: Diyabetesmellitus; KAH: Korner arter hastalığı; KBY: Kronik böbrek yetmezliği; SVO: Serebrovasküler olay; PDH: Periferik damar hastalığı

Tablo 7. Katılımcıların bakım değerlendirmesi yaptıkları başlıca kronik hastalıklarının var oluş sürelerine ilişkin tanımlayıcı istatistik verileri, s=500

Başlıca kronik hastalık	Sayı (%)	Ortanca (yıl)	25-75 yüzdelikler (yıl)	Ortalama±SS* (yıl)
Hipertansiyon	167**	10	4-15	9,9±7,0
DM*	100**	8	4-15	9,7±7,5
Solunum hastalıkları	47**	10	5-23	13,9±11,3
Kalp yetmezliği	38	7,5	4-10,5	9,4±7,3
KAH*	29	8	5-11	9,2±6,3
Romatizmal hastalıklar	25**	9	3,5-10	9,4±8,0
Kanser	22	3,5	1,88-7,5	6,3±7,7
Nörolojik hastalıklar	19	5	5-10	8,4±10,6
Hipotiroidi	16**	7,5	2,25-15,5	9,1±7,4
İnflamatuvar barsak hastalığı	8	5,5	2-9,5	7,0±6,8
Osteoporoz	6**	17,5	12,5-20	15,8±5,8
KBY*	6	3,75	1-17,25	8,1±9,5
Dislipidemi	4	7,5	5,5-9,5	7,5±2,1
SVO*	3	7	2-..	8,0±6,6
PDH*	1	20	-	20

* SS: Standart sapma; DM: Diyabetes mellitus; KAH: Koroner arter hastalığı; KBY: Kronik böbrek yetmezliği; SVO: Serebrovasküler olay; PDH: Periferik damar hastalığı

** Bazı katılımcılar hastalık sürelerini bildirmemişlerdir.

Kronik hastalığı olan katılımcıların ilaç kullanma özellikleri

Çalışmaya katılan 500 hastanın kullandığı ilaç sayısı ortancası 3, 25-75 yüzdelikleri 2-4 ve ortalaması 3,1±2,0 (0-10 arası) idi.

Katılımcıların 427'si (%85,4) ilaçlarını her zaman ve 70'i (%14,0) bazen önerilen dozda kullanmaktaydı; önerilen ilaçları hiç kullanmayan katılımcı sayısı ise yalnızca 3 (%0,6) idi. İlaçları kullanma özellikleri bakımından cinsiyete göre anlamlı bir farklılık yoktu ($p>0,05$). Katılımcıların başlıca kronik hastalıkları için önerilen ilaçları kullanma özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo B8'de verilmiştir.

Tablo 8.Katılımcıların başlıca kronik hastalıkları için önerilen ilaçları kullanma özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı*

İlaçları kullanma özellikleri	Cinsiyet		Toplam
	Kadın	Erkek	
Her zaman kullanan	216 (83,4)	211 (87,6)	427 (85,4)
Bazen kullanan	40 (15,4)	30 (12,4)	70 (14,0)
Hiç kullanmayan	3 (1,2)	0 (0,0)	3 (0,6)
Toplam	259 (51,8)	241 (48,2)	500 (100)

* $p>0,05$

Sağlık hizmeti kullanma özellikleri

Katılımcıların hepsi son altı ay içinde en az bir kez doktora başvurmuştu. Bu süre içinde en az bir kez hastaneye yatan ve acil servise başvuran katılımcı sayısı ise sırasıyla 41 (%8,2) ve 84 (%16,8) idi. Doktora başvurularının 198'i (%39,6) aile hekimine, 302'si (%60,4) ise ilgili uzman hekime yapılmıştı. Erkekler (%11,2) kadınlara (%5,4) göre anlamlı olarak daha fazla hastaneye yatmıştı ($\chi^2=4,831;p=0,028$). Doktora ve acil servise başvuru ile başvuru doktor bakımından kadınlarla erkekler arasında anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$).

Katılımcıların son altı ay içinde bir doktora ve acil servise başvuru sayısı ortancaları sırasıyla 2 ve 1; hastaneye yatış ortancası ise 1 idi. Doktora ve acil servise başvuru ve hastaneye yatış sayıları bakımından kadınlarla erkekler arasında anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$).

Katılımcıların son altı ay içinde sağlık hizmeti kullanma özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo B9'da, doktora ve acil servise başvuru ile hastaneye yatış sayılarına ilişkin tanımlayıcı istatistik verileri ise Tablo B10'da verilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların son altı ay içinde sağlık hizmeti kullanma özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı

Sağlık hizmeti kullanma özellikleri		Cinsiyet		Toplam s (%)	İstatistik
		Kadın s (%)	Erkek s (%)		
Doktora başvuru	Evet	259 (100)	241 (100)	500 (100)	
Acil servise başvuru	Evet	42 (16,2)	42 (17,4)	84 (16,8)	p>0,05
	Hayır	217 (83,8)	199 (82,6)	416 (83,2)	
Hastaneye yatış	Evet	14 (5,4)	27 (11,2)	41 (8,2)	$\chi^2=4,831$ p=0,028
	Hayır	245 (94,6)	214 (88,8)	459 (91,8)	
Başvurulan doktor	Aile hekimi	103 (39,8)	95 (39,4)	198 (39,6)	p>0,05
	İlgili uzman hekim	156 (60,2)	146 (60,6)	302 (60,4)	
Toplam		259 (51,8)	241 (48,2)	500 (100)	

Tablo 10. Katılımcıların son altı ay içinde doktora ve acil servise başvuru ile hastaneye yatış sayılarına ilişkin tanımlayıcı istatistik verileri

Değişkenler	Hasta sayısı (%)	Ortanca	25-75 yüzdeler	Ortalama±SS*
Doktora başvuru sayısı	497	2	1-2	2,3±1,9
Acil servise başvuru sayısı	84	1	1-3	2,6±3,7
Hastaneye yatış sayısı	41	1	1-2	1,6±1,1

Çalışmaya katılan hastalardan 391'i (%78,2) herhangi bir sağlık çalışanından sağlık eğitimi aldığını belirtti. Bunların %84,1'i (s=329/391) sağlık eğitimini ilgili uzman hekimden, %34,5'i (s=135/391) aile hekiminden ve %4,1'i (s=16/391) hemşireden almıştı. Sağlık eğitimi alma bakımından kadınlarla (s=202; %78,0) erkekler (s=189; %78,6) arasında anlamlı bir fark yoktu (p>0,05).

Katılımcıların %85,6'sına (s=428) genel olarak yaşam tarzı değişikliği önerileri yapılmıştı. Daha özgül olarak %54,8'i (s=274) egzersiz yapma, %80,2'si (s=85/106) sigarayı bırakma, %47,6'sı (s=238) kilo verme, %28,0'i (s=140) kırmızı eti azaltma, %57'si (s=285) tuzu azaltma, %31,4'ü (s=157) sebze/meyve yemeyi artırma ve %41,0'i (s=205) katı yağ kullanmama önerisi yapıldığını belirtti. Erkekler katı yağ kullanmama ve kırmızı eti azaltma önerileri (sırasıyla %46,1; s=111 ve %33,6; s=81) kadınlara (sırasıyla %36,3; s=94 ve %22,8; s=59) göre anlamlı ölçüde daha fazla yapılmıştı (sırasıyla $\chi^2=4,921$; p=0,027 ve $\chi^2=7,263$; p=0,007). Diğer öneriler için kadınlarla erkekler arasında anlamlı bir fark yoktu

($p>0,05$). Katılımcılara yapılan yaşam tarzı değişikliği önerilerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo B11’de verilmiştir.

Tablo 11. Katılımcılara yapılan yaşam tarzı değişikliği önerilerinin cinsiyete göre dağılımı, $s=500$

Öneriler	Cinsiyet		Toplam s (%)	İstatistik
	Kadın, s (%)	Erkek, s (%)		
Genel yaşam tarzı değişikliği	225 (86,9)	203 (84,2)	428 (85,6)	$p>0,05$
Egzersiz yapma	151 (58,3)	123 (51,0)	274 (54,8)	$p>0,05$
Sigarayı bırakma			85/106 (80,2)	$p>0,05$
Kilo verme	133 (51,4)	105 (43,6)	238 (47,6)	$p>0,05$
Kırmızı eti azaltma	59 (22,8)	81 (33,6)	140 (28,0)	$\chi^2=7,263$; $p=0,007$
Tuzu azaltma	144 (55,6)	141 (58,5)	285 (57,0)	$p>0,05$
Sebze/meyve yemeyi artırma	72 (27,8)	85 (35,3)	157 (31,4)	$p>0,05$
Katı yağ kullanmama	94 (36,3)	111 (46,1)	205 (41,0)	$\chi^2=4,921$; $p=0,027$

Türkçe Modifiye PACIC Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması

Ölçeğin kapsam geçerliği

Delphi sürecinin birinci turu sonrasında 32 maddelik ilk taslak oluştu. İkinci tur sonrasında ölçek madde sayısı 28’e indi. Orijinal PACIC ölçeğinin üç maddesini (orijinal 2, 18 ve 20. maddeler) uzmanlar hiçbir değişiklik yapmadan benimsedi; 15 maddede ise (orijinal 1, 3, 4-9, 11, 12, 14-17, 19. maddeler) anlaşılabilirliği artırmaya yönelik bazı düzenlemeler ve eklemeler yaptı. İkinci tur sonunda uzmanların görüş ve önerileri dikkate alınarak orijinal 1. madde 13. madde ile ve orijinal 10. madde 17. madde ile birleştirildi. Ölçeğe yeni eklenen 12 maddeden ise ikisi birleştirildi ve biri çıkarıldı.

Taslak ölçek üçüncü turda kapsam geçerliğini belirlemek için yeniden uzman görüşlerine sunuldu. Elde edilen yanıtlar değerlendirilerek ikinci taslakta yer alan 28 maddenin kapsam geçerlik oranları ve tüm ölçeğin kapsam geçerlik indeksi hesaplandı. Buna göre kapsam geçerlik oranı istenen değerden düşük olduğu için (0,5) Madde 7 taslaktan çıkarıldı. Sonuç olarak 27 maddeden oluşan Türkçe Modifiye PACIC Ölçeğinin kapsam geçerlik indeksi 0,796 olarak belirlendi. Taslak ölçek maddelerinde yapılan

düzenlemeler ve hesaplanan kapsam geçerlik oranları Tablo B12’de, son şeklini alan ölçeğin kapsam geçerliği özellikleri Tablo B13’te verilmiştir.

Tablo 12. Taslak ölçek maddelerinde yapılan düzenlemeler ve hesaplanan kapsam geçerlik oranları

Ölçek maddeleri	Orijinal/yeni madde numarası (2. Tur)*	Düzenleme	KGO**
M1	Orijinal 1	Orijinal madde 13 ile birleştirildi	0,833
M2	Orijinal 2	Yapılmadı	1
M3	Orijinal 3	Yapıldı	0,66
M4	Orijinal 4	Yapıldı	0,833
M5	Orijinal 5	Yapıldı	0,833
M6	Orijinal 6	Yapıldı	0,833
M7	Orijinal 7	Yapıldı	0,5
M8	Orijinal 8	Yapıldı	0,833
M9	Orijinal 9	Yapıldı	0,66
M10	Orijinal 11	Yapıldı	0,66
M11	Orijinal 12	Yapıldı	1
M12	Orijinal 14	Yapıldı	0,833
M13	Orijinal 15	Yapıldı	1
M14	Orijinal 16	Yapıldı	0,66
M15	Orijinal 17	Orijinal madde 10 ile birleştirildi	1
M16	Orijinal 18	Yapılmadı	0,833
M17	Orijinal 19	Yapıldı	0,667
M18	Orijinal 20	Yapılmadı	0,66
M19	Yeni madde 21	Yeni madde 22 ile birleştirildi	0,66
M20	Yeni madde 23		1
M21	Yeni madde 24		0,66
M22	Yeni madde 25		0,833
M23	Yeni madde 26		0,66
M24	Yeni madde 27		0,833
M25	Yeni madde 29		0,66
M26	Yeni madde 30		0,833
M27	Yeni madde 31		0,833
M28	Yeni madde 32		0,66

* Yeni madde 28 üçüncü tur değerlendirmesine alınmadı

** KGO: Kapsam geçerlik oranı

Tablo 13. Son şeklini alan Türkçe Modifiye PACIC Ölçeğin kapsam geçerliği özellikleri

Alt ölçekler	Ölçek maddeleri	Gerekli	Yararlı/ye tersiz	Gereksiz	KGO*	KGİ*
Hasta katılımı	M1. Tedavi planı yapılırken görüşlerim alındı	11	1	0	0,833	0,786
	M2. Tedavimle ilgili düşünmem için seçenekler sunuldu	12	0	0	1	
	M3. İlaçlarım, etkileri ya da yan etkileri ile ilgili sorunları konuşabildim	10	2	0	0,667	
	M4. Ne olduğu, nedenleri, risk etkenleri, tedavisi, kısa ve uzun dönem etkileri gibi hastalığımla ilgili tüm konularda bilgilendirildim	10	2	0	0,667	
	M5. Hastalığımla ilgili tüm karar alma süreçlerine dahil edildim	11	1	0	0,667	
	M6. Bana evde bakım veren kişiye/kişilere hastalığımla tedavisini kolaylaştırmaya yönelik bilgi verildi	10	1	1	0,833	
	M7. Hastalığımla ilgili önerilere uymam yönünde teşvik edildim	11	0	1	0,833	
Sağlık hizmetleri sunum planı	M8. Daha sağlıklı bir yaşam için yapmam gerekenlerin yazılı bir listesi verildi	11	1	0	0,833	0,833
	M9. Bana sunulan hizmet iyi planlanmıştı	11	1	0	0,833	
	M10. Tedavi sürecinde kendi yaptıklarımın hastalığıma nasıl etkilediği anlatıldı	11	1	0	0,833	
	M11. Hastalığımla ilgili olarak ihtiyaç duyduğumda doktoruma/yardımcısına ulaşabildim	10	1	1	0,833	
Amaç belirleme	M12. Yemek ve egzersiz alışkanlıklarımı düzeltmem için hedefler oluşturmama yardım edildi	11	1	0	0,833	0,767
	M13. Tedavim için yapılacakların bir kopyası bana verildi	10	2	0	0,667	
	M14. Sağlık alışkanlıklarım ile ilgili sözlü ya da yazılı sorular soruldu	10	2	0	0,667	

Tablo 13. Son şeklini alan Türkçe Modifiye PACIC Ölçeğin kapsam geçerliği özellikleri(devamı)

	M15. İlaçlarımı ve gerekli cihazları doğru kullanmayı öğrenmem konusunda yardım edildi	12	0	0	1	
	M16. Hastalığımla başa çıkmama yardımcı olacak yazılı veya görsel materyaller önerildi	10	1	1	0,667	
Problem çözme	M17. Bana tedavi tavsiyelerinde bulunurken doktorum ya da hemşiremin benim değer, inanç ve geleneklerimi dikkate aldığını düşündüm	12	0	0	1	0,875
	M18. Zor durumlarda bile hastalığım ile ilgili hizmet alabilecek şekilde ileriye dönük plan yapmama yardım edildi	11	1	0	0,833	
	M19. Hastalığının hayatımı nasıl etkilediği soruldu	12	0	0	1	
	M20. Benimle kurulan iletişim yeterliydi	10	1	1	0,667	
İzlem/ koordinasyon	M21. Benimle kurulan iletişim yeterliydi	12	0	0	1	0,762
	M22. Durumumu ve hastalığının seyrini değerlendirmek üzere görüşme sonrası benimle temas kuruldu	10	1	1	0,667	
	M23. Bir diyetisyen, sağlık eğitimcisi ya da sağlık danışmanına yönlendirildim	11	1	0	0,833	
	M24. Başka doktorlarla yaptığım görüşmelerin tedavime nasıl yardımcı olduğu bana anlatıldı	10	2	0	0,667	
	M25. Diğer doktorlarla yaptığım görüşmelerin nasıl geçtiği soruldu	10	2	0	0,667	
	M26. Hastalığımla ilgili farklı sağlık çalışanlarından aldığım sağlık hizmetlerinin koordinasyonu yapıldı	11	0	1	0,833	
	M27. Hastalığının olumsuz sonuçlarına yönelik hizmet almam konusunda desteklendim	10	1	1	0,667	
	Uzman sayısı					12
	Kapsam geçerlik ölçütü					0,56
	Ölçeğin kapsam geçerlik indeksi					0,796

* KGO: Kapsam geçerlik oranı; KGI: Kapsam geçerlik indeksi

Ölçeğin güvenilirliği

Ölçeğin madde toplam puan korelasyonları 0,27 ile 0,68 arasında değişmekteydi (Tablo B14). Görüldüğü gibi toplam korelasyon (ilgileşim) katsayısı 0,20'nin altına düşen madde yoktu.

Tablo 14. Ölçeğin madde puanları ve madde toplam puan korelasyonları

Maddeler	Ortalama	SS	r*
M1	3,29	1,44	0,60
M2	2,97	1,44	0,55
M3	3,29	1,55	0,62
M4	3,08	1,51	0,68
M5	2,97	1,47	0,64
M6	2,01	1,46	0,27
M7	3,34	1,38	0,62
M8	2,38	1,55	0,53
M9	3,78	1,11	0,59
M10	3,28	1,37	0,65
M11	3,54	1,40	0,49
M12	2,62	1,52	0,54
M13	2,21	1,47	0,55
M14	3,43	1,48	0,57
M15	3,55	1,50	0,53
M16	1,82	1,20	0,46
M17	2,65	1,53	0,49
M18	2,88	1,46	0,63
M19	3,22	1,56	0,63
M20	3,79	1,20	0,64
M21	1,27	0,79	0,30
M22	1,61	1,17	0,48
M23	1,99	1,42	0,40
M24	2,51	1,45	0,65
M25	2,50	1,44	0,63
M26	2,23	3,00	0,59
M27	2,71	1,33	0,54

* Tüm maddelerin toplam puan korelasyonları 0,20'nin üzerindedir.

Tüm ölçeğin Cronbach alfa (iç tutarlık) değeri 0,93 ve alt boyutların ortanca alfa katsayısı 0,73 (0,67-0,84 arasında) idi. Her bir alt boyutun puanları ile toplam ölçek puanı arasındaki ilişki incelendiğinde güvenilirlik katsayıları 0,83 – 0,86 arasında bulundu ve bu sonuçlar tüm maddeler için anlamlıydı ($p=0,000$). Ölçeğin ve alt boyutlarının güvenilirlik verileri Tablo B15'te verilmiştir. Ölçek ve alt ölçek madde puan ortalamaları incelendiğinde, en yüksek puan ortalamasının karar desteği ölçeğinde ($3,24\pm1,46$), en düşük puan ortalamasının ise izlem/koordinasyon alt ölçeğinde ($2,12\pm1,38$) olduğu görüldü. Toplam ölçek puanı ise $2,78\pm1,55$ idi. Ölçeğin zamana karşı değişmezliğini belirleyen test-retest korelasyonu 0,94 idi.

Tablo 15. Ölçeğin ve alt boyutlarının güvenilirlik verileri

Ölçek ve alt boyutları	Ortalama±SS	Alt ölçek korelasyonları* (s=500)	Güvenilirlik	
			Cronbach alfa* (s=500)	Test-retest (2ay) korelasyonları (s=62)
PACIC-TR	2,78±0,83		0,93	0,94
Hasta katılımı	2,99±1,04	0,86	0,84	0,95
Karar desteği	3,24±0,97	0,84	0,67	0,98
Hedef belirleme	2,73±0,98	0,84	0,71	0,90
Sorun çözme/bağlamsal	3,14±1,07	0,84	0,73	0,95
İzlem/koordinasyon	2,12±0,86	0,83	0,79	0,88

* Korelasyon katsayıları p=0,000 düzeyinde anlamlıdır (Spearman korelasyon testi).

Ölçeğin yapı geçerliği

Ölçeğin geçerliği için faktör yapı geçerliği analizi yapıldı. Analiz öncesinde Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri 0,927 ve Bartlett's testi p=0,000 düzeyinde anlamlı bulundu ($\chi^2=6277,151$).

Açımlayıcı faktör analizi ölçeğin 5 faktörlü yapıda olduğunu gösterdi. Bu beş faktörün açıkladığı toplam varyans %57,23 idi. Faktör 1 toplam varyansın %17,24'ünü, faktör 2 %11,32'sini, faktör 3 %11,00'ini, faktör 4 %10,37'sini ve faktör 5 %7,29'unu açıklamaktaydı. Maddelerin faktör yük değerleri 0,45 ile 0,85 arasında değişmekteydi. Tüm maddelerin yük değerleri referans değer olarak alınan 0,40'ın üzerinde bulundu. Ölçeğin açımlayıcı faktör analizi sonuçları Tablo B16'da verilmiştir.

Tablo 16. Ölçeğin açımlayıcı faktör analizi sonuçları*

Faktör 1		Faktör 2		Faktör 3		Faktör 4		Faktör 5	
Madde	Yük	Madde	Yük	Madde	Yük	Madde	Yük	Madde	Yük
3	0,566	24	0,813	8	0,732	1	0,796	6	0,571
4	0,573	25	0,835	12	0,669	2	0,851	17	0,450
7	0,551	26	0,706	13	0,650	5	0,718	21	0,509
9	0,557	27	0,523	16	0,492			22	0,522
10	0,588			23	0,723				
11	0,622								
14	0,646								
15	0,522								
18	0,506								
19	0,582								
20	0,642								
Özdeğer	4,656	3,057		2,970		2,800		1,968	
Varyans	17,244	11,322		11,000		10,372		7,290	

* Temel faktör analizi; Rotasyon yöntemi: VarimaxwithKaisernormalization

Kronik hasta bakımının değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan ve kronik bir rahatsızlığı olan 500 hastanın Türkçe Modifiye PACIC Ölçeği toplam madde puan ortalaması $2,78 \pm 0,83$ (1-5 arası) idi. Ölçeğin toplam madde puan istatistikleri Tablo B17’de verilmiştir.

Tablo 17. Ölçeğin toplam madde puan istatistikleri

Ölçek ve alt ölçekler	Ortalama $\pm$ SS	Dağılım aralığı	Ortanca	Mod	25 ve 75 yüzdellikler
Toplam ölçek puanı	2,78 $\pm$ 0,83	1 – 5	2,81	2,93	2,19 – 3,33
Hasta katılımı	2,99 $\pm$ 1,04	1 – 5	3,00	3,57	2,14 – 3,71
Karar desteği	3,24 $\pm$ 0,97	1 – 5	3,25	3,25	2,50 – 4,00
Hedef belirleme	2,73 $\pm$ 0,98	1 – 5	2,60	2,60	2,00 – 3,40
Sorun çözme	3,14 $\pm$ 1,07	1 – 5	3,25	4,00	2,25 – 4,00
İzlem/koordinasyon	2,12 $\pm$ 0,86	1 – 5	2,00	1,00	1,42 – 2,71

Katılımcıların aldıkları kronik hastalık bakım hizmetlerini değerlendirmeleri sosyodemografik özelliklere göre irdelendi. Bunun için toplam madde puanları kullanıldı. Ölçek toplam madde puanları normal dağılım göstermediği için ikili değişkenlerle yapılan karşılaştırmalarda Mann-Whitney U test, ikiden fazla özelliğin (grubun) bulunduğu değişkenlerle yapılan karşılaştırmalarda Kruskal Wallis testi, normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenler arası korelasyonlarda Spearman’s ve ordinal değişkenlerle yapılan

korelasyonlarda Kendall'staukorelasyon testleri kullanıldı.Kruskal Wallis testi sonrası yapılan çoklu karşılaştırmalar ikili alt gruplar halinde Mann-Whitney U testiyle yapıldı; bu durumda anlamlılık düzeyi yapılan karşılaştırma sayısına göre uyarlandı.

Katılımcıların eğitim durumları ve gelir düzeyleriyle ölçek madde toplam puanları arasında olumlu yönde zayıf bir ilişki vardı; eğitim ($\tau=0,098$; $p=0,005$) ve gelir ($\tau=0,130$; $p=0,000$) düzeyleri arttıkça ölçek madde toplam puanları da artmaktaydı.

Mesleklerine göre değerlendirildiğinde, altı meslek grubunun aldıkları bakımı değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark vardı ($\chi^2=13,000$; $p=0,023$). Anlamlılık düzeyi uyarlanarak ($p=0,003$) yapılan alt grup karşılaştırmalarında bu farklılık özelleştirilemedi. Katılımcıların meslekleri “çalışmayan”, “dışarıda çalışan” ve “evde çalışan” gruplarında birleştirildikten sonra yapılan karşılaştırmada da katılımcıların değerlendirmeleri arasındaki fark devam etti ($\chi^2=9,141$; $p=0,010$). Anlamlılık düzeyi uyarlanarak ($p=0,017$) yapılan alt grup karşılaştırmalarında bu anlamlılığın evde çalışanlarla dışarıda çalışanlar ($Z=2,631$; $p=0,009$) ve çalışmayanlar ($Z=2,560$; $p=0,010$) arasındaki farktan kaynaklandığı görüldü.

Kentte yaşayan hastalar aldıkları kronik hastalık bakımını kırsal bölgede yaşayanlara göre daha olumlu değerlendirmişlerdi ($Z=4,076$; $p=0,000$).

Katılımcıların ekonomik durum algıları ile ölçek puanları arasında olumlu yönde zayıf bir ilişki vardı; yani ekonomik durum algıları yükseldikçe aldıkları hizmeti daha olumlu değerlendirmekteydiler ($\tau=0,121$; $p=0,001$).

Katılımcıların ölçek puanları sigara kullanma durumlarına göre farklılık göstermekteydi ($\chi^2=6,947$; $p=0,031$); halen sigara kullanmakta olanlar aldıkları kronik hastalık bakım hizmetini hiç sigara kullanmamış olanlara göre daha olumlu değerlendirmekteydi ($Z=2,577$; $p=0,10$).

Yaş, cinsiyet, medeni durum ve sağlık güvencesi değişkenleri bakımından katılımcıların toplam madde puanları farklılık göstermemekteydi ($p>0,05$).

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre ölçek toplam madde puanlarının karşılaştırılması Tablo B18’de verilmiştir.

Katılımcıların aldıkları kronik hastalık bakım hizmetlerini değerlendirmeleri hastalık ve sağlık hizmeti kullanım özelliklerine göre irdelendi.

On beş başlık altında sorgulanan başlıca hastalıklar analiz öncesinde dört ana grupta toplandı: 1) Kardiyovasküler hastalık, risk etkenleri ve eşdeğer durumlar; 2) kronik solunum hastalıkları; 3) kanserler ve 4) diğer kronik rahatsızlıklar. Katılımcıların aldıkları hizmetin kalitesini değerlendirmeleri hastalık gruplarına göre farklılık göstermekteydi ($\chi^2=9,388$; $p=0,025$); anlamlılık düzeyi $p=0,00825$ olarak uyarlanarak yapılan ikili karşılaştırmalarda kanser hastalarının ölçek toplam madde puanları diğer hastalık gruplarına göre anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu görüldü (diğer gruplarla sırasıyla $Z=2,881$ ve $p=0,004$; $Z=2,662$ ve $p=0,008$; $Z=2,647$ ve $p=0,008$).

Doktora başvuru sayısı ile katılımcıların aldıkları hizmeti değerlendirme puanları arasında olumlu yönde zayıf bir ilişki vardı. Doktora başvuru sayısı arttıkça katılımcılar aldıkları hizmeti daha olumlu değerlendirmekteydi ($\rho=0,111$; $p=0,013$).

Katılımcıların değerlendirme puanları son altı ay içinde sağlık hizmeti aldıkları hekime göre değişmekteydi; ilgili uzman hekime başvurmuş olanlar aile hekimine başvurmuş olanlara göre aldıkları hizmeti anlamlı ölçüde daha olumlu değerlendirmişlerdi ($Z=3,297$; $p=0,001$).

Hasta eğitimi alan hastalar almayanlara ve yaşam tarzı değişikliği önerisi yapılan hastalar yapılmayanlara göre aldıkları hizmeti daha olumlu değerlendirdiler (sırasıyla $Z=7,014$; $p=0,000$ ve $Z=5,536$; $p=0,000$).

Sağlık durum algısı, tedaviye uyum, kullanılan ilaç sayısı, hastaneye yatış durumu ve yatış sayısı, acil servise başvuru durumu ve başvuru sayısı, multimorbidite varlığı değişkenleri bakımından katılımcıların toplam ölçek madde puanları farklılık göstermemekteydi ($p>0,05$).

Katılımcıların bazı hastalık ve sağlık hizmeti kullanma özelliklerine göre ölçek toplam madde puanlarının karşılaştırılması Tablo B19'da verilmiştir.

İkili analizlerde bağımlı değişkenle (ölçek madde toplam puan ortalaması) ilişkisi saptanan 11 bağımsız değişken çoklu doğrusal regresyon analizine alındı. Aralarında güçlü korelasyon gösteren değişkenler yoktu. Durbin-Watson analizi (1,636) ve histogram grafiğine göre bağımlı değişkenin normal dağılım gösterdiği saptandı. Bağımsız değişkenler arasındaki korelasyonlar nedeniyle gelir düzeyi, eğitim durumu, sigara içme durumu, doktora başvuru sayısı değişkenleri analizden çıkarıldı. Backward yöntemiyle yapılan

analizde yedi değişkeni içeren bir model oluştu. Modeldeki bağımsız değişkenler bağımlı değişkendeki varyansın %21'ini açıklamaktaydı ($R^2=0,21$). $P=0,000$ düzeyinde anlamlı olan ($F=13,654$) bu modele göre oluşan yordama denklemi aşağıdaki gibiydi:

$$Y=1,51 - 0,26 (\text{evde çalışan}) + 0,23 (\text{kırsalda oturan}) + 0,18 (X \text{ ekonomik durum algısı puanı}) + 0,52 (\text{kanser hastası}) + 0,21 (\text{ilgili uzmana başvuran}) - 0,41 (\text{hasta eğitimi alan}) + 0,42 (\text{YTD alan})$$

Yedi değişkeni içeren çoklu doğrusal regresyon modeli Tablo B20'de verilmiştir.

Tablo 18. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre ölçek toplam madde puanlarının karşılaştırılması, s=500

Değişken	Sayı	Ortalama sıra	İstatistik
Cinsiyet	Kadın	259	245,49
	Erkek	241	255,88
p>0,05			
Medeni durum	Evli	404	253,21
	Boşanmış/dul	74	229,67
	Bekar	22	270,75
P>0,05			
Eğitim düzeyi	8 yıl ve altı	322	237,06
	9-12 yıl arası	82	273,43
	13 yıl ve üstü	96	275,99
tau=0,098 p=0,005			
Meslek	Çalışmayan	231	260,67
	Dışarıda çalışan	106	270,69
	Evde çalışan	163	222,96
$\chi^2=9,141$ p=0,010			
Gelir düzeyi	1380 TL ve altı	231	225,90
	1380-4470 TL arası	232	268,59
	4470 ve üzeri	37	290,62
tau=0,130 p=0,000			
Yerleşim	Kentsel	375	265,70
	Kırsal	125	204,89
Z=4,076 p=0,000			
Sağlık güvencesi	Yok	4	289,00
	Var	496	250,19
p>0,05			
Sigara kullanma durumu	İçmeyen	259	235,53
	İçip bırakan	135	257,66
	İçmekte olan	106	277,97
$\chi^2=6,947$ p=0,031			

Tablo 19. Katılımcıların bazı hastalık ve sağlık hizmeti kullanma özelliklerine göre ölçek toplam madde puanlarının karşılaştırılması, s=500

Değişken		Sayı	Ortalama sıra	İstatistik
Başlıca hastalık	KVH* ve eşdeğeri	351	247,57	$\chi^2=9,388$ p=0,025
	Solunum	49	229,87	
	Kanser	22	338,91	
	Diğer	78	251,69	
Multimorbidite	Yok	216	243,62	p>0,05
	Var	284	25,74	
İlaç kullanma durumu	Evet	427	253,97	p>0,05
	Bazen	70	223,26	
	Hayır	3	392,00	
Başvurulan hekim	Aile hekimi	198	224,20	Z=3,297 p=0,001
	İlgili uzman hekim	302	267,75	
Hastaneye yatış	Yok	459	247,04	p>0,05
	Var	41	289,18	
Acil servis başvurusu	Yok	416	248,52	p>0,05
	Var	84	260,29	
Hasta eğitimi	Evet	391	274,42	Z=7,014 p=0,000
	Hayır	109	164,68	
YTD* tavsiyesi	Evet	428	265,17	Z=5,536 p=0,000
	Hayır	72	163,31	

* KVH: Kardiyovasküler hastalık; YTD: Yaşam tarzı değişikliği

Tablo 20. Yedi bağımsız değişkenli doğrusal regresyon modeli*, s=364

Bağımlı değişken: Ölçek madde toplam puan ortalaması					
Modeldeki bağımsız değişkenler		Regresyon katsayısı (β)	SE**	P**	%95 güven aralığı
Meslek	Evde çalışanlar	-0,215	0,081	0,008	(-0,374) – (-0,055)
	Diğerleri				
Yerleşim	Kentsel	0,229	0,093	0,014	0,047 – 0,411
	Kırsal				
Ekonomik durum algısı		0,180	0,057	0,002	0,068 – 0,292
Başlıca hastalık	Kanser	0,516	0,215	0,017	0,093 – 0,939
	Diğerleri				
Başvurulan hekim	İlgili uzman hekim	0,208	0,080	0,010	0,050 – 0,366
	Aile hekimi				
Hasta eğitimi	Alanlar	-0,410	0,096	0,000	(-0,599) – (0,222)
	Almayanlar				
YTD** önerileri	Alanlar	0,418	0,118	0,000	0,186 – 0,649
	Almayanlar				
Sabit		1,512	0,258	0,000	

* $r^2=0,21$

** SE: Standart hata; p: Anlamlılık değeri; YTD: Yaşam tarzı değişikliği

5. TARTIŞMA

5.1. Demografik Özellikler

DSÖ'ye göre kronik hastalık tanımı yıllar boyunca devam eden, sürekli yönetim gerektiren sağlık durumları olarak tanımlanmaktadır (1). Kronik hastalıklar sınıflaması içine persistan bulaşıcı hastalıklar (tüberküloz, AIDS vb.), bulaşıcı olmayan hastalıklar (kardiovasküler hastalıklar, kanser, diyabet, kronik obstruktif akciğer hastalıkları, astım gibi), uzun süreli ruhsal bozukluklar, devam etmekte olan fiziksel ve yapısal bozukluklar girmektedir. Dünya nüfusunun giderek yaşlanması ve sağlık teknolojilerindeki gelişmeler nedeniyle kronik hastalık yükü giderek artmaktadır (11). DSÖ son yıllarda mortalite ve morbiditenin en önemli nedeni olan bulaşıcı olmayan kronik hastalıklarla mücadele politikaları geliştirmekte ve önemini vurgulamaktadır. Bu kapsamda, alınan sağlık bakımının kronik bakım modeline uygunluğunu ve kalitesini değerlendirdiğimiz çalışmamızda yalnızca bulaşıcı olmayan kronik hastalıkları bulunan hastalar yer almıştır.

Aydın ili merkez ilçesinde Eylül-Aralık 2015 tarihleri arasında 18 yaş üstü erişkin toplulukta gerçekleştirilen çalışma toplum temelli bir çalışmadır. Glasgow ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada birinci basamakta kayıtlı 50 yaş üzeri kişilerden örneklem seçilmiş ve kronik hastalığı olanlar çalışma kapsamına alınmıştır (7). İncirkuş ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ise dahiliye, diyabet, hipertansiyon ve solunum hastalıkları polikliniklerine başvuran, 18 yaş üstü toplulukta gerçekleştirilmiştir (8). Yine literatüre baktığımızda kronik bakım ile ilgili çalışmaların daha çok belli bir hastalığa yönelik olarak yapıldığı görülmektedir. Hollanda'da birinci basamaktaki KOAH ve kardiyovasküler hastalıklar, Almanya'da osteoartritli hastalar, çeşitli ülkelerde tıp 2 diyabetli hastalar, Avustralya'da diyabet, iskemik kalp hastalığı ve hipertansiyon hastaları ile çalışmalar yapılmıştır (48,49,50,51,52). Çalışmamızın tüm toplumu temsil eden bir örneklemde yapılmış olması ve bulaşıcı olmayan tüm kronik hastalıkları kapsamı diğer birçok çalışmadan farklı olarak sonuçlarımızın topluma genellenebilme gücünü artırmaktadır.

Çalışmamıza katılan kronik hastaların yaş ortalaması 60,2 olup cinsiyet açısından farklılık görülmemektedir. Glasgow ve arkadaşların yaptığı çalışmada yaş ortalamasının 64 olduğu, daha çok kadın katılımcılardan oluştuğu bildirilmektedir (7). Yaş sınırlaması yapmadan tüm erişkin nüfusu çalışmaya almış olmamız nedeniyle, bizim örneklemimizin daha genç bulunması doğaldır. İncirkuş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada

yaş ortalaması 57'dir (8). Yine ülkemizde bir üniversite hastanesi aile hekimliğinde çeşitli kronik hastalıklarda yapılan bir çalışmada yaş ortalaması 52 olarak belirtilmektedir (53). Bu çalışmalar tüm toplumu temsil eden örneklemelerde yapılmadığı için poliklinik özelliklerine göre değişen yaş ortalamaları elde edilmiş görünmektedir.

Katılımcıların büyük bölümünün eğitim düzeyi düşük, gelir durumlarının ise düşük-orta düzeyde olduğu gözükmemektedir. Ekonomik durum algıları da gelir düzeyi ile paralel olarak orta düzeydedir. Tamamına yakının sosyal güvencesi mevcuttur. Örneklem Aydın ilinin kentsel kırsal nüfus oranına göre seçildiği için katılımcıların kentsel kırsal dağılımı da toplumu yansıtmaktadır.

Çalışmamızda sigara içme sıklığı %21,2 olarak bulunmuştur; bu oran kadınlarda %15,1 ve erkeklerde %27,8'dir. Aydın'da 2000 yılında yapılan bir çalışmada sigara kullanma sıklıkları erkeklerde %62,2, kadınlarda %16,8 ve tüm nüfusta ise %42 olarak bulunmuştur. Denizli'de 2007 yılında 40 yaş üzeri nüfusta yapılan bir çalışmada ise erkeklerde %50, kadınlarda %12 ve toplamda %30 sigara içme oranı olduğu bildirilmektedir (54,55) 2011 yılındaki kronik hastalıklar ve risk faktörleri çalışmasında bu oranın kadınlarda %17, erkeklerde %43 olduğu görülmektedir (56). 2012 yılında yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırma (GATS) verilerine göre ülkemizde tütün kullanım oranı %27,1, erkeklerde %41,5 ve kadınlarda %13,1'dir (57). Bizim çalışmamızın sigara kullanım oranlarının son yıllarda bölgede ve ülke genelinde yapılmış çalışma sonuçlarından daha düşük olmasının nedeni, olasılıkla katılımcıların yalnızca kronik hastalığı olan kişilerden oluşmasıdır. Ülkemizde gerçekleştirilen tütünle mücadele politikalarının sigara kullanma oranlarının düşüşünde etkili olduğu söylenebilir (58).

Katılımcıların sağlık durumlarını daha çok orta-iyi düzeyde algıladıkları görülmektedir. İncirkuş ve arkadaşlarının çalışmasında da bizimkine benzer olarak daha çok orta düzeyde olduğu belirtilmektedir (8).

Katılımcılarda görülen kronik hastalıkları incelediğimizde birinci sırada hipertansiyon yer almakta, hipertansiyonu sırasıyla kardiovasküler hastalıklar ve diyabet izlemektedir. Glasgow ve arkadaşların çalışmasında da bizimkine benzer olarak birinci sırada hipertansiyon vardır, fakat bunu sırasıyla artrit, depresyon ve diyabet izlemektedir (7). Bu farklılığın sebebi çalışmaların farklı toplumlarda yapılmış olmasının yanı sıra Glasgow ve ark'nın çalışmasının 50 yaş üstü nüfusta yapılmış olması olabilir. Dejeneratif eklem hastalıkları daha ileri yaşta görüldüğü için artrit sıklığı buna bağlanabilir. Ayrıca

çalışmamıza ruhsal hastalıklar alınmadığı için sıklığını bilmemekteyiz. Yine İtalya’da yapılan bir araştırmada kardiovasküler hastalıklar birinci, onkolojik hastalıklar ikinci ve hipertansiyon üçüncü sırada görülmektedir (59). 2015 yılında İstanbul Üsküdar ilçesinde birinci basamakta 40 yaş üstü nüfusta yapılan multimorbidite çalışmasında sıklık sırası hipertansiyon, diyabet ve depresyon şeklinde görülmektedir (60). 2004 yılında yapılan Türkiye Hastalık Yüğü çalışmasında kronik hastalıklar içinde birinci sırada kardiovasküler hastalıklar, ikinci sırada ise depresyon yer almaktadır (4). Genel olarak baktığımızda çalışmamız toplumun genelini yansıtmaktadır. Fakat ruhsal hastalıklar çalışmamıza alınmadığı için farklılıklar buna bağlı olabilir. Ayrıca katılımcılara hayatınızı başlıca etkileyen kronik hastalık nedir diye sorduğumuzda sırasıyla hipertansiyon, diyabet ve kardiovasküler hastalıklar gelmektedir.

Çalışmamızda ortalama kronik hastalık sayısı iki olarak bulunmuştur. İncirkuş ve arkadaşlarını çalışmasında ortalama ek hastalık sayısı 0,8 olarak bildirilmekte, Avrupa genelinde birinci basamaktaki koroner arter hastalığı olan kişilerde yapılan bir çalışmada kronik hastalık sayısının 3,3 olduğu rapor edilmiştir (61). Bu sonuçları karşılaştırırken bizim çalışmamızın hem toplum temelli olması hem de belirli bir kronik hastalığa yönelik olmaması dikkate alınmalıdır.

Katılımcıların günlük kullandığı ilaç sayısı ise 3,1 dir. İncirkuş ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer olarak 2,5 olduğu bildirilmektedir (8). Çalışmamızda katılımcılar kronik hastalıklarının izlemi için daha çok ilgili uzman hekime başvurmaktadırlar. Aile hekimine başvuru oranı % 40’tır. 2014 Türkiye Sağlık İstatistikleri verilerinde de benzer oranlar görülmektedir; birinci basamağa başvuru oranı %34, ikinci ve üçüncü basamağa başvuru oranı %66’dır (62). Bu, çalışmamızın genel toplum verileriyle paralellik taşıdığını göstermektedir.

Katılımcıların kronik hastalığı için doktora başvurma sayısı ortalama 2,3’tür. Son altı ay içinde %17’sinin acil servise başvurduğu, %8’inin de hastaneye yattığı görülmektedir. İncirkuş’un çalışmasında ise acil servise başvurma oranının %33, hastaneye yatış oranının %12 olduğu bildirilmektedir (8). Bu farkın İncirkuş’un çalışmasının hastane ortamında yapılmış olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların %78’i herhangi bir sağlık çalışanından hastalığı hakkında sağlık bilgisi, %86’ı da yaşam tarzı değişikliği önerisi aldığını belirtmektedir. 2014 Türkiye Sağlık İstatistikleri Verilerine göre sağlık konusunda bilgi alma oranı %82’dir. Bu

bilginim %85,4'ü sađlık çalıřanları tarafından verildiđi bilinmektedir (62). İncirkuř'un çalıřmasında sađlık eđitimi alma oranlarının daha dűřűk olduđu gűrűlmektedir (8). Çalıřmamızda hem sađlık eđitimi alma hem de yařam tarzı deđiřikliđi űnerilerinde bulunulma oranları yűksek olduđu gűrűlmektedir. Ancak bu eđitimlerin etkili olduđuuna dair elimizde veri yoktur.

5.2. Kronik Hasta Bakımının Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan ve kronik bir rahatsızlığı olan 500 hastanın Tűrke Modifiye PACIC  leđi toplam madde puan ortalaması 2,78 (ortanca 2,81) olarak gűrűlmektedir. Bu da hastaların aldıkları bakımın kronik bakım modeline uygunluğu özelliğinin bazen sınıflandırılmasına girdiğini ifade etmektedir. Bařka bir deyişle hastalar aldıkları bakımı orta olarak değerlendirmektedir. Glasgow ve arkadaşlarının çalışmasında ortalama ölçek puanı bizim çalışmamıza benzer olarak 2,60 bulunmuştur (7). Rosemann ve arkadaşlarının birinci basamakta osteoartritli hastalarda yaptığı çalışmada ölçek puanı 2,52, Hollanda'da 2012 yılında Cramm ve arkadaşları tarafından birinci basamakta yapılan çalışmada kardiovaskűler hastalığı olanlarda ölçek puanı 2,77, KOAH'lı hastalarda 2,89 olduğu gűrűlmektedir (49,48). Yine Hollanda'da Wensing ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada diyabetli ve KOAH'lı hastalarda ölçek puanı ortalaması 2,9'dur (63). Avrupa'daki 5 űlkenin birinci basamağına başvuran hastalardaki bakımı değerlendiren bir çalışmada ölçek puanı 2,84 bulunmuştur (61).

Ülkemizde ise İncirkuş ve arkadaşlarının çalışmasında bakım puanı 2,54,  niversite hastanesi aile hekimliğine başvuran hastalarda yapılan çalışmada bakım puanı 2,44, birinci basamakta KOAH'lı hastalarda yapılan çalışmada bakım puanı 1,69, Erzurum'da hastane bazında gerçekleştirilen bir çalışmada bakım puanı 2,54 olarak bulunmuştur (8, 53, 64, 65). Gűrűldűđi gibi bizim çalışmamızda bakım kalitesi ülkemizdeki diğer çalışmalara gűre daha yűksek olarak değerlendirilmiştir.

Demografik  zelliklerine gűre katılımcıların toplam ölçek puanlarını karřılařtırdıđımızda eđitim durumu, gelir dűzeyi, gelir dűzeyi algısı, kentte yařama ve sigara kullanma ile toplam ölçek puanları arasında pozitif bir iliřki bulunduđu gűzlenmektedir. Yař, cinsiyet, medeni durum ve sađlık gűvencesi deđiřkenleri bakımından bir farklılık bulunmamaktadır.

Rosemann ve arkadaşları ile Taggart ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda ise bizim sonuçlarımızın tam tersine eğitim düzeyi ile bakım kalitesi değerlendirmesi arasında bir ilişki bulunmamıştır. Bunun nedeni de eğitim düzeyinin artıkça sağlık bakımı beklentilerinin artmasından dolayı memnuniyetin azalması olabilir (49, 52).

Daha çok sağlık hizmeti alınmış olması, sağlık eğitimi verilmesi ve yaşam tarzı değişiklikleri önerileri de kronik hastalık bakım hizmetlerinin değerlendirilmesini olumlu yönde etkilemektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da sağlık eğitimi alma ile ölçek puanı arasında pozitif bir ilişki gözlemlendiği bildirilmektedir (8,64).

Tespit ettiğimiz önemli bulgulardan biri de ilgili uzman hekimden alınan sağlık hizmetlerinin aile hekiminden alınan hizmetlere daha olumlu değerlendirilmiş olmasıdır. Ülkemizde KOAH'lı hastalarda yapılan benzer bir çalışmada daha çok hastane temelli hizmet alanların bakımlarını daha iyi değerlendirdiği görülmektedir (64). Türkiye'de sağlık sisteminde sevk zinciri bulunmamaktadır. Hasta temaslarının çoğu ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde uzman hekimlerle yapılmaktadır. Birinci basamağın daha çok reçete tekrarları ve rutin tetkikler için kullanıyor olması bakım kalitesinin daha düşük değerlendirilmiş olmasında etkili olmuş olabilir.

Alınan sağlık hizmetinin değerlendirilme düzeyi bağımlı değişken olarak alındığında bakımı olumlu yönde etkileyen en önemli bağımsız değişkenler dışarda çalışmak veya işsiz olmak, kentte yaşamak, ekonomik durum algısı daha yüksek olmak, ilgili uzmana başvurmak, sağlık eğitimi almamış olmak, yaşam tarzı değişikliği önerisi almak ve kanser hastası olmaktır.

İkili analizlerde sağlık eğitimi alanların daha iyi bakımı daha iyi değerlendirdiği gözükse de doğrusal lojistik regresyonla analiz edildiğinde eğitim alma ile bakım değerlendirme ilişkisi tersine dönmektedir.

Kronik bakım değerlendirme ölçeği alt gruplarına bakıldığında katılımcıların aldıkları bakımı olumlu değerlendirmesi açısından en yüksek puan karar desteğinde, en düşük puan izlem/koordinasyonda olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamıza benzer olarak karar desteği alt ölçek puan ortalamasının en yüksek, izlem/koordinasyon alt ölçek puan ortalamasının ise en düşük değere sahip olduğu çalışmalar mevcuttur. Bu benzerlik Incirkuş ve ark, Glasgow ve ark, Aragones ve ark, Rosemann ve ark, Üstünova ve ark, Kaya ve ark, Cramm ve ark, Ludt ve ark'nın çalışmalarında da mevcuttur (7, 8, 50, 64, 53, 49, 48, 61).

Çalışmamızda kanser tanılı hastaların bakım değerlendirme puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Diğer hastalıklara sahip katılımcılar arasında böyle bir farklılık görülmemektedir. Ülkemizde Erzurum’da hastane poliklinik ortamında yapılan bir çalışmada da kanser hastalarında bakım puanının yüksek olduğu gösterilmiştir (64). Kanserli hastaların daha kısa sürede daha yoğun bir bakım alıyor olmaları bu memnuniyeti getiriyor olabilir. Bizim çalışmamızın toplum temelli olmasından, Erzurum’daki çalışmanın poliklinik ortamında gerçekleştirilmesinden dolayı bu hastalar daha çok kontrol altındaki kanser hastalarıdır. Terminal dönemdeki hastalar ise daha çok hastanelerde yatmaktadır. Bu da kanser hastalarının alınan bakımı daha olumlu değerlendirmesini etkilemiş olabilir.

5.3. Türkçe Modifiye PACIC Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması

Orijinal ölçeğin madde içeriklerinde yer alan bazı ifadeler farklı toplumlarda farklı değerlendirilebilecek ve hatta anlaşılamayacak durumdadır. Dolayısıyla Orijinali İngilizce olan ölçeğin başka dillere uyarlanması madde kapsam geçerliği bakımından kaygıları gerektirmektedir. Bu kaygılardan hareketle ölçeğin Türkçe’ye uyarlanması iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Birinci aşamada DSÖ standartlarına ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeklerinin kültürler arası uyarlanması için yapılan önerilere uygun olarak ölçek Türkçeye çevrilmiştir (46, 66). İkinci aşamada ise sosyokültürel özellikler ve sağlık sisteminin örgütlenişi dikkate alınarak ölçeğin Türkiye toplumuna uyarlaması yapılmıştır. Bunun için yalnızca orijinal PACIC ölçeğindeki 20 madde üzerinde durulup bu maddelerin uygun hale getirilmesi ile yetinilmemiş, ölçeğe madde ekleme ve çıkarmaları da kapsayacak modifikasyon yoluna gidilmiştir. Bu kaygı başka bazı çalışmalarda da ifade edilmiş ve ölçeğin kendi toplumlarına yönelik olarak geliştirilmesi önerileri yapılmıştır. Rick ve ark’larının Birleşik Krallıkta yaptıkları bir çalışmada ölçeğin bazı maddelerinde yer alan bazı ifadelerin kendi toplumlarında anlaşılabilirliğinin zayıf olduğuna ve yanıt seçenekleri içinde “ilgili olmama” opsiyonunun olmamasına dikkat çekilerek ölçeğin bazı bilişsel testlerle ve kalitatif yöntemlerle daha uygun hale getirilmesi önerilmiştir (67). İncirkuş ve ark’nın ölçeğin Türkçeye çevrilerek geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirildiği çalışmasında da, çeviri sonrasında elde edilen form kapsam geçerliği için uzman görüşüne sunulmuş ve bazı maddelerde değişiklik yapılması gerekmiştir (8).

Çalışmamızda tüm PACIC için 500 hastanın ortalama skoru 2,78 ve skor ortancası 2,81 bulunmuştur. Bu değerler İncirkuş ve arkadaşlarının hastane polikliniklerine gelen hastalarda yaptıkları çalışmanın sonucundan (2,54) biraz daha yüksektir (8). Başka

ülkelerde farklı ortamlarda yapılan çalışmalarda ortalama skorlar 2,4-3,2 arasında değişmektedir (7, 49, 50, 52, 63, 67, 68).

PACIC ölçeğinin kalibrasyonuna ilişkin bilginin yokluğu dikkate alındığında, istatistiksel olarak anlamlı çıksa da ülkeler arasındaki farklılıkların klinik ve sağlık politikaları açısından önemini yorumlamak zordur (67). Katılımcıların en son temas kurdukları hekimin %60 oranla ilgili uzman hekim olması ve ülkemizde kronik bakım modeli gibi hasta merkezli bakım programlarının oturmuş olmaması dikkate alındığında kronik hastaların aldıkları bakımı nadiren ya da bazen kronik bakım modeline uygun bulmuş olmaları beklenen bir durumdur.

Kapsam geçerliği

Ölçeğin kapsam geçerliğinin değerlendirildiği süreçte yalnızca bir maddenin kapsam geçerlik oranı yetersiz düzeyde bulunmuş, bu madde çıkarıldıktan sonra oluşan 27 maddelik Türkçe Modifiye PACIC ölçeğinin kapsam geçerlik indeksi 0,80 olarak saptanmıştır. Önerilen referans değerler dikkate alındığında ölçek maddelerinin ölçülmek istenen özellikleri yeterli düzeyde ölçtüğü söylenebilir. Ayrıca ölçeğin çalışmaya katılan 500 kişiye yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanması nedeniyle analiz sırasında hiçbir kayıp verinin olmaması da kapsam geçerliğini artırıcı yöndedir.

Ölçeğin güvenirliği

Çalışmamızda Türkçe Modifiye PACIC ölçeğinin güvenirliğini değerlendirmek için iç tutarlık analizleri kullanılmıştır: Madde analizleri, Cronbach alfa ve test-yeniden test korelasyonları. Her bir maddenin tüm diğer maddelerin toplamıyla ilişkisini değerlendiren madde toplam puan korelasyonlarının tümü 0,25'in üzerinde bulunmuştur; alt boyutların madde korelasyonları da oldukça yüksektir ve dolayısıyla ölçekteki maddelerin ve alt boyutların eşit ağırlıkta ve bağımsız birimler olduğu söylenebilir.

İç tutarlığı değerlendiren diğer bir yöntem olan Cronbach alfa katsayısı tüm ölçek için oldukça yüksek bulunmuştur ve ölçeğin tutarlı maddelerden oluştuğunu göstermektedir. Çalışmamızda elde ettiğimiz değer hem orijinal PACIC ölçeğinin geliştirildiği araştırmanın hem de PACIC ölçeğinin ilk Türkçe uyarlamasının yapıldığı araştırmanın sonuçlarıyla uyumludur (7). Orijinal ölçeğin diğer bazı dillere çevrildiği çalışmalarda da Cronbach alfa katsayıları 0,87-0,95 arasında bulunmuştur (49, 50, 63, 67,

69). Ayrıca genel olarak alt boyutlar da uygun düzeylerde iç tutarlık göstermiştir. Karar desteği alt boyutu dışındaki tüm boyutlarda alfa katsayıları 0,70'in üzerindedir (0,67-0,84). Alt boyutların iç tutarlık katsayıları orijinal PACIC çalışmasındaki değerlerden daha yüksek, Rick ve ark'nın Birleşik Krallıkta yaptıkları bir çalışmada elde ettikleri değerlerle benzerdir (7, 67).

Ölçeğin zaman içinde değişmezliğini değerlendiren test-yeniden test güvenirliği de hem tüm ölçek için hem de alt boyutlar için oldukça yüksek bulunmuştur. Elde ettiğimiz korelasyon değerleri orijinal PACIC çalışmasından (0,58) ve diğer uyarlama çalışmalarından (0,77-0,81) daha yüksektir (49, 50, 63); ilk Türkçe uyarlama çalışması sonuçlarına ise çok yakındır.

Yapı geçerliği

Yapı geçerliği bir ölçeğin ilgili kavramsal yapının tümünü ölçme gücünü gösterir. Faktör analizi yapı geçerliğini ölçmek için kullanılan yöntemlerden biridir. Çalışmamız sonuçlarının faktör analizi beş faktörlü bir model ortaya koymuştur. Toplam varyansın önemli bir kısmını açıklayan (%57) bu modelde oluşan faktörler ölçeğin önceden öngörülen orijinal faktörleriyle tam örtüşmemiştir; dolayısıyla ölçeğin orijinal beş faktörlü yapısını doğrulamada yetersiz kalmıştır. Bu nedenle total ölçek skoru üzerinden bazı sosyodemografik karakteristiklerle regresyon analizi yapılmıştır. Diğer dillere yapılan çeviri çalışmalarında da faktör analizleri genelde beş faktörlü modeller oluşturmuş olmakla birlikte elde edilen faktörlerin ölçeğin öngörülen faktörleriyle birebir örtüşmediği saptanmıştır (8, 67).

Sonuç olarak çalışma sonuçlarımızın analizi uygun düzeylerde geçerlik ve güvenirlik göstermiştir. Türkçe Modifiye PACIC ölçeği, ülkemizde toplum genelinde bulaşıcı olmayan kronik rahatsızlıklar için hastaların aldığı uzun süreli sağlık hizmetlerinin kalitesinin hasta bakışıyla değerlendirilmesi potansiyeline sahiptir.

6. SONUÇ

Kronik hasta bakımını hasta bakış açısından değerlendirmek için geliştirilen Türkçe Modifiye PACIC ölçeğinin geçerli-güvenilir olduğu saptanmaktadır. Ölçeğin Kapsam Geçerlik İndeksi 0,80 olarak bulundu. Madde toplam puan korelasyonları 0,27 ile 0,68 arasında değişmektedir. Cronbach alfa katsayısı ise 0,93 ve iki aylık test-tekrar test korelasyonu 0,94'tür. Açıklayıcı faktör analizi ölçeğin beş faktörlü yapıda olduğunu göstermektedir.

Kronik bakım mdeğerlendirmesine göre hastalar aldıkları bakımı bakımı orta düzeyde değerlendirmektedir. Eğitim ve gelir düzeyi, ilgili uzman hekime başvurma, kentte yaşama, hasta eğitimi ve yaşam tarzı değişikliği önerisi alma ve kanser hastası olma ölçek puanlarını olumlu yönde etkilemektedir.

Sonuç olarak, Türkçe Modifiye PACIC ölçeği, ülkemizde toplum genelinde bulaşıcı olmayan kronik rahatsızlıklar için hastaların aldığı uzun süreli sağlık hizmetlerinin kalitesinin hasta bakışıyla değerlendirilmesi potansiyeline sahiptir.

ÖZET

Giriş Ve Amaç

Kronik hastalıklar toplumda mortalite ve morbiditenin en önemli nedenidir. Bu nedenle kronik hastalıkların kontrolü ve yönetimi için çeşitli program ve modeller geliştirilmiştir. Bunlardan birinci basamakta en bilineni ise Kronik Bakım Modelidir. Bu modele dayalı olarak 2005 yılında Glasgow ve arkadaşları tarafından kronik hastalara sunulan sağlık hizmetinin hasta bakış açısından değerlendirildiği Patient Assesment of Chronic Illnes Care (PACIC) ölçeği geliştirilmiştir.

Bu çalışmanın amacı, kronik hasta bakımını hasta bakış açısından değerlendiren PACIC ölçeğinin Türkçe uyarlamasının toplumumuzun sosyokültürel özelliklerine ve ülkemiz sağlık sisteminin birinci basamak örgütlenmesine özgü olarak modifiye edilmesi ve bu şekilde oluşturulan Türkçe modifiye PACIC ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliğinin çalışılmasıdır.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamız iki aşamalı gerçekleştirilmiştir. Birinci aşamada PACIC ölçeği Türkçe çevirisi toplumumuzun sosyokültürel özelliklerine ve ülkemiz sağlık sisteminin birinci basamak örgütlenmesine uyumlu olarak modifiye edilmiştir. İkinci aşamada ise, oluşturulan Modifiye Türkçe PACIC ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bunun için metodolojik tipte bir araştırma planlanmıştır. Çalışma Aydın ili merkez ilçesinde 18 yaş üstü erişkin nüfusta gerçekleştirilmiştir. Örneklem grubunun belirlenmesi için sistemik rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Çalışmaya bulaşıcı olmayan kronik hastalıklarından en az birinin en az bir yıl önce tanı konduğu kişiler alınmıştır. Elde edilen veriler istatistiksel olarak SPSS 20.0 paket programında değerlendirilmiştir.

Bulgular

Yaş ortalaması $60,2 \pm 13,3$ olan katılımcıların çoğunluğu evli (%80,8), eğitim durumu sekiz yılın altında (%64,4) ve emekli (%43) idi. En sık görülen hastalıklar sırasıyla hipertansiyon (%58,8), kardiyovasküler hastalık (%33,2) ve diyabetti (%29,6). Ölçeğin Kapsam Geçerlik İndeksi 0,80 olarak bulundu. Madde toplam puan korelasyonları 0,27 ile 0,68 arasında değişmekteydi. Cronbach alfa katsayısı ise 0,93 ve iki aylık test-tekrar test korelasyonu 0,94'tü. Açıklayıcı faktör analizi ölçeğin beş faktörlü yapıda olduğunu gösterdi.

Ölçek toplam puan ortalaması $2,78 \pm 0,83$ 'tü. Alt ölçeklerin ortalamaları sırasıyla hasta katılımı $2,99 \pm 1,04$; karar verme desteği $3,24 \pm 0,97$; hedef belirleme $2,73 \pm 0,98$; sorun çözme $3,14 \pm 1,07$; izlem/koordinasyon $2,12 \pm 0,86$ idi. Eğitim ve gelir düzeyi, ilgili uzman hekime başvurma, kentte yaşama, hasta eğitimi ve yaşam tarzı değişikliği önerisi alma ve kanser hastası olma ölçek puanlarını etkilemekteydi.

Sonuç

Kronik hasta bakımını hasta bakış açısından değerlendirmek için geliştirilen Türkçe Modifiye PACIC ölçeğinin geçerli-güvenilir olduğu saptanmıştır. Kronik hastalıkların bakım kalitesini değerlendirmek için kullanılabilecek bir ölçek olarak düşünülmektedir.

ABSTRACT

Introduction and Aim

Chronic illnesses are the most significant reasons of mortality and morbidity in society. Therefore, various kinds of programs and models have been developed for the control and management of the chronic illnesses. The first and most known of these models is the Chronic Care Model. Based on this model, Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) scale has been developed by Glasgow et al. through which the health care services provided to chronic patients are assessed from the viewpoint of patients.

The purpose of this study is to modify the Turkish adaptation of PACIC scale (which assesses chronic patient care from the viewpoint of the patients) according to sociocultural characteristics of our society and primary organization of our country's health care system and to determine the validity and reliability of modified Turkish PACIC scale.

Material and Methods

Our study consists of two phases. In the first phase, Turkish translation of PACIC scale has been modified according to sociocultural characteristics of our society and primary organization of our country's healthcare system. In the second phase, we studied on the validity and reliability of modified Turkish PACIC scale. A methodological research was planned for that. The study was carried out among adult population over 18 in the central town of Aydın. Random sampling method was employed for the determination of sample group. Participants consisted of people who were diagnosed with at least one of the non-communicable chronic diseases at least one year ago. The data obtained was assessed statistically via SPSS 20.0 packet program.

Results

The average age of the participants was $60,2 \pm 13,3$, most of them were married (80,0 %), those with education status less than 8 years were (64,4%) and the retired were (43%) . The most common illnesses were respectively hypertension (58,8%), cardiovascular illness (33,2%) and diabetes (29,6%). Content Validity Index of the Instrument was found to be 0,80. Total point correlations of the items ranged between 0,27 and 0,68. Cronbach alpha coefficient was 0,93 and two-months test-retest correlation coefficient was 0,94. Explanatory factor analysis showed that the structure of the scale was

five-factor.

Total average point of the scale was $2,78 \pm 0,83$. The average of subscales were respectively; patient participation was $2,99 \pm 1,04$, decision support was $3,24 \pm 0,97$; setting goal was $2,73 \pm 0,98$; solving sproblems was $3,14 \pm 1,07$; follow-up/coordination was $2,12 \pm 0,86$. Such factors as education and income status, appointment with the relevant physician, living in urban areas, patient education and getting advice for lifestyle change and being a cancer patient all affected scale points.

Conclusion

Turkish-modified PACIC scale developed to assess chronic patient care from the viewpoint of the patient was determined to be valid and reliable. It is thought that it can be used to assess the quality of chronic illness care.

KAYNAKLAR

- 1) Innovative care for chronic conditions building blocks for action.
<http://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccreport/en/> 15.01.2016.
- 2) Chronic Care: Making the Case for On going Care
<http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/reports/2010/rwjf54583/> 20.01.2016.
- 3) Global status report on noncommunicable diseases 2014
<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en> 26.01.2016.
- 4) Ünüvar N., Mollahaliloğlu S., Yardım N., Türkiye hastalık yükü çalışması 2004. TC Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. 1.Basım. Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti, 2006, 4-22.
- 5) Akman M, Çiftçili S. Aile Hekimliği ve Kronik Hastalık Bakım Modeli. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2010; 14 (1): 32-7
- 6) Bodenheimer T, Wagner E. H, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness, JAMA, 2002; 288 (14): 1775-1779.
- 7) Glasgow R.E., Wagner E. H., Schaefer, J., et al, Development and validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC). Medical care, 2005, 43(5),436-444
- 8) İncirkuş K., Nahcivan N. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu'nun Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği, DEUHYO ED 2011, 4 (1), 102-109
- 9) O'Halloran J, Miller G, Britt H. Defining chronic conditions for primary care with ICPC-2. Fam Pract, 2004; 21 (4): 381-6.(3)
- 10) Sürdürülebilir sağlık sistemi için kronik hastalık yönetiminde elektronik sağlık kayıtlarının rolü, <http://tusiad.org/tr/yayinlar/raporlar/item/6010-surdurulebilir-saglik-sistemi-icin-kronik-hastalik-yonetiminde-elektronik-saglik-kayitlarinin-rolu/> 21.01.2016.
- 11) Preparing a health care work force for the 21st century the challenge of chronic conditions-2005, http://www.who.int/chp/knowledge/publications/workforce_report.pdf 15.01.2016

- 12) Uijen A.A, van de Lisdonk E, H. Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years. The European journal of general practice. 2008; 14 (1): 28-32
- 13) Østbye T, Yarnal K, Krause K., et al., Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care?, The Annals of Family Medicine 2005; 3 (3): 209-14
- 14) Barnett K, Mercer S, Norbury M (et al). Epidemiology of multimorbidity and implications for healthcare, research, and medical education: a cross-sectional study. The Lancet, 2012; 380 (9836): 37-43
- 15) World Health Organization - Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles , 2014 http://www.who.int/nmh/countries/tur_en.pdf?ua=1, 20.01.2016
- 16) Satman I ve ark. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II) Sonuçları. http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf. 18.12.2015
- 17) Ünal B., Ergör G., Horasan G. D., et al, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2013, 69-88
- 18) Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması-2 http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php , 20.01.2016
- 19) Ünal B., Ergör G., Horasan G. D., et al, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2013, 207-222
- 20) Ünal B., Ergör G., Horasan G. D., et al, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2013, 207-22
- 21) Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı 2013-2023, http://thsk.saglik.gov.tr/eDosya/04/cevre_saglik/Ynetici_zeti2.pdf , 16.01.2016
- 22) Faxon D., ; Schwamm L., Pasternak R. et al., Improving quality of care through disease management principles and recommendations from the American Heart Association's Expert Panel on Disease Management, Circulation Journal of American Heart Association Stroke, 2004, 35.6: 1527-1530
- 23) Weingarten S. R., Henning J. M., Badamgarav E., et al, Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness which ones work? Meta-analysis of published reports. Bmj, 2002, 325, 925-933

- 24) Beaglehole, R., Epping-Jordan, J., Patel, V., Chopra, M., Ebrahim, S., Kidd, M., & Haines, A., Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. *The Lancet*, 2008, 372(9642), 940-949
- 25) Rothman A. A., Wagner E. H., Chronic illness management: what is the role of primary care?, *Annals of Internal Medicine*, 2003, 138(3), 256-26
- 26) Buchanan A., Managing chronic disease, *BMJ*, 1999, 318, 1090-1
- 27) Geyman John P. Disease management: panacea, another false hope, or something in between?. *The Annals of Family Medicine*, 2007, 5.3: 257-260
- 28) Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara İlişkin Küresel Durum Raporu 2010 http://beslenme.gov.tr/content/files/home/kuresel_durum_raporu.pdf/ 26.01.2016.
- 29) 13. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Sempozyumu Sonuç Bildirgesi, 2014, http://www.akpinar.org/daahs/DAAHS_2014_sonuc_bildirgesi.pdf. 26.01.2016
- 30) Başak O, Saatçi E. Aile hekimliği Avrupa Tanımı. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları, 2011; 13-41
- 31) McWhinney I. R, Freeman T. Textbook of Family Medicine. 3rd ed, Editör: Güldal D. İstanbul : Medikal Akademi Yayıncılık. 2009: 19-21.
- 32) Wagner E. H. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?. *Effective clinical practice: ECP*, 1998; 1 (1): 2-4
- 33) Bodenheimer T., Wagner E.H., Grumbach K. , Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *Jama*, 2002, 288(15), 1909-1914
- 34) Innovative care for chronic conditions, http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8500%3A2013-innovative-delivering-high-quality-care-chronic-noncommunicable-diseases&catid=5294%3Acncd-integrated-management-invisible&Itemid=39960&lang=en. 16.01.2016
- 35) Cramm J. M., Nieboer A. P. (2014). Short and long term improvements in quality of chronic care delivery predict program sustainability. *Social Science & Medicine*, 2014, 101, 148-154.

- 36) Barr V. J. Robinson S. Marin-Link B(et al). The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. Hospital Quarterly, 2003; 7 (1): 73-82
- 37) Durna Z. Kronik Hastalıklar ve Bakım, Kronik Hastalıklar ve Önemi, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2011, 37-50
- 38) Epping-Jordan, J. E., Pruitt, S. D., Bengoa, R., & Wagner, E. H., Improving the quality of health care for chronic conditions. Quality and safety in health care, 2004, 13(4), 299-305.2: 37-46
- 39) Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Affairs (Millwood) 2001;20(6):64–78
- 40) Martin C. M., Chronic disease and illness care Adding principles of family medicine to address ongoing health system redesign. Canadian Family Physician, 2007, 53(12), 2086-2091.
- 41) J.W. Runyon et al., “A Program for the Care of Patients with Chronic Diseases,” Journal of the American Medical Association 211, no. 3 (1970): 476–479
- 42) Aragonés, A., Schaefer, E.W., Stevens, D. ,et al, Validation of the Spanish Translation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) Survey. Preventing Chronic Disease, 2008, 5(4), 1–10
- 43) Rosemann, T., Laux, G., Szecsenyi, J., ve Grol, R. The Chronic Care Model: Congruency and Predictors Among Primary Care Patients with Osteoarthritis. Qual. Saf. Health Care, 2008, 17, 442-446
- 44) Bonomi A. E., Wagner E. H., Glasgow R. E., VonKorff, M. , Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. Health services research, 2002,37(3), 791-820)
- 45) Cramm, J. M., Strating M. M., Tsiachristas A., Nieboer A., Development and validation of a short version of the Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) in Dutch Disease Management Programs. Health and Quality of Life Outcomes,2011, 9(1), 1.
- 46) Process of Translation and Adaptation of Instruments. Erişim http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/ 20.12.2014

- 47) Fink A, Kosecoff J, Chassin M, Brook RH. Consensus methods: Characteristics and guidelines for use. *Am J Public Health* 1984; 74 (9): 979-83
- 48) Cramm J. M., Nieboer A. P., The chronic care model: congruency and predictors among patients with cardiovascular diseases and chronic obstructive pulmonary disease in the Netherlands, *BMC Health Services Research*, 2012,12:242
- 49) Rosemann T., Laux G., Droesemeyer S., Gensichen J., Szecsenyi J., Evaluation of a culturally adapted German version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC 5A) questionnaire in a sample of osteoarthritis patients, *Journal of evaluation in clinical practice*, 2007,13(5), 806-813.
- 50) Aragonés A., Schaefer E. W., Stevens D., Gourevitch M. N., Glasgow, et al., Validation of the Spanish translation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) survey. *Preventing chronic disease*, 2008, 5(4), 2008, 1-10
- 51) Maindal HT, Sokolowski I, Vedsted P., Adaptation, data quality and confirmatory factor analysis of the Danish version of the PACIC questionnaire. *Eur J Public Health*. 2012, 22: 31-36.
- 52) Taggart J., Chan B., Jayasinghe U. W., Christl, B., 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.
- 53) Kaya Apaydın Ç, Akturan S, Şimşek M, et al. Kronik hastalık bakımının hasta perspektifinden değerlendirilmesi, *Turkish Family Physician*, 2013; 4(3):1-9.
- 54) Sönmez, H. M., Başak, O., Camcı, C., Baltacı, R., Karazeybek, H. Ş., Yazgan, F., & Çelik, Ş. Ç. (2000). Aydın Yöresinde On Yedi Yaş Üstü Kitlede Sigara İçimi Ve Hipertansiyonla Birlikteliği. *Ege Tıp Dergisi*, 39(2), 105-111.
- 55) Başer S, Hacıoğlu M, Evyapan F, Özkurt S, Kıter G, Zencir M. Denizli İl Merkezinde Yaşayan Erişkinlerin Sigara İçme Özellikleri. *Toraks Dergisi* 2007; 8: 179-84
- 56) Ünal B., Ergör G., Horasan G. D., et al, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2013, 43-56.
- 57) Global Adult Tobacco Survey Turkey 2012, Ankara, 2014, www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/report_tur_2012.pdf, 20.01.2016

- 58) MedCHAMPS Sonuç Raporu, Türkiye’de Kalp Damar Hastalıkları ve Diyabet Kontrolünde Var Olan Durum ve Politika Önerileri, 2012, İzmir, 14-25 <https://research.ncl.ac.uk/media/sites/researchwebsites/medchamps/MedchampsRapor.pdf>, 20.01.2016
- 59) Graffigna, G., Barelo, S., Bonanomi, A., Lozza, E., Hibbard, J., Measuring Patient Activation in Italy: Translation, Adaptation And Validation Of The Italian Version Of The Patient Activation Measure 13 (PAM13-I). BMC Medical Informatics And Decision Making, 2015,15:109
- 60) Karahan Ö., Üsküdar Bölgesinde Birinci Basamağa Kayıtlı 40 Yaş ve Üstü Populasyonda Multimorbidite Prevelansı, Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2015
- 61) Ludt S., Van Lieshout J., Campbell S. M., Rochon J., Ose D., 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, 2012,12:221.
- 62) Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-101702/h/yilliktr.pdf> , 02.02.2016
- 63) Wensing M., Lieshoud J.V., Jung H.P., Hermesen J. Ve Rosemann T., The Patient Assessment Chronic Illness Care (PACIC) Questionnaire in The Netherlands: A Validation Study In Rural General Practice, BMC Health Services Research, 2008, 8, 182-188.
- 64) Üstünova E., Nahcivan, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Kronik Hastalık Yönetimine İlişkin Değerlendirmeleri Ve İlişkili Faktörler. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 201523(1), 11-22.
- 65) Karabulutlu E. Y., Atman R., Yağcı S., Kronik hastalığı olan bireylere verilen bakımın değerlendirilmesi. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2015, 3(1), 16-30.
- 66) Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. Journal of Clinical Epidemiology,1993; 46(12): 1417–32.

- 67) Rick J, Rowe K, 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. *BMC Health Services Research* 2012; 12: 293-307.
- 68) Rosemann T, Laux G, Szecsenyi J, Grol R. The Chronic Care Model: congruency and predictors among primary care patients with osteoarthritis. *Qual Saf Health Care* 2008; 17: 442–6.
- 69) Tusek-Bunc K, Petek-Ster M, Ster B, Petek D, Kersnik J. Validation of the Slovenian version of patient assessment of chronic illness care (PACIC) in patients with coronary heart disease. *Coll Antropol* 2014 Jun; 38(2):437-44.

EKLER

Ek-1: Veri toplama formu

KRONİK HASTA BAKIMI DEĞERLENDİRME ÇALIŞMASI

VERİ TOPLAMA FORMU

Kronik ya da uzun süren bir hastalığınız olduğunda, sağlıklı ve mutlu bir şekilde yaşamınızı sürdürmeniz zor olabilir. Hastalığınız konusunda size yardım edebilmemiz için, hekim, hemşire gibi sağlık görevlileri tarafından size sunulan bakım hizmetleri hakkında görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Bu hizmetler sizinle uzun süredir ve düzenli olarak ilgilenen tüm sağlık görevlilerini kapsamaktadır. Bu konuda vereceğiniz bilgiler, gelecekte sizin gibi kronik sağlık sorunu olan hastaların daha iyi bakım almalarını sağlamak için yol gösterici olacaktır. Bize verdiğiniz bilgiler gizli tutulacak ve doktorunuz, hastaneniz, kliniğiniz veya diğer sağlık görevlileri ile paylaşılmayacaktır.

Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Okay Başak

Tez Çalışmanı Danışmanı

1. Yaş:
2. Cinsiyet: (1) Kadın (2) Erkek
3. Medeni durum: (1) Evli (2) Boşanmış/Dul (3) Bekar
4. Eğitim durumu:
(1) 8 yıl ve altı (2) 9-12 yıl arası (3) 13 yıl ve üstü
5. Sağlık güvencesi:
(1) Var (SGK – Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur)
(2) Var (Özel sigorta)
(3) Var (Yeşil kart)
(4) Yok
6. Yaşadığınız bölge: (1) Kentsel (2) Kırsal
7. Mesleğiniz:
(1) Öğrenci (5) Serbest Çalışan

- | | |
|------------|-------------------------|
| (2) Memur | (6) Evde Çalışan |
| (3) İşçi | (7) Çalışmıyor – emekli |
| (4) Çiftçi | (8) Çalışmıyor – işsiz |

8. Gelir düzeyi (toplam aile geliri):

- (1) Aylık 1380 TL'nin altında
- (2) Aylık 1380-4470 TL arasında
- (3) Aylık 4470 TL'nin üzerinde

9. Genel olarak ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- (1) Çok kötü (2) Kötü (3) Orta (4) İyi (5) Çok iyi

10. Sigara kullanıyor musunuz?

- (1) Hayır, hiç kullanmadım
- (2) İçiyordum, bıraktım (en az bir yıldır)
- (3) Evet, içiyorum – paket/yıl:

11. Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- (1) Çok kötü (2) Kötü (3) Orta (4) İyi (5) Çok iyi

12. Aşağıdaki kronik hastalıklardan sizde olanları ve kaç yıldır bulunduğunu belirtiniz
(bir doktor tarafından tanı konmuş).

- (1) Hipertansiyon –yıl
- (2) Diyabet –yıl
- (3) Hiperlipidemiyıl
- (4) Kalp yetmezliği –yıl
- (5) Koroner arter hastalığı –yıl
- (6) Serebrovasküler hastalık (inme) –yıl
- (7) Periferik damar hastalığı –yıl
- (8) Solunum hastalıkları (astım, KOAH) –yıl
- (9) Kronik böbrek yetmezliği –yıl
- (10) Kronik nörolojik hastalıklar –..... yıl
- (11) Kanser -.....yıl
- (12) Hipotiroidi -.....yıl

- (13) Osteoporoz -.....yıl
- (14) Romatizmal hastalık.....yıl
- (15) İnflamatuvar barsak hastalığıyıl

13. Kronik hastalık sayısı:

Bundan sonraki sorularda yaşamınızı en çok etkilediğini düşündüğünüz kronik rahatsızlığınıza ilişkin olarak yanıt istenecektir

14. Sürekli kullandığınız ilaçlar?

(1) Temel Hastalık için :

(2) Diğer Hastalıklar için :

15. İlaçlarınızı size önerildiği dozda/miktarda alıyor musunuz?

(1) Evet, her zaman

(2) Evet, bazen

(3) Hayır, ilaçlarımı kullanmıyorum

16. Kronik hastalığınızı ile ilgili olarak son altı ay içinde bir doktora başvurduğunuz mu?

(1) Hayır (2) Evet – kaç kez?

17. Kronik hastalığınızı ile ilgili olarak son altı ayda daha çok hangi hekime gittiniz?

(1) Aile hekimi (2) İlgili uzman hekim

18. Kronik hastalığınızı ile ilgili olarak son altı ay içinde hiç hastaneye yattınız mı?

(1) Hayır (2) Evet – kaç kez?

19. Kronik hastalığınızı ile ilgili olarak son altı ay içinde hiç acil servise gittiniz mi?

(1) Hayır (2) Evet – kaç kez?

20. Kronik hastalığınızı ile ilgili olarak hiç eğitim/bilgilendirme aldınız mı?

(1) Hayır (2) Evet

21. Kimden aldınız?

- (1) Aile hekiminden
- (2) İlgili Uzman Hekimden
- (3) Hemşireden
- (4) Diğer (belirtiniz) ...

22. Bir doktor ya da bir sağlık çalışanı yaşam biçiminizle ilgili değişiklikler önerdi mi?

- (1) Hayır
- (2) Hareketi artırma (egzersiz, spor)
- (3) Sigarayı bırakma
- (4) Kilo verme
- (5) Kırmızı eti azaltma
- (6) Tuzu azaltma
- (7) Sebze-meyve yemeyi artırma
- (8) Katı yağları kullanmama
- (9) Diğer (belirtiniz) ...

TEŞEKKÜR EDERİZ!

Kronik Rahatsızlıklar için Verilen Bakımın Değerlendirilmesi

Kronik bir rahatsızlığınız olduğunda sağlıklı kalmak zor olabilir. Rahatsızlığınızla ilgili olarak sağlık çalışanlarından aldığınız yardım türü hakkında bilgi almak istiyoruz. Yardım eden kişi hastalığınızı tedavi eden düzenli gittiğiniz doktorunuz, onun hemşiresi ya da yardımcısı olabilir. Yanıtlarınız gizli tutulacak ve hekiminiz ya da kliniğiniz ile paylaşılmayacaktır.

Son 6 ay içinde, kronik hastalığım ile ilgili sağlık hizmeti aldığımda;

		Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1.	Tedavi planı yapılırken görüşlerim alındı.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
2.	Tedavimle ilgili düşünmem için seçenekler sunuldu.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
3.	İlaçlarım, etkileri ya da yan etkileri ile ilgili sorunları konuşabildim.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
4.	Ne olduğu, nedenleri, risk etkenleri, tedavisi, kısa ve uzun dönem etkileri gibi hastalığımla ilgili tüm konularda bilgilendirildim.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
5.	Hastalığımla ilgili tüm karar alma süreçlerine dahil edildim.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
6.	Bana evde bakım veren kişiye/kişilere hastalığımla ilgili tedavisini kolaylaştırmaya yönelik bilgi verildi.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
7.	Hastalığımla ilgili önerilere uymam yönünde teşvik edildim.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
8.	Daha sağlıklı bir yaşam için yapmam gerekenlerin yazılı bir listesi verildi.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
9.	Bana sunulan hizmet iyi planlanmıştı.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
10.	Tedavi sürecinde kendi yaptıklarımın hastalığımla nasıl etkilendiği anlatıldı.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

11.	Hastalığımla ilgili olarak ihtiyaç duyduğumda doktoruma/yardımcısına ulaşabildim.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
12.	Yemek ve egzersiz alışkanlıklarımı düzeltmem için hedefler oluşturmama yardım edildi.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
13.	Tedavim için yapılacakların bir kopyası bana verildi.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
14.	Sağlık alışkanlıklarım ile ilgili sözlü ya da yazılı sorular soruldu.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
15.	İlaçlarımı ve gerekli cihazları doğru kullanmayı öğrenmem konusunda yardım edildi.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
16.	Hastalığımla başa çıkmama yardımcı olacak yazılı veya görsel materyaller önerildi.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
17.	Bana tedavi tavsiyelerinde bulunurken doktorum ya da hemşiremin benim değer, inanç ve geleneklerimi dikkate aldığını düşündüm.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
18.	Zor durumlarda bile hastalığım ile ilgili hizmet alabilecek şekilde ileriye dönük plan yapmama yardım edildi.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
19.	Hastalığımın hayatımı nasıl etkilediği soruldu.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
20.	Benimle kurulan iletişim yeterliydi.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
21.	Hastalığımla başa çıkmama yardımcı olabilecek özel bir hasta grubu, sınıf ya da başka bir sosyal programa katılmam için teşvik edildim	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
22.	Durumumu ve hastalığımın seyrini değerlendirmek üzere görüşme sonrası benimle temas kuruldu.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
23.	Bir diyetisyen, sağlık eğitmeni ya da sağlık danışmanına yönlendirildim.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

24.	Başka doktorlarla yaptığım görüşmelerin tedavime nasıl yardımcı olduğu bana anlatıldı.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
25.	Diğer doktorlarla yaptığım görüşmelerin nasıl geçtiği soruldu.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
26.	Hastalığımla ilgili farklı sağlık çalışanlarından aldığım sağlık hizmetlerinin koordinasyonu yapıldı.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
27.	Hastalığımın olumsuz sonuçlarına yönelik hizmet almam konusunda desteklendim.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

Ek 3: Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)

Assessment of Care for Chronic Conditions

Staying healthy can be difficult when you have a chronic condition. We would like to learn about the type of help with your condition you get from your health care team. This might include your regular doctor, his or her nurse, or physician's assistant who treats your illness. Your answers will be kept confidential and will not be shared with your physician or clinic.

Over the past 6 months, when I received care for my chronic conditions, I was:

	<u>None of the time</u>	<u>A Little of the Time</u>	<u>Some of the Time</u>	<u>Most of the Time</u>	<u>Always</u>
1. Asked for my ideas when we made a treatment plan.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
2. Given choices about treatment to think about.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
3. Asked to talk about any problems with my medicines or their effects.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
4. Given a written list of things I should do to improve my health.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
5. Satisfied that my care was well organized.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
6. Shown how what I did to take care of myself influenced my condition.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
7. Asked to talk about my goals in caring for my condition.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
8. Helped to set specific goals to improve my eating or exercise.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
9. Given a copy of my treatment plan.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
10. Encouraged to go to a specific group or class to help me cope with my chronic condition.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
11. Asked questions, either directly or on a survey, about my health habits.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅



MacColl Center for Health Care Innovation

Copyright 2004 The MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Cooperative. The Improving Chronic Illness Care program is supported by The Robert Wood Johnson Foundation, with direction and technical assistance provided by Group Health's MacColl Center for Health Care Innovation. For more information go to www.improvingchroniccare.org

Over the past 6 months, when I received care for my chronic conditions, I was:

	<u>None</u> <u>of the time</u>	<u>A Little of</u> <u>the Time</u>	<u>Some of</u> <u>the Time</u>	<u>Most of</u> <u>the Time</u>	<u>Always</u>
12. Sure that my doctor or nurse thought about my values, beliefs, and traditions when they recommended treatments to me.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
13. Helped to make a treatment plan that I could carry out in my daily life.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
14. Helped to plan ahead so I could take care of my condition even in hard times.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
15. Asked how my chronic condition affects my life.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
16. Contacted after a visit to see how things were going.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
17. Encouraged to attend programs in the community that could help me.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
18. Referred to a dietitian, health educator, or counselor.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
19. Told how my visits with other types of doctors, like an eye doctor or other specialist, helped my treatment.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
20. Asked how my visits with other doctors were going.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅



MacColl Center for Health Care Innovation

Copyright 2004 The MacColl Center for Health Care Innovation, Group Health Cooperative. The Improving Chronic Illness Care program is supported by The Robert Wood Johnson Foundation, with direction and technical assistance provided by Group Health's MacColl Center for Health Care Innovation. For more information go to www.improvingchroniccare.org

Ek 4: PACIC'in Araştırmada Kullanım İzni

<

Ek-5: Etik Kurul Onayı



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Sayı : 56989545/050.04-317
Konu : Çalışmanız hk.

28.11.2014
AYDIN

Sayın, Prof.Dr. Okay BAŞAK
Aile Hekimliği AD

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 27.11.2014 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanıza ilgili alınan 18 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Nefati KIYLIOĞLU
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

KARAR 18

Protokol No : 2014/458
Sorumlu Yürütücü : Prof.Dr. Okay BAŞAK
Aile Hekimliği AD

Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Okay BAŞAK'ın "Aile Hekimliğinde kronik hasta yönetimi: PACIC (The patients assesment of chronic illness care) ölçeğini modifiye etme ve ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği" başlıklı klinik araştırmasının 30.10.2014 tarihli kurul kararında eksiklikler saptanmıştı. 24.11.2014 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri görüşüldü. İstenen bilgi ve belgelerin dosyaya konulduğu görülmüştür.

Sonuçta klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde (kurum izninin alınması ve izin belgesi ile ADÜBAP başvurusu bütçe onayının (hizmet sözleşmesinin) dosyaya konulmak üzere gelmeleri şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 11.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Adres: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Merkez Kampüsü – Kepez Mevkii- AYDIN

Ek-6: Valilik İzni

T.C.
AYDIN VALİLİĞİ
Özel Kalem Müdürlüğü

Sayı : 61811598-870/ 12141

15/10/2015

Konu : Anket Çalışması hk..

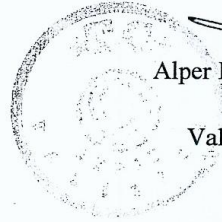
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı)

İlgi: 07.09.2015 tarih ve 31906847/605-5945 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınızda; Üniversiteniz Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığının yürüttüğü “Aile Hekimliği Kronik Hasta Yönetimi: PACIC (The Patient Assessment of Chronic Illness Care) Ölçeğini Modifiye Etme ve Ölçeğin Geçerlik ve Güvenirliği” projesi kapsamında 01 Eylül – 30 Kasım 2015 tarihleri arasında İlimiz Efeler İlçesi sınırları içerisinde anket çalışması yapılmasının planlandığı bildirilmiştir.

Söz konusu proje kapsamında, İlgi yazıda belirtilen adreslerde, çalışmaya katılacak personelin kurum tanıtma kartını gerektiğinde ibraz etmeleri şartıyla, anket çalışması yapılması Valiliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgi ve gereğini rica ederim.


Alper Faruk GÜNGÖR
Vali a.
Vali Yardımcısı