



T. C. SAĞLIK BAKANLIĞI
PROF. DR. CEMİL TAŞCIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

BİR EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDE KRONİK
HASTALIK BAKIMININ HASTA PERSPEKTİFİNDEN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Sümeyye KUBAT

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL / 2025



T. C. SAĞLIK BAKANLIĞI
PROF. DR. CEMİL TAŞCIOĞLU ŞEHİR HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

BİR EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDE KRONİK
HASTALIK BAKIMININ HASTA PERSPEKTİFİNDEN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Sümeyye KUBAT

Tez DanıŐmanı: Prof. Dr. SeÇil ARICA

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL / 2025

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi birikimi ve tecrübesiyle her konuda yanımda olan ve tez yazma sürecinde bana olan destek, ilgi ve katkılarından dolayı Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanımız değerli hocam, Prof. Dr. Seçil ARICA' ya,

Tez sürecimin başından sonuna kadar bana her türlü desteği veren, her anında motive eden, süreci daha kolaylaştıran ve yardımını esirgemeyen sevgili Uzm. Dr. Begüm YILDIRIM ERENCE'ye,

Uzmanlık eğitimim süresince birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum bütün uzmanlarımıza ve asistan arkadaşlarıma,

Bugünlere gelmemde üzerimde çok emeği olan, koşulsuz sevgi ve destekte bulunan sevgili annem ve babama, beni her zaman destekleyen sevgili kardeşlerime,

Her zaman olduğu gibi bu süreçte de hep yanımda olan, sevgisini ve desteğini hep hissettiğim, gösterdiği sabır ve yardımlarından dolayı kıymetli eşime ve hayatıma eşlik eden, onu güzelleştiren biricik kızıma,

En içten duygularıyla teşekkür ediyorum.

Dr. Sümeyye KUBAT

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACIC: Assessment of Chronic Illness Care (Kronik Hasta Bakımını Değerlendirme)

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BOH: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

CCM: The Chronic Care Model (Kronik Bakım Modeli)

DM: Diabetes mellitus

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HT: Hipertansiyon

HYP: Hastalık Yönetim Platformu

KBY: Kronik Böbrek Yetmezliği

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KVH: Kardiyovasküler hastalık

PACİC: The Patient Assessment of Chronic Illness Care (Kronik Hastalık Bakımını Hasta Değerlendirmesi)

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Programı)

SVH: Serebrovasküler Hastalık

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
SİMGELER VE KISALTMALAR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLO LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.KRONİK HASTALIKLAR	3
2.1.1.Kronik Hastalıklar Tanımı ve Epidemiyolojisi.....	3
2.1.2.Kronik Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü.....	5
2.2.KRONİK HASTALIK YÖNETİMİ.....	7
2.2.1.Kronik Bakım Modeli.....	8
2.2.1.1.Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (Assessment of Chronic Illness Care-ACIC).....	9
2.2.1.2.Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği- Hasta Formu (Patient Assessment of Chronic Illness Care-PACIC)	10
2.2.2.Kronik Hastalık Yönetiminde Aile Hekimliğinin Yeri.....	12
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	15
3.1.ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	15
3.2.ARAŞTIRMANIN YERİ, ZAMANI VE EVRENİ.....	15
3.3.HASTA SEÇİMİ VE VERİLERİN TOPLANMASI	15
3.3.1.Dahil Edilme Kriterleri	15
3.3.2.Dahil Edilmeme Kriterleri	15
3.3.3.Verilerin Toplanması	16
3.4.ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	17
3.5.VERİLERİN ANALİZİ.....	17
4. BULGULAR.....	18
5. TARTIŞMA.....	47
6. SONUÇLAR.....	60
7. ÖNERİLER.....	61

KAYNAKÇA	63
EKLER.....	72
EK-1: ANKET SORULARI.....	72
EK-2: KRONİK HASTALIK BAKIMINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ- HASTA FORMU (PACIC)	75



TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların yaşları	18
Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	19
Tablo 3. Katılımcıların sigara tüketimleri.....	20
Tablo 4. Katılımcıların tanı sonrası geçen süreleri	20
Tablo 5. Katılımcıların kronik hastalıkları	20
Tablo 6. Katılımcıların kronik hastalık ve ilaç özellikleri	21
Tablo 7. Katılımcıların günlük ağrı kesici tüketimleri	21
Tablo 8. Katılımcıların kronik hastalık kontrol ve sağlık merkezi başvuru özellikleri	22
Tablo 9. Katılımcıların kronik hastalıklarıyla ilgi bilgi/eğitim kaynakları.....	23
Tablo 10. Katılımcıların son 6 ayda sağlık merkezlerine başvuru ve yaşam tarzı değişikliği önerilme sıklığı.....	23
Tablo 11. Katılımcılara yaşam tarzı değişiklikleri önerileri	23
Tablo 12. Katılımcıların PACIC Ölçek sorularına Verdikleri Yanıtlar	24
Tablo 13. PACIC alt boyut ve toplam puanları.....	25
Tablo 14. Katılımcıların Sosyodemografik ve Kronik Hastalık Özellikleriyle PACIC Hasta Katılımı, Karar Verme, Amaç Belirleme Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	26
Tablo 15. Katılımcıların Sosyodemografik ve Kronik Hastalık Özellikleriyle PACIC Problem Çözme, İzlem/koordinasyon Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	28
Tablo 16. Katılımcıların Kronik Hastalıklarıyla PACIC Hasta Katılımı, Karar Verme, Amaç Belirleme Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	31
Tablo 17. Katılımcıların Kronik Hastalıklarıyla PACIC Problem Çözme, İzlem/koordinasyon Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	32
Tablo 18. Katılımcıların Tıbbi Öyküleriyle PACIC Hasta Katılımı, Karar Verme, Amaç Belirleme Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	34
Tablo 19. Katılımcıların Tıbbi Öyküleriyle PACIC Problem Çözme, İzlem/koordinasyon Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	37

Tablo 20. Katılımcıların Bilgi Aldıkları Kaynakları, Acil Servis Başvurusu ve Yaşam Tarzı Değişikliği Önerilme Durumuyla PACIC Hasta Katılımı, Karar Verme, Amaç Belirleme Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	39
Tablo 21. Katılımcıların Bilgi Aldıkları Kaynakları, Acil Servis Başvurusu ve Yaşam Tarzı Değişikliği Önerilme Durumuyla PACIC Problem Çözme, İzlem/koordinasyon Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	40
Tablo 22. Katılımcıların Cinsiyetiyle Sosyodemografik ve Diğer Özelliklerinin Karşılaştırılması	42
Tablo 23. Katılımcıların Cinsiyetleriyle Kronik Hastalıklarının Karşılaştırılması....	43
Tablo 24. Katılımcıların Kronik Ağrı Durumuyla Ağrı Kesici Kullanma Miktarının Karşılaştırılması	43
Tablo 25. Katılımcıların Kontrol Sıklığı ile Yaş Grubu ve Kronik Hastalık Sayısıyla Karşılaştırılması	44
Tablo 26. Katılımcıların Düzenli Kontrole Gitme Durumuyla Yaş Grubu ve Tanı Sonrası Geçen Sürelerinin Karşılaştırılması	45
Tablo 27. Katılımcıların Kronik Hastalık Sonrası Geçen Süreyle Yaşlarının Karşılaştırılması	45
Tablo 28. Katılımcıların Kronik Hastalık Sonrası Geçen Süre ve Hastalık Sayısıyla Günlük İlaç Sayısının Karşılaştırılması	46

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Türkiye İstatistik Kurumu, 2023 yılı ölüm nedenleri	4
Şekil 2. Kronik Bakım Modeli.....	9



ÖZET

AMAÇ: Çalışmamızın amacı, Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kronik hastalık bakımlarının kendi perspektifinden değerlendirilmesini incelemektir. Bu araştırma, kronik hastalığı olan bireylerin PACIC ölçeği uygulanarak aldıkları sağlık hizmetine dair değerlendirmelerini ve hangi alanlarda daha fazla desteğe ihtiyaç duyduklarını incelemeyi amaçlamaktadır.

GEREÇ ve YÖNTEM: Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Hürriyet Aile Sağlığı Merkezi 89 No'lu birimine kayıtlı, 01.10.2024-01.12.2024 tarihleri arasında başvuran, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan, çalışmaya katılmayı kabul eden 277 kronik hastalık tanılı bireylerde yapılan tanımlayıcı, kesitsel, gözlemsel tipte bir çalışmadır. Katılımcılara Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hastalık Formu (PACIC) ve araştırmacı tarafından oluşturulan, literatürden yararlanılarak çalışmanın amacına uygun anket soruları poliklinik odasında yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Araştırmacı tarafından oluşturulmuş olan anket; hastaların sosyodemografik özelliklerini, kronik hastalıklarının tanı ve süresi, kontrole düzenli gidip-gitmemesi, kontrol sıklığı, kullandığı ilaç sayısı ve ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmaması, doktora son başvuru zamanını ve nedenini, bilgi kaynaklarını, son altı ayda acile başvurma ve hastanede yatma durumunu, başvuru merkez sorularını içerir. Araştırmamızda elde edilen bulgular değerlendirilirken SPSS 25 (Statistical Package for the Social Sciences, version 25) istatistik programı kullanıldı. Normal dağılım Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için ortanca, minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma ile gösterildi. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verildi. Sürekli değişkenlerde normal dağılım göstermeyen verilerde iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testinden yararlanıldı. Normal dağılım gösteren verilerde iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi kullanıldı. Kategorik veriler karşılaştırılırken Pearson ki kare ve Fisher's Exact test kullanıldı. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Araştırmaya katılan 277 hastanın yaş ortalaması 58,91 ($\pm 9,93$) idi. Katılımcıların %53,07'si kadın, %46,93'ü erkekti. %80,87'si evli, %57,41'i ilkokul mezunu veya okur-yazar değildi, %42'si emekli ve %31,77'si ev hanımıydı. %48,74'ünün 20.000 TL ve altında gelir durumu vardı, %22'si sigara içmekte ve çoğu (%65,7) ailesiyle(eş ve çocuklar) beraber yaşamaktaydı. Çalışmamızda en fazla görülen hastalıklar hipertansiyon(%67,15), diyabet(%44.4), hiperlipidemi(%36,46) ve kardiyovasküler hastalıklardı(%29,60) ve hastaların %72,20'si birden fazla kronik hastalığa sahipti. Hastaların puan ortalaması toplam ölçek için 3,01 ($\pm 0,73$) olarak hesaplandı. Alt ölçeklerin puan ortalamaları; hasta katılımı 3,28 ($\pm 1,09$), karar verme 3,45 ($\pm 0,88$), amaç belirleme 2,76 ($\pm 0,8$), problem çözme 3,79 ($\pm 0,97$) ve izlem/koordinasyon 2,19 ($\pm 0,83$) idi. PACIC ölçek toplam puan ortalaması ile yaş, eğitim düzeyi, kronik hastalık tanısı sonrası geçen süre, aile hekimine başvurma, ilgili uzman hekime başvurma, kontrolüne düzenli gitme, doktora başvuru sıklığı, yakın zamanda muayene olma, yaşam değişikliği önerisi alma, diyabet hastası olma ve kanser hastası olma arasında anlamlı ilişki bulunmuştur($p < 0,05$).

SONUÇ: Çalışmamızda hastaların aldıkları kronik hastalık bakımından orta düzeyde memnun oldukları görülmüştür. Ölçeğin alt boyutlarına bakıldığında en yüksek puanı problem çözme, en düşük puanı ise izlem/ koordinasyon alt boyutundan alınmıştır. PACIC ölçeğinin, kronik hastalara daha kaliteli sağlık hizmeti sunulmasını sağlayacak bir değerlendirme aracı olarak kullanılabileceği düşünülmektedir. Kronik hastalıkların birinci basamakta etkili bir şekilde izlenmesi büyük önem taşımaktadır ve bulgular birinci basamak sağlık hizmetlerinde kronik hastalık bakımının geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir.

ANAHTAR KELİMELELER: Kronik Hastalık, Kronik Hastalık Bakımı, PACIC

ABSTRACT

PURPOSE: The aim of our study is to examine the evaluation of chronic disease care from the perspective of patients applying to the Family Medicine polyclinic. This research aims to examine the evaluations of individuals with chronic diseases regarding the health care they receive and in which areas they need more support by applying the PACIC scale.

METHODS: This is a descriptive, cross-sectional, observational study conducted on 277 individuals diagnosed with chronic diseases who were registered to the Hürriyet Family Health Center Unit No. 89 of Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu City Hospital, applied between 01.10.2024 and 01.12.2024, met the inclusion criteria, and agreed to participate in the study. The Chronic Disease Care Assessment Scale-Disease Form (PACIC) and the researcher-developed survey questions including the sociodemographic characteristics of the patients were applied to the participants via face-to-face interviews in the outpatient clinic room. The survey created by the researcher includes the sociodemographic characteristics of the patients, diagnosis and duration of their chronic diseases, whether they go for regular check-ups, frequency of check-ups, the number of medications they use and whether they use their medications regularly, the time and reason for their last visit to the doctor, sources of information, emergency room visits and hospitalization in the last six months, and questions about the centers they applied to. While evaluating the findings obtained in our research, SPSS 25 (Statistical Package for the Social Sciences, version 25) statistical program was used. Normal distribution was evaluated with Kolmogorov Smirnov and Shapiro-Wilk tests. Descriptive statistics were shown with median, minimum, maximum, mean and standard deviation for numerical variables. Categorical variables were given as numbers and percentages. In continuous variables, Mann Whitney U test was used for comparing two independent groups in data that did not show normal distribution, and Kruskal Wallis test was used for comparing more than two groups. In data that showed normal distribution, independent sample t test was used for comparing two independent groups, and one-way analysis of variance was used for comparing more

than two groups. Pearson chi-square and Fisher's exact test were used for comparing categorical data. A $p < 0.05$ value was considered statistically significant.

RESULTS: The mean age of the 277 patients who participated in the study was 58.91 (± 9.93). 53.07% of the participants were female and 46.93% were male. 80.87% were married, 57.41% were primary school graduates or illiterate, 42% were retired and 31.77% were housewives. 48.74% had an income of 20,000 TL or less, 22% were smokers and most of them (65.7%) were living with their families (wife or husband and children). The most common diseases in our study were hypertension (67.15%), diabetes (44.4%), hyperlipidemia (36.46%) and cardiovascular diseases (29.60%) and 72.20% of the patients had more than one chronic disease. The mean score of the patients was calculated as 3.01 (± 0.73) for the total scale. The mean scores of the subscales were; patient participation was 3.28 (± 1.09), decision making was 3.45 (± 0.88), goal setting was 2.76 (± 0.8), problem solving was 3.79 (± 0.97) and monitoring/coordination was 2.19 (± 0.83). A significant relationship was found between the total mean score of the PACIC scale and age, level of education, time elapsed since the diagnosis of chronic disease, applying to a family doctor or a relevant specialist, going for regular check-ups, frequency of applying to a doctor, having been examined recently, receiving advice on life changes, being a diabetic and having cancer ($p < 0.05$).

CONCLUSION: In our study, it was seen that patients were moderately satisfied with the chronic disease care they received. When the sub-dimensions of the scale were examined, the highest score was taken from the problem solving sub-dimension and the lowest score was taken from the monitoring/coordination sub-dimension. It is thought that the PACIC scale can be used as an assessment tool to provide better quality health services to chronic patients. Effective monitoring of chronic diseases in primary care is of great importance and the findings show that chronic disease care should be improved in primary care.

KEYWORDS: Chronic Disease, Chronic Disease Care, PACIC

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik hastalıklar insanların yaşam kalitesini düşüren ve sürekli tedavi ve bakım gerektiren sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Yaygınlığının artmasıyla beraber tüm dünyada ölüm ve hastalığın sebep olduğu sakatlıkların en temel nedenleridir. Büyük bir sağlık riski oluşturmakta ve sağlık hizmeti sistemleri için giderek daha büyük zorluk yaratmaktadır(1).

Kronik hastalıkların sebepleri çeşitli olduğundan, tedavi süreci çok boyutlu, entegre bir yaklaşım benimsenmeli ve her hastanın ihtiyaçlarına göre uyarlanmalıdır(2). Tedavideki gelişmelere rağmen, kronik hastalığı olan hastalar her zaman en iyi bakımı alamazlar. Önleyici bir yaklaşımın birçok kronik hastalığın yükünü azaltmaya yardımcı olduğuna dair çalışmalar olmasına karşın, mevcut bakım çoğu kez olay odaklıdır(3). Gelişmekte olan ülkelerde, kronik hastalıklara yönelik sağlık hizmetleri genellikle ikinci ve üçüncü basamak sağlık merkezlerinde olup daha çok hızlı ve acil olarak verilmektedir bu da hem iş yükünü hem de sağlık harcamalarını artırmaktadır. Bu nedenle kronik hastalıkların birinci basamakla bütünleşmesinin önemli olduğuna dikkat çekilmiştir(4). Kronik hastalık yönetimi için en uygun ve en çok kullanılan model olarak(5), Wagner ve arkadaşları tarafından, kronik hastalığı bulunan bireyler için bakımın ana unsurlarını sınıflandırmak amacıyla, altı temel öğeden oluşan kanıta dayalı olan Kronik Bakım Modeli (The Chronic Care Model-CCM) geliştirilmiştir(6). Bu model multidisipliner ve planlı etkileşimler ile uygulamaları tepki verici olmaktan, hasta odaklı ve önleyici bir yaklaşıma yönlendirerek bakım kalitesini artırmayı hedeflemektedir(7). Bu modele dayanarak, 2005 yılında Glasgow ve arkadaşları CCM ile uyumlu hasta merkezli, hasta-sağlık hizmeti memnuniyetini hastanın bakış açısından değerlendirmek üzere 20 soru ve 5 alt ölçekten oluşan Kronik Hastalık Bakımının Hasta Değerlendirmesi (The Patient Assessment of Chronic Illness Care-PACIC) geliştirdiler(8).

Birçok kez geliştirilen ve birçok dile çevrilen(9), 2011 yılında İncirkuş ve Nahcivan tarafından Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanan(10) Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği- Hasta Formu(KHBDÖ); diyabetes mellitus(DM), osteoartrit, astım, hipertansiyon(HT) ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı(KOAH)

dahil olmak üzere çeşitli kronik hastalık durumları için CCM merkezli müdahalenin hayata geçirilmesini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır(11).

Bu araştırma, PACIC ölçeği kullanarak kronik hastalığı olan bireylerin bakım deneyimlerini, memnuniyetlerini değerlendirmeyi ve hangi alanda eksiklik hissettiklerini ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır. Sonuçlar, sağlık hizmetlerinin güçlü ve zayıf yönlerini anlamayı ve bu alanda yapılması gereken iyileştirmeleri belirlemeyi amaçlamaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

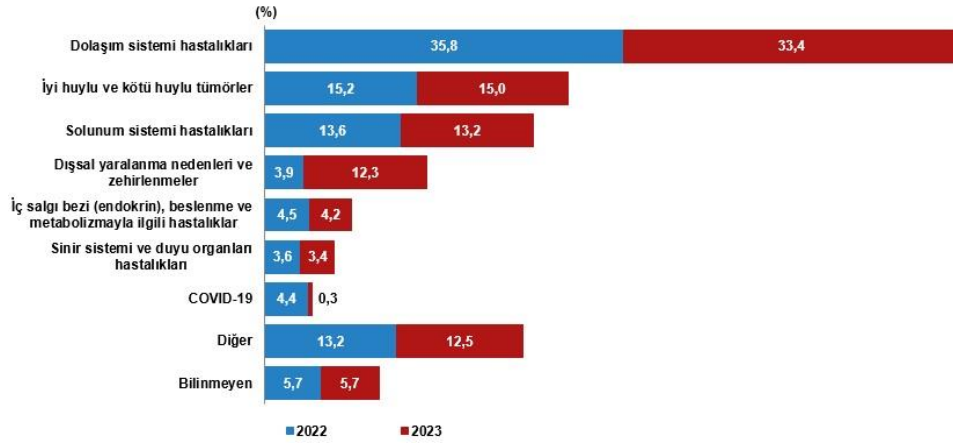
2.1.KRONİK HASTALIKLAR

2.1.1.Kronik Hastalıklar Tanımı ve Epidemiyolojisi

Kronik hastalıklar, birden fazla etkenin rol oynadığı, yavaş ilerleyen ve uzun süren, tıbbi müdahalelerle kontrol altına alınamayan ve çoğunlukla geçici olmayan hasar bırakan, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar'dır (BOH)(12). Eğitim ve gelir düzeyinin artışı, yiyecek tercihleri ve beslenme biçimindeki değişimler, obezitenin artması(13) ve yaşlı nüfusun çoğalması, sağlık sorunlarının bulaşıcı olmayan hastalıklar yönüne kaymasına neden olmuştur(14).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2021 yılında pandemi sebebiyle ölüm hariç %75'ine denk gelen en az 43 milyon kişinin BOH sebebiyle öldüğü belirtilmiştir. Tüm BOH'a bağlı ölümlerin %73'ü düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir. 2021 yılında 18 milyon kişinin 70 yaşına gelmeden öldüğü belirlenmiş ve bu erken ölümlerin %82'si düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir(15), bu da daha fazla sağlıklı yıl ve ekonomik üretkenlik kaybına sebep olmaktadır(16). BOH'a bağlı ölümlerin 19 milyonu(%44.19) kardiyovasküler hastalıklara(KVH), 10 milyonu(%23.26) kanserlere, 4 milyonu(%9.3) kronik solunum yolu hastalıklarına ve 2 milyonu(%4.6) diyabete (diyabetin neden olduğu böbrek hastalığı ölümleri dahil) bağlı meydana gelmektedir. Bu dört hastalık grubu tüm erken BOH ölümlerinin %80'ini oluşturmaktadır(15).

Türkiye'de 2023 yılında en çok ölüm nedeni %33,4 ile kardiyovasküler sistem hastalıkları olmuştur. Ardından sırasıyla %15 ile tümörler, %13,2 ile solunum sistemi hastalıkları gelmektedir. Diyabetin de içinde olduğu endokrin, beslenme ve metabolizma hastalıkları %4,2 ölüm nedeni olmuştur(17). Ülkemizde ölüme sebep olan hastalıklar sıralamasında ilk 10 ölüm sebepleri içerisindeki yedisinin kronik hastalıklar olduğu görülmüştür(18). Kardiyovasküler sistem hastalıklarından kaynaklı ölümlerin %42,4'ü iskemik kalp hastalıkları, %24,1'i diğer kalp hastalıkları ve %18,6'sı serebrovasküler hastalıklara bağlı meydana gelmiştir(17).



Şekil 1.Türkiye İstatistik Kurumu, 2023 yılı ölüm nedenleri(17)

Yapılan bir çalışmaya göre 1990 ve 2017 yılları arasında yaşa göre standardize edilmiş DALY (Engelliliğe Göre Ayarlanmış Yaşam Yılları) oranları yenidoğan hastalıkları için %48,9; bulaşıcı hastalıklar için %41,3 azaldı. Bulaşıcı olmayan hastalıklar için yaşa göre standardize edilmiş DALY %18,1 oranında azalırken küresel DALY'ler %40,1 oranında artmıştır. Artan hastalık yüküne neden olan ilk beş hastalıktan üçü iskemik kalp hastalığı, inme ve kronik obstrüktif akciğer hastalığıdır(19).

Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation-IDF) tarafından yayımlanan '10. Diyabet Atlası'nda 2021 yılı itibarı ile dünyadaki diyabetli birey sayısı 537 milyon iken bu sayının 2030 yılında yaklaşık 643 milyona ve 2045 yılında ise 783 milyona ulaşacağı öngörülmektedir ve diyabetli bireylerin %45'inin hastalığından haberdar olmadığı görülmüştür(20). Tüm dünyada, 1.5 milyar yüksek kan basıncı ya da hipertansiyonu olan hasta bulunmaktadır ve her yıl 9.4 milyon insan bu nedenle hayatını kaybetmektedir. Hipertansiyon dünya genelinde tek başına inme, kalp krizi ve böbrek hastalıklarına neden olan en büyük ölüm sebebidir(21). Dünyada yaklaşık 18 milyon kişi KVH nedeniyle ölüyor ve yaklaşık 35 milyon kişi ölümcül olmayan kardiyovasküler olaylar yaşıyor(22). KOAH'ın görülme sıklığı 40 yaş üstü yetişkinlerde %15-20'dir. Küresel Hastalık Yükü Çalışması verilerine göre, KOAH yılda 2.9 milyon ölüme neden olmaktadır. Günümüzde tüm dünyada 3. ölüm nedeni haline gelen KOAH, tüm ölümlerin de %5,5'inden sorumludur. Türkiye'de solunum

sistemi hastalıkları en sık görülen 3. ölüm nedenidir ve bu ölümlerin de %61,5'i KOAH nedeniyle(23).

Hızlı plansız kentleşme, sağlıksız yaşam tarzlarının yaygınlaşması ve nüfusun yaşlanması kronik hastalıkların daha da artmasına sebep olmaktadır. Kronik hastalıklar temelde değiştirilebilir dört risk faktörüne sahiptir: tütün kullanımı, alkolün zararlı tüketimi, fiziksel aktivite eksikliği ve sağlıksız beslenme. Bu risk faktörleri aynı zamanda önemli metabolik ve fizyolojik sorunlara (yüksek kan basıncı, aşırı kilo ve obezite, yüksek kan şekeri, yüksek kan kolesterol seviyeleri) yol açabilir(15).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada bireylerin vücut kitle indekslerinin yüksek olduğu, nüfusun yaklaşık %30-40'nın obez ve fazla kilolu ile tütün ve alkol kullanan bireyler olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar giderek artmakta olup kronik hastalık yükünü artırmaktadır(24).

2.1.2.Kronik Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü

DSÖ 2013 yılında bulaşıcı olmayan hastalıkların engellenebilir yükünden arınmak, toplumsal, bölgesel ve dünya çapında multidisipliner iş birlikleri vasıtasıyla toplumların tüm yaş gruplarında erişilebilir en iyi sağlık ve üretkenlik standartlarına ulaşmalarını ve mortalite, morbidite ve engellilik durumlarını ortadan kaldırmak amacıyla Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesine ve Kontrolüne İlişkin Eylem Planı'nı yayınlamıştır. Küresel hedefler şunlardır:

- 1-Kardiyovasküler hastalıklar, kronik akciğer hastalıkları, kanser veya diyabetes mellitus nedeniyle gerçekleşen ölümlerde %25'lik azalma,
- 2- Ulusal düzeyde alkol tüketiminde minimum %10'luk azalma,
- 3- Toplum genelinde ortalama sodyum/tuz kullanım miktarında %30'luk azalma,
- 4- 15 yaş ve üzerindeki bireylerde tütün ve tütün mamulleri kullanım sıklığında %30'luk azalma,
- 5- Ulusal düzeyde toplumdaki yüksek kan basıncı prevalansının %25 azalması veya kontrol altına alınması,
- 6- Diyabetes mellitus ve obezite artış hızının durdurulması,
- 7- Miyokard enfarktüsü ve inmeleri önlemek amacıyla (glisemik kontrol dahil) danışmanlık ve medikal tedavi alabilecek kişilerin en az yarısının tedaviye erişebilmesi,

8- Sık görülen kronik hastalıkların tedavisi için gereken uygun maliyetli teknolojilerin ve temel ilaçların kamu ve özel kuruluşlara sunulabilirliğinin %80 oranında artırılması şeklinde belirlenmiştir(25).

Ülkemizde dört ana BOH için tahmini harcamalar doğrudan kayıp olarak 24,6 milyar TL'ye tekabül etmekte iken, bu hastalıkların (işe devamsızlık, işte var olamama ve erken ölümler sonucu) dolaylı ekonomik kayıpları 45,1 milyar TL'dir. Kanser ve kronik hava yolu hastalıkları için işe devamsızlık ve işte var olamama maliyetlerinin hesaplanması durumunda bu maliyet daha da büyük olacaktır(26). DSÖ'nün yayınladığı bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü ve önlenmesine ilişkin belirlenen bu hedefler uzman akademisyenler tarafından gözden geçirilerek ülkemize uyarlanmış olup sağlık sistemini etkili stratejilerle kronik hastalıklar açısından güçlendirmek, sağlık politikalarının etkin bir şekilde uygulanabilmesini sağlamak, multidisipliner iş birliğini teşvik etmek ve ortak bir bakış açısı geliştirmek amacıyla, Sağlık Bakanlığı tarafından 2017 yılında kronik hastalıklar ve bunlara bağlı risk faktörlerini içeren tüm programları kapsayan "Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025" oluşturulmuştur. Kronik hastalıkların tedavisi için gerekli olan temel teknolojilerin ve ilaçların temininde %80'lik bir iyileşme sağlanması hedefi, ülkemiz için ulaşılmış olduğu için hedefler arasında yer almamaktadır(27). Eylem Planı, Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2021-2026), Türkiye Diyabet Programı (2015-2020), Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2018-2023), Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2018-2023), Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı (2021-2026), Ulusal Kanser Kontrol Programı (2019-2023), Ulusal Tütün Kontrol Programı-Eylem Planı (2018 - 2023), Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı Yetişkin ve Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesi ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı 2019-2023 ve Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı (2017 - 2021)'ni içermektedir(28).

Kronik hastalıklara ve risk faktörlerine yönelik önleme ve kontrol programlarının ve eylem planlarının amacı toplumun BOH ve risk faktörleri konusunda farkındalığının artırılması ve bireylerin sağlıklı yaşam kültürünü benimsemelerinin desteklenmesidir(12).

2.2.KRONİK HASTALIK YÖNETİMİ

Nüfusun yaşlanması ve gelişen sağlık tedavi sistemi ile beraber çoklu hastalığın artması hem sağlık sistemi üzerinde hem de toplum üzerinde zorluk oluşturmaktadır(29). Çoklu hastalık, kişinin yaşam kalitesini, fiziksel aktivitesini ve yaşam beklentisini azaltırken; sakatlık, psikolojik rahatsızlık ve çoklu ilaç kullanımından kaynaklanan istenmeyen ilaç reaksiyonları riskini artırır(30). Yüksek kaliteli kronik hastalık bakımı için, mevcut olan akut odaklı sistemin sadece yeni özelliklerle genişletilmesi değil, köklü sistem değişikliklerinin yapılması gerekmektedir(31).

Kronik hastalık yönetimi, bakımın koordinasyonunu ve sürekliliğini sağlamada, ekip çalışmasının desteklenmesinde, bakım kalitesinin yükseltilmesinde, beklenen hasta sonuçlarını iyileştirmede ve bakım maliyetlerini azaltmada önemli ve etkin bir yöntemdir(32,33). Wagner'e göre, etkili bir kronik hastalık yönetimi için ekip çalışması önemlidir. Hekimlerin iş yükü fazla olduğundan, hemşireler gibi diğer sağlık profesyonellerinin de gerekli eğitimden sonra bu ekibin bir parçası olması önerilmektedir. Bu modelde, hekimler karmaşık ve ciddi durumlarla ilgilenirken, sağlık profesyonelleri hastaların eğitimi, düzenli takipleri ve rutin test planlaması gibi işleri üstlenir. Bu yaklaşımın, hastaların daha iyi yönetilmesine yardımcı olacağı düşünülmektedir(34). Uygun eğitim ve ekip çalışması ile desteklenen birinci basamak sağlık profesyonelleri, kapsayıcı ve sürekli bir kronik hastalık yönetimi sunabilirler(35).

Kronik hastalıkların etkin bir şekilde yönetimi, sadece düzenli izlemler ve kontrol muayeneleri ile yeterli olmayıp, aynı zamanda ilaç tedavisine olan uyumun sağlanması ve kişilerin önerilen yaşam tarzını değişikliklerini benimsemeleriyle de ilgili önemli bir süreç içermektedir(36). Hastalığın tedavisi ile birlikte kişiye kendi kendine yönetim becerisi kazandırmayı amaçlayan birçok eğitim ve öğretim tekniği ile desteklenen bir süreci içermektedir. Kronik hastalıklar, sadece bireyi değil, aynı zamanda ailesini ve çevresindeki kişileri de olumsuz bir şekilde etkileyebilmektedir. Bu nedenle, kronik hastalıklarla mücadelede başarılı olabilmek için sadece hasta birey değil, aynı zamanda onun çevresiyle birlikte bütünlük arz eden bir yaklaşımın planlanması gerekmektedir(37). Çocuklar ve genç yetişkinlerde kronik hastalıkların

giderek artması kronik hastalık bakım yönetimini daha da önemli hâle getirmektedir(38).

2.2.1.Kronik Bakım Modeli

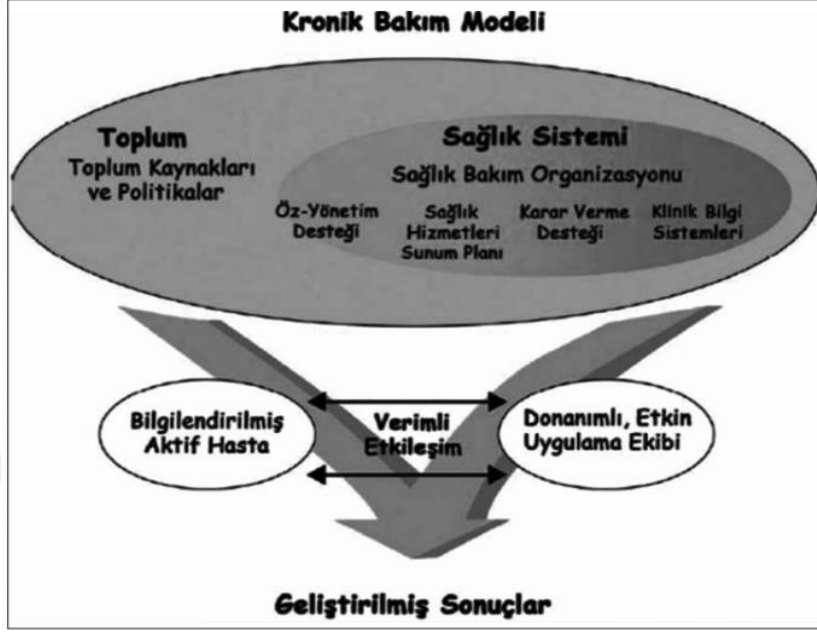
Kronik hastalık yönetimi için farklı modeller öne sürülmesine rağmen en uygun ve en çok kullanılan model olarak(5,39), MacColl enstitüsünde çalışan Wagner ve arkadaşları tarafından 1990'larda kronik hastalığı bulunan bireylerin hasta merkezli birincil bakımı desteklemek, iyileştirmek, ana unsurlarını sınıflandırmak üzere altı temel öğeden oluşan kanıta dayalı Kronik Bakım Modeli (The Chronic Care Model-CCM) geliştirilmiştir(5-7). Bu model disiplinler arası iş birliği ve planlı etkileşimler ile uygulamaları tepki verici olmaktan, hasta odaklı ve önleyici bir yaklaşıma yönlendirerek bakım kalitesini artırmayı hedeflemektedir(7). Model problemlere hızlı bir yanıtın ziyade çok yönlü çözümler sunmaktadır(32,40).

Kronik bakım yönetimi için uzun süreli uygulamalarının önemli olduğunun görülmesiyle beraber, temelde birinci basamak için geliştirilen CCM, toplumsal ve ekonomik yükün kronik hastalıklar sebebiyle giderek artması sonucunda bakımın kalitesini artırmak ve bakımın maliyetini azaltmak, hastaların kendi bakımına aktif katılımını sağlamak ve hastalıklarıyla baş etme becerisi kazanmasını sağlamak amacıyla bir rehber olarak ortaya konmuştur ve bu modelin temel noktası sağlık bakım ekibi ile hasta arasında etkin bir iletişimin olmasıdır(5,35). Modele göre, gerekli bilgi ve güven sağlanmış "hasta" ile hastalık konusunda gerekli olan uzmanlık, tecrübe ve kaynaklara sahip "sağlık bakım ekibi" birlikte kaliteli bakım için mevcut kaynakları kullanarak etkili kararlar alabilir ve kronik hastalıkları başarılı bir şekilde yönetebilir(10,34,41,42).

Model, birinci basamak hekimlerine kronik hastalık bakımının kaliteli olmasını sağlayacak durumların farkına varılması ve kendi kliniklerinde gerçekleştirmek istedikleri sistem değişiklikleri için rehberlik etmesi yönünden iki önemli fayda sağlayabilir(40).

Kronik hastalık yönetimi iç içe geçmiş 3 galakside gerçekleşmektedir: 1. Toplum, 2. Sağlık sistemi, 3. Hizmet sunucu birim. Model altı temel bileşenden oluşmaktadır(Şekil 2). Bunlar; Toplum kaynakları ve politikalar, karar verme desteği,

sağlık bakım organizasyonu, öz-yönetim desteği, sağlık hizmetleri sunum planı ve klinik bilgi sistemleridir(5-7,32,40).



Şekil 2. Kronik Bakım Modeli (6)

Model, birçok ülkenin sağlık sisteminde başarı ile kullanılmaktadır(32) ve çeşitli çalışmalarda CCM'nin astım, diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, depresyon ve artrit gibi hastalıklarda uygulanması sonucunda, sağlık harcamalarını azalttığı, acile/ hastaneye gereksiz yatışları önlediği, yaşam kalitesini ve hasta memnuniyetini olumlu yönde etkilediği bulunmuştur(5,11,32,33,43,44).

Gelişmekte olan ülkelerde kronik hastalıkların artan yüküyle birlikte, kronik bakımın zamanla sunumunu ve kalitesini iyileştirmek için CCM'ye dayalı çok yönlü müdahaleler kullanılarak kronik hastalık bakımının yeniden yapılandırılmasına yönelik önlemlere ihtiyaç duyulmaktadır(45).

2.2.1.1.Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (Assessment of Chronic Illness Care-ACIC)

Kronik hastalık yönetiminin CCM ile uyum derecesini değerlendirmek için çeşitli araçlar geliştirilmiştir(8) ve bunlardan biri sağlık profesyonellerinin yanıtladığı, bakım kalitesini ölçen 'Assessment of Chronic Illness Care- ACIC'(Kronik Hastalık Bakımının Değerlendirilmesi)'dir(46). Bu ölçek klinisyenlerin bakış açısından

CCM'nin eksik taraflarını, güçlü ve zayıf yönlerini ölçmek için geliştirilmiştir(46). Üzerinde durulması gereken iyileştirme alanlarını belirler ve sistem değişikliklerinin kalitesini değerlendirilmesinde sağlık hizmeti sunanlara yardımcı olur(47). çeşitli dillerde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır(47), ancak Türkçe çevirisi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmamıştır. Çeşitli çalışmalarla ölçeğin uygulanabilirliği değerlendirilmiştir(48,49).Ancak yaygın kullanım için uygun olmadığı görülmüştür, çünkü sağlık profesyonellerinin fazla raporlamasına, bildirimine bağlıdır(43).

2.2.1.2.Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği- Hasta Formu (Patient Assessment of Chronic Illness Care-PACIC)

Kronik Hastalık Bakımının Hasta Değerlendirmesi (PACIC), 2005 yılında Glasgow ve arkadaşları tarafından geliştirilen, kronik hastalık tanılı hastaların bakış açısından sağlık profesyonellerinin davranışlarını ve sunulan bakımın kalitesini değerlendiren bir ölçektir(8). Sağlık ekibinin kronik bakım modelini sağlık sistemlerinde uygularken, sunulan bakımın düzenli, nesnel ve tarafsız bir şekilde raporlanmasına ve hastaların görüşlerini anlamaya yardımcı olan hasta merkezli bir araçtır(8).

Birçok ülkede, birçok çeşitli kronik hastalık tanısı olan kişilerde çalışılmış, iyi bir güvenilirlik ve geçerliliğe sahip olduğu görülmüştür(11,45,50–56). Ayrıca farklı olarak PACIC ölçeği ile geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımı ve birincil bakımda metabolik sendromlu bireyler arasında (57), depresyon hastalarında(58), pediatrik kistik fibröz hastalarında(59), yaşlı kanser hastalarında(60) ve kronik böbrek yetmezliği tanılı hastalarda(61) kronik hastalık bakım memnuniyeti çalışılmıştır. Birçok dile uyarlanmıştır ve Türkçe geçerlik-güvenirliği 2011 yılında İncirkuş ve Nahcıvan tarafından çalışmada kanıtlanmıştır(10).

Kronik bakım modelinin altı temel bileşeni doğrultusunda oluşturulan PACIC, 20 madde, beş alt boyuttan oluşmaktadır(Bkz: Ek-3). Bu beş alt boyut:

- 1- Hasta katılımı (Patient activation): Karar verme sürecine hasta bilgileri ve katılımını talep eden eylemler (1-3. madde).

- 2- Sağlık hizmetleri sunum planı/Karar verme desteği (Delivery system design/Decision support): Kişilerin bakım hakkındaki görüşlerini geliştirmek için bilgi sağlayan ve bakımı organize eden eylemler (4-6. madde).
- 3- Amaç belirleme/Rehberlik (Goal setting/Tailoring): Belirli, iş birliğine dayalı hedefler belirlemek için bilgi edinmek (7-11. madde).
- 4- Problem çözme (Problem solving): Tedavi planlarını yaparken olması muhtemel engelleri ve hastanın kültürel ve sosyal çevresini dikkate almak (12–15. madde).
- 5- İzlem/Koordinasyon (Follow-up/Coordination): Ofis temelli tedavinin genişletilmesi ve güçlendirilmesi, bakımın düzenlenmesi ve ilerlemeyi değerlendirmek ve bakımı koordine etmek için hastalarla proaktif iletişim kurmak (16–20. madde)(8,10,62).

PACIC maddeleri 1 = hiçbir zaman ve 5 = her zaman olmak üzere 5 puanlık Likert ölçeğinde puanlanır. Genel PACIC özet puanı, 20 maddenin ortalamasıdır; alt ölçekler, her alt ölçeğe karşılık gelen yanıtların değerlerinin ortalaması alınarak puanlanır. Puanlar 1 ile 5 arasında değişir. Daha yüksek puanlar, son altı ayda alınan bakıma ilişkin daha yüksek kalitede bakımı göstermektedir(62). Alt ölçekler ankette ayrı gösterilmemiştir ve yapılan bir çalışmada 6 aylık zaman dilimi 12 aya uzatılmış; böylece hastalar yanıtlarını daha uzun bir bakım dönemine dayandırabilmişlerdir(63).

Ölçeğin alt boyutlarının, CCM'nin sağlık bilgi sistemleri ve sağlık bakım organizasyonu gibi bileşenlerin hasta tarafından değerlendirilemeyeceğinden, altı ögesini tam olarak karşılamadığı belirtilmektedir. Sağlık hizmetleri sunum planı ile karar verme desteği ölçeği 'Hasta Katılımı' olarak aynı başlık altında birleştirilmiş, amaç belirleme ve problem çözme alt grupları ise öz yönetim desteğini yansıtmaktadır(8).

PACIC puanı cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, gelir durumu, kronik hastalık sonrası geçen süre ve hastalık çeşidi, sayısından etkilenebilir(64). Yapılan çalışmalarda PACIC puanlarının yaşam kalitesiyle pozitif ilişkili olduğu görülmüştür(65).

Ölçek puanı, hastaların kronik bakım sunumuna ilişkin deneyimlerini değerlendirmeye yardımcı olabilir ve sağlık kuruluşlarında kalite iyileştirme çabalarını destekleyebilir(66).

PACIC ölçeğinin Türkçe sürümü ‘Çeşitli Süregen Hastalıklardaki Yapı Geçerliliği’ adlı çalışma ile 2017 yılında Dede ve ark. tarafından geliştirilmiştir(67).

PACIC ölçeğinin, PACIC-S ve PACIC+ gibi versiyonları geliştirilmiştir. PACIC-S, hastalar için daha düşük bir yüke sahip alternatif bir araç sağlamayı amaçlayan 11 maddeden oluşan kısa bir PACIC formudur ve Cramm ve ark. tarafından kardiyovasküler hastalığı olan hastalarda ölçek ile çalışma yapılmıştır.(2). Kalp nakli alıcılarında da ölçek ile benzer bir araştırma yapılmıştır(68).

PACIC+, PACIC ölçeğine altı soru eklenerek, davranış değişiklikleri için kanıta dayalı 5A modeline((assess/değerlendir), (advise/tavsiye et), (agree/kabul et), (assist/yardımcı ol) (arrange/düzenle)) uyumlanmaya çalışılan bir ölçek olup, hastaların kronik bakımının hasta bakışıyla değerlendirilmesi için geliştirilmiştir ve puanlama sistemi PACIC ile aynı şekilde yapılmaktadır(69). PACIC-5A modeli ile obez hastalarda(70) ve tip2 DM tanılı hastalarda(71) yapılan çalışmalar vardır.

PACIC+ ölçeğinin Yunanca çeviri ve güvenilirliği yapılmıştır(72). Ayrıca başka çalışmalarda da kullanılmıştır(30),(73).

2.2.2.Kronik Hastalık Yönetiminde Aile Hekimliğinin Yeri

Başarılı kronik hastalık bakım uygulamaları genellikle çok disiplinli ve koordine bir bakım ekibini kapsamaktadır ve bu ekibin ana unsuru birinci basamak aile hekimleridir. Uygun eğitim ve ekip çalışması ile desteklenen birinci basamak sağlık bakım profesyonelleri, bütüncül ve kesintisiz kronik hastalık yönetimini sağlayacaklardır(35). Yapılan çalışmalar, gün geçtikçe birinci basamakta hizmet sunumunun geliştirilmesiyle kronik hastalıklarla daha etkin mücadele edildiğinde mortalite ve morbidite oranlarının daha çok düşeceğini göstermektedir(5,74,75).

Kronik hastalığı olan birçok hasta birincil bakım ortamlarında sağlık hizmeti alır, bu nedenle bu ortamlarda iyi yapılandırılmış kronik bakım sağlamak bir zorunluluktur(11) Ülkemizde yapılan, 5 ay boyunca aile hekimliği polikliniğine ilk kez başvuranların kaydedildiği bir çalışmada, başvuranların %67,5’inin kronik bir sağlık sorununun olduğu saptanmıştır. Buna karşılık %60,2’sinin takip altında olmadığı, takip edilenlerin de %87,2’sinin ikinci ya da üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında takip edildiği görülmüştür(76). Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan 2023 yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı’na göre aile hekimliği birim başına düşen nüfus ortalama 3.043’tür.

Aile hekimliğine kişi başı müracaat sayısı 4.9, ikinci ve üçüncü basamak merkezlerine kişi başı başvuru sayısı 6.5'tur. Birinci basamak sağlık merkezlerine başvuru oranı önceki yıllara oranla artarak %43, ikinci ve üçüncü basamak merkezlerine başvuru oranı %57 olarak görülmüştür(77). Ancak sağlık hizmet sunumunda birinci basamak başvurunun yeterli düzeyde olmadığı, bunun iş yükünü ve maliyeti artıracacağı ortadadır. Bu sebeple kronik hastalık takibinin birinci basamağa entegrasyonu sağlanmalıdır(4).

Verilen sağlık hizmetinin hasta perspektifinden sürekli olarak değerlendirilmesi Aile Hekimliğinin temel prensiplerinden biri olan kişi merkezli yaklaşımın bir parçasıdır. Bu yaklaşımda istenen, hasta ile ortak bir zemin oluşturmak, onu tedaviye ortak etmek ve etkin bir iletişim kurmaktır ki bunlar kronik hastalık bakımının değerlendirilmesinde kullanılmaktadır(78).

Aile hekimi, hastayı bir bütün olarak değerlendirmeli, sadece kronik hastalığını değil hastanın duyu ve düşüncelerini de dikkate almalıdır. Kronik hastalıkların, seyri, safhaları, diğer sağlık durumlarına etkileri bütün olarak hasta merkezinde, olabildiğince tüm aile fertleri de bilgilendirilip bu süreçte etkin yer almalıdırlar(79). Hasta ve ailenin yaşam tarzı değişikliklerine uyumlarına yardımcı olmalı, hasta ve ailenin baş etme becerilerini geliştirerek hastalığa uyumlarını artırmalıdır(33).

Aile hekimliği polikliniklerinde taramalar ile kronik hastalıkların erken teşhisi; izlemler ve uygun tedavi ile hastalıkların semptom ve bulgularının kontrol altına alınması; komplikasyon izlemi ile fonksiyon kayıplarının önüne geçilmesi amacıyla kronik hastalıkların takibi yapılmaktadır. Bu amaçla Hastalık Yönetim Platformu(HYP), HT, DM, obezite, kardiyovasküler risk değerlendirmesi, astım, KOAH ve yaşlı değerlendirmesi gibi öncelikli kronik hastalıkların yapılması istenen hedef nüfusu toplu olarak görebildikleri, hastalıkların tarama ve izlemlerini içeren modüllerin yer aldığı kanıta dayalı rehberlere uygun bir yazılım olarak 1 Temmuz 2021 yılında online bir platform olarak kullanıma açılmış ve bakanlık 'pozitif performans' düzenlemesi ile HYP uygulamasını teşvik etmektedir. Kaydedilen tarama/izlem bilgilerine göre klinik kılavuz önerileri de sistem aracılığı ile hekimin karşısına çıkarılarak, süreçleri standartlara uygun yönetmesine imkân sağlamakta; hasta için tedavi planı yapması, yaşam tarzı değişiklikleri önermesi ve tedavi hedefleri belirlemesi için hekimi yönlendirmektedir. Ayrıca, HYP'nin popülasyon takibi bölümü, aile hekimlerine kayıtlı kişilerin tarama ve izlemlerine dair istatistikleri

görüntüleme olanağı sunmaktadır. Hasta bilgilerinin elektronik ortamda güncellenmesi, sağlık hizmeti sunucuları arasındaki iletişimi kolaylaştırmaktadır(80).

HYP yazılımının değerlendirildiği, aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının HYP ile ilgili düşüncelerinin sorgulandığı bir çalışmada, katılımcıların %46,5'i HYP'nin kronik hastalık insidansının azaltılmasında yardımcı olacağını ve %61,3'ü HYP'nin kronik hastalıkların takibini kolaylaştırdığını belirtmiştir. Ancak %86,2'si Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmayan testlerin HYP'de istenmesinin zorluk oluşturduğunu ve bu nedenle doğru bulmadığını belirtmiştir(81). Kronik hastalıkların, hem ülke toplum sağlığına etkisi, hem de ülke bütçesine etkisini olumlu olarak şekillendirecek aile hekimleridir. Tüm hayat boyu kronik hastalıkların takibi, bir de genç yaşta başladığında, aile hekiminin kronik hastalıklardaki önemi net bir şekilde anlaşılmaktadır(82).



3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1.ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırmamız tanımlayıcı, gözlemsel ve kesitsel niteliktedir.

3.2.ARAŞTIRMANIN YERİ, ZAMANI VE EVRENİ

Araştırma İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Hürriyet Eğitim Aile Sağlığı Merkezi 89 No'lu Birimi'nde yapılmıştır. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bilimleri Üniversitesi Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Etik Kurulu 24.09.2024 tarih ve 48670771-514.99-254787581 sayılı etik kurul onamı alındıktan sonra çalışmaya başlanmıştır.

Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Hürriyet Eğitim Aile Sağlığı Merkezi 89 No'lu Birimi'ne kayıtlı 921 kronik hastalık tanılı birey bulunmaktadır. Hasta sayı evrenine göre 272 olarak hesaplanmıştır. Bu hastalardan 01.10.2024-01.12.2024 tarihleri arasında birime başvuran, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve tüm soruları eksiksiz tamamlayan, çalışmaya katılmayı kabul edenlerden onam alındıktan sonra toplam 277 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Elde edilen tüm veriler analiz edilmiştir.

3.3.HASTA SEÇİMİ VE VERİLERİN TOPLANMASI

3.3.1.Dahil Edilme Kriterleri

- Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Hürriyet Eğitim Aile Sağlığı Merkezi 89 No'lu birimine kayıtlı olmak
- Kronik hastalık tanısı almış olmak, almış olduğu tanının üzerinden en az 6 ay geçmiş olması
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek
- 20 yaş üstü ve 80 yaş altı olmak

3.3.2.Dahil Edilmeme Kriterleri

- Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Hürriyet Eğitim Aile Sağlığı Merkezi 89 No'lu birimine kayıtlı olmamak
- Almış olduğu tanının üzerinden en az 6 ay geçmiş olmaması
- 20 yaş altında ve 80 yaş üzerinde olmak

- Sorulara cevap veremeyecek düzeyde işitsel, görsel ve mental yetersizliği
- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler

3.3.3.Verilerin Toplanması

Katılımcılara Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği- Hasta Formu (PACİC) ve literatürden yararlanılarak çalışmanın amacına uygun araştırmacı tarafından oluşturulan anket soruları poliklinik odasında yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanacaktır.

Araştırmacı tarafından oluşturulmuş olan anket(Bkz: Ek 1); sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, kiminle kaldığı, bakım veren kişi, sigorta varlığı, sigara içiciliği) ile kronik hastalıklarının tanı ve süresi, kontrole düzenli gidip-gitmemesi, kontrol sıklığı, kullandığı ilaç sayısı ve düzenli kullanıp kullanmaması, doktora son başvuru zamanını ve nedenini, bilgi kaynaklarını, son altı ayda acile başvurma ve hastanede yatma durumunu, başvuru merkez sorularını içerir

Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu (Türkçe PACIC)(Bkz: Ek 2): Wagner'in Kronik Bakım Modeline dayalı olarak Glasgow ve arkadaşları tarafından 2005 yılında geliştirilmiş olan ölçeğin, 2011 yılında Türkçe geçerlik ve güvenilirliği İncirkuş ve Nahcivan tarafından yapılmıştır. 20 maddelik ölçek, hasta katılımı, karar verme, amaç belirleme, problem çözme ve izlem/koordinasyon olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır ve ortalama puan ile hesaplanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı ve her bir alt boyutun ortalama puanı, "1=hiçbir zaman, 2=nadiren, 3=bazen, 4=çoğu zaman ve 5=her zaman" şeklinde 5'li Likert tipi bir derecelemeyle hesaplanır. Ölçek puanındaki artış, kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin yüksek ve kronik hastalık yönetiminin yeterli olduğunu gösterir. Ölçeğin orijinal dili olan İngilizce' deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonuçlarına göre, Chronbach alfa katsayısı 0,93; alt ölçeklerin katsayısı ortalama 0,84'tür ($\alpha = 0,77-0,90$). Test tekrar-test korelasyon kat sayısı 0,58'dir(8). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Chronbach alfa katsayısı:0,91 ve alt ölçeklerin katsayısı ortalama 0,74'tür($\alpha = 0,71-0,79$). Test-test tekrar korelasyonu 0,93 olarak bulundu(10).

3.4.ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bu araştırmada hastaların kronik bakımıyla ilgili genel memnuniyetini ve bakım kalitesini nasıl değerlendirdiği toplam ölçek ve alt ölçek (hasta katılımı, karar verme, amaç belirleme, problem çözme ve izlem/koordinasyon) puan ortalamaları bağımlı değişkenlerdir. Kronik hastalık bakımı ile ilişkisi incelenen bağımsız değişkenler ise; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, hastalık tanısı, sayısı ve süresi, kontrole düzenli gidip-gitmemesi, kontrol sıklığı, kullandığı ilaç sayısı ve ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmaması, doktora son başvuru zamanını ve nedenini, son altı ayda acile başvurma veya hastanede yatma durumu ve bilgi kaynaklarıdır.

3.5.VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmamızda elde edilen bulgular değerlendirilirken SPSS 25 (Statistical Package for the Social Sciences, version 25) istatistik programı kullanıldı. Normal dağılım Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için ortanca, minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma ile gösterildi. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verildi. Sürekli değişkenlerde normal dağılım göstermeyen verilerde iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testinden yararlandı. Normal dağılım gösteren verilerde iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi kullanıldı. Kategorik veriler karşılaştırılırken Pearson ki kare ve Fisher's Exact test kullanıldı. $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmamızda incelenen 277 hastanın yaş ortalaması 58,91 ($\pm 9,93$), ortalanca yaş 60'tu (29-80). Tablo 1 'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların yaşları

	Ortanca (min.-maks.)	Ort.\pmstd. sapma
Yaş	60 (29-80)	58,91 \pm 9,93

Hastaların %53,07'si kadın, %46,93'ü erkekti. Medeni durum açısından %80,87'si evli, eğitim düzeyine göre %9,03'ü okur-yazar değil, %48,38'i ilkokul, %14,44'ü ortaokul, %16,97'si lise, %11,19'u üniversite mezunuydu. Katılımcıların %42,96'sı emekli ve %32,77'si ev hanımıydı. %65,7'si ailesiyle(eş ve çocuklar) beraber yaşıyordu. %48,74'ünün gelir düzeyi 20.000 TL ve altındaydı(açlık sınırı) ve %22,74'ü sigara içmekteydi. Tablo 2 'de gösterilmiştir.

Hastaların sigara tüketim ortalaması 30,49 paket/yıl ($\pm 19,74$), ortalanca tüketim 25 paket/yıldı (5-120). Tablo 3'te gösterilmiştir.

Hastaların %23,1'inde kronik hastalık tanısı 6 ay-5 yıl önce, %23,47'sinde 5-10 yıl önce, %41,16'sında 10-20 yıl önce, %12,27'sinde ise 20 yıldan daha uzun süre önce konmuştu. Tablo 4'te gösterilmiştir.

Hastaların %67,15'inde HT, %44,4'ünde DM, %36,46'sında hiperlipidemi(HL), %29,60'ında KVH, %14,8'inde astım/KOAH, %15,16'sında hipotiroidi, %7,58'inde kronik ağrı(osteoartrit, romatizmal hastalıklar vb.), %7,58'inde psikiyatrik hastalıklar(depresyon, panik bozukluk, bipolar bozukluk, anksiyete), %6,14'ünde kanser, %2,89'unda nörolojik hastalık(parkinson, migren, epilepsi), %1,81'inde kronik enfeksiyon(hepatit B,C vb.) ve %1,44'ünde kronik böbrek yetmezliği(KBY) mevcuttu. Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		N (%)	
Cinsiyet	Kadın	147 (53,07)	
	Erkek	130 (46,93)	
Medeni Durum	Evli	224 (80,87)	
	Boşanmış/dul	44 (15,88)	
	Bekar	9 (3,25)	
Kimle Yaşıyor	Tek	20 (7,22)	
	Aile/eş	75 (27,08)	
	Aile	182 (65,7)	
Kronik hastalığınızla ilgili takip tedavi sürecinizde bakımınızda size kim yardımcı oluyor?	Kendisi	212 (76,53)	
	Kızı/oğlu	31 (11,19)	
	Eşi	32 (11,55)	
	Diğer	2 (0,72)	
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	25 (9,03)	
	İlkokul	134 (48,38)	
	Ortaokul	40 (14,44)	
	Lise	47 (16,97)	
	Üniversite	31 (11,19)	
Sağlık Güvencesi	Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur	265 (95,67)	
	Özel sigorta	3 (1,08)	
	Yeşil kart	5 (1,81)	
	Yok	4 (1,44)	
Meslek	Emekli (çalışıyor)	16 (5,78)	
	Memur	7 (2,53)	
	İşçi	20 (7,22)	
	Emekli (çalışmıyor)	119 (42,96)	
	İşsiz	7 (2,53)	
	Çalışmıyor (evde çalışan)	88 (31,77)	
	Diğer	20 (7,22)	
Gelir Düzeyi	Aylık 20.000 TL altı (açlık sınırı)	135 (48,74)	
	Aylık 20.000 TL – 40.000 TL arası	98 (35,38)	
	Aylık 40.000 TL üzeri	44 (15,88)	
Sigara	İçiyor	63 (22,74)	
	Bırakmış	90 (32,49)	
	Hiç içmemiş	124 (44,77)	

Tablo 3. Katılımcıların sigara tüketimleri

	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±std. sapma
Sigara (paket/yıl)	25 (5-120)	30,49±19,74

Tablo 4. Katılımcıların tanı sonrası geçen süreleri

		N (%)
Kronik Hastalık Tanı	6 ay-5 yıl	64 (23,1)
	Sonrası Geçen Süre	
	5-10 yıl	65 (23,47)
	10-20 yıl	114 (41,16)
	20 yıldan fazla	34 (12,27)

Tablo 5. Katılımcıların kronik hastalıkları*

	Yok N (%)	Var N (%)
Hipertansiyon	91 (32,85)	186 (67,15)
Diyabet	154 (55,6)	123 (44,4)
Hiperlipidemi	176 (63,54)	101 (36,46)
Kardiyovasküler hastalıklar	199 (71,84)	78 (28,16)
Serebrovasküler hastalıklar(inme)	273 (98,56)	4 (1,44)
Hipotiroidi	235 (84,84)	42 (15,16)
Astım/koah	236 (85,2)	41 (14,8)
Psikiyatrik Hastalıklar	256 (92,42)	21 (7,58)
Kronik Ağrı	256 (92,42)	21 (7,58)
Kanser	260 (93,86)	17 (6,14)
Nörolojik Hastalıklar	269 (97,11)	8 (2,89)
Kronik Enfeksiyon	272 (98,19)	5 (1,81)
Kronik Böbrek Yetmezliği	273 (98,56)	4 (1,44)

*Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir.

Hastaların sadece %27,80'i tek bir kronik hastalığa sahipti. %49,46'sı 2-3 kronik hastalığa, %20,94'ü 4-5 hastalığa, %1,81'i ise 6 veya daha fazla kronik hastalığa sahipti. İlaç kullanımında %93,5'i ilaçlarını her zaman önerilen dozda alırken, günlük ilaç kullanımına göre %44,77'si 1-3 ilaç, %36,1'i 4-6 ilaç, %16,61'i 7-10 ilaç, %2,53'ü ise 11 ve üzeri ilaç kullanıyordu. Her gün düzenli ağrı kesici kullananların oranı %7,94'tü. Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların kronik hastalık ve ilaç özellikleri

		N (%)
Kronik Hastalık Sayısı	1	77 (27,80)
	2-3	137 (49,46)
	4-5	58 (20,94)
	6 ve daha fazla	5 (1,81)
İlaçlarını Önerilen Dozda/miktarda Alıyor mu?	Evet, her zaman	259 (93,5)
	Evet, bazen	16 (5,78)
	Hayır, ilaçlarımı kullanmıyorum	2 (0,72)
İlaç Sayısı (gün)	1-3	124 (44,77)
	4-6	100 (36,1)
	7-10	46 (16,61)
	11 ve üstü	7 (2,53)
Her Gün Düzenli Ağrı Kesici Alıyor mu?	Hayır	255 (92,06)
	Evet	22 (7,94)

Hastaların günlük ağrı kesici tüketim ortalaması 1,18 ($\pm 0,39$), ortanca tüketim 1'di (1-2). Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların günlük ağrı kesici tüketimleri

	Ortanca (min.-maks.)	Ort. \pm std. sapma
Günde Kaç Tane Ağrı Kesici Alıyor?	1 (1-2)	1,18 \pm 0,39

Hastaların %66,43'ü düzenli olarak kontrole giderken, %33,57'si gitmiyordu. Düzenli kontrole gitmeme nedenleri arasında %38,46'sı kendini iyi hissettiğini, %18,27'si rapor yenileme zamanı gittiğini, %15,38'i randevu bulmakta/almakta zorluk çektiğini belirtmiştir. Son bir yıl içinde kontrole gitme sıklığı açısından %24,55'i 1 kez, %27,08'i 2 kez, %22,02'si ise 3 veya daha fazla kez gitmiştir. Katılımcıların %36,82'si son 3 ay içinde kontrole gitmişken %26,35'inin son kontrolü 12 aydan daha önceydi. Son 6 ay içindeki en sık başvuru sebebi kontrol muayene, tetkikti ve ardından ilaç yazdırmaydı. Katılımcıların en sık başvuru yeri aile hekimiydi. Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların kronik hastalık kontrol ve sağlık merkezi başvuru özellikleri

		N (%)
Kronik hastalığınız ile ilgili düzenli olarak kontrollerinize gider misiniz?	Hayır	93 (33,57)
	Evet	184 (66,43)
Düzenli Kontrole Gitmiyorsa Nedeni	Kendimi iyi hissediyorum	40 (38,46)
	Rapor zamanı	19 (18,27)
	Randevu bulmakta / almakta zorlanıyorum	16 (15,38)
	Vakit bulamadığım için	12 (11,54)
	Hastalığımı önemsemiyorum	9 (8,65)
	Hastaneye ulaşım ile ilgili sıkıntılar yaşıyorum	8 (7,69)
	Son 1 Yıl İçinde Kaç Defa Kontrole Gitti	Hiç gitmemiş
	1	68 (24,55)
	2	75 (27,08)
	3 ve üstü	61 (22,02)
Kronik Hastalığının Takip/tedavisi İçin En Son Ne Zaman Kontrole Gitti?	Son 3 ay içinde	102 (36,82)
	3-6 ay	64 (23,1)
	6-12 ay	38 (13,72)
	>12 ay	73 (26,35)
Son 6 ay İçinde Kronik Hastalığıyla İlgili Başvuru Sebebi	Yeni semptom (şikâyet) olması	27 (9,75)
	Kontrol muayene, tetkik	124 (44,77)
	İlaç yazdırma	101 (36,46)
	İlaç raporu yenileme	24 (8,66)
	İlaç yan etkisi	1 (0,36)
Kronik Hastalığıyla İlgili En Çok Nereye Gidiyor?	Aile hekimi	138 (49,82)
	Devlet hastanesi- ilgili uzman	111 (40,07)
	Özel hastanesi- ilgili uzman	28 (10,11)

Hastaların %74,73'ü ilgili uzman hekimden, %44,04'ü aile hekimlerinden, %7,58'i sosyal medya veya televizyondan, %4,33'ü hemşireden ve yine %4,33'ü diyetisyenden bilgi almıştır. Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların kronik hastalıklarıyla ilgi bilgi/egitim kaynakları*

	Bilgi/egitim kaynağı değil	Bilgi/egitim kaynağı
	N (%)	N (%)
İlgili Uzman Hekim	70 (25,27)	207 (74,73)
Aile Hekimi	155 (55,96)	122 (44,04)
Hemşire	265 (95,67)	12 (4,33)
Diyetisyen	265(95,67)	12(4,33)
Televizyon, sosyal medya	256 (92,42)	21 (7,58)

*Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir.

Hastaların %97,83'ü son 6 ayda servise yatış yapmazken, %2,17'si yatış yapmıştır. Aynı dönemde %7,58'i acil servise başvurmuştur. Sağlık çalışanlarının %87'si yaşam tarzı değişikliği önerirken, %13'ü bu tür önerilerde bulunmamıştır. Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların son 6 ayda sağlık merkezlerine başvuru ve yaşam tarzı değişikliği önerilme sıklığı

	N (%)	
	Hayır	Evet
Kronik Hastalığıyla ilgili Son 6 Ayda Servis Yatış	271 (97,83)	6 (2,17)
Kronik Hastalığıyla ilgili Son 6 Ayda Acil Servise Başvuru	256 (92,42)	21 (7,58)
Hekim/sağlık çalışanı Yaşam Tarzı Değişikliği Önerdi mi?	36 (13)	241 (87)

Hareketsizliği azaltma ve egzersiz önerisi alanların oranı %70,04, kilo verme/diyet önerisi alanların oranı %63,18'dir. Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Katılımcılara yaşam tarzı değişiklikleri önerileri*

	Önerilmedi	Önerildi
	N (%)	N (%)
Hareketi artırma egzersiz, spor	83 (29,96)	194 (70,04)
Sigarayı bırakma	234 (84,48)	43 (15,52)
Kilo verme, diyet	102 (36,82)	175 (63,18)
Tuz kısıtlaması	250 (90,25)	27 (9,75)
Kırmızı, yağlı etin azaltılması, sebze- meyve artırılması	226 (81,59)	51 (18,41)

*Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir.

Tablo 12. Katılımcıların PACIC Ölçek sorularına Verdikleri Yanıtlar

	Ortanca	Ort.±std.
	(min.-maks.)	sapma
1 Tedavi planı yapılırken görüşlerim alındı.	3 (1-5)	3±1,32
2 Tedavim konusunda karar vermem için başka seçenekler sunuldu.	3 (1-5)	2,71±1,33
3 İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi.	5 (1-5)	4,12±1,28
4 Sağlığım için yapmam gerekenler yazılı olarak verildi.	2 (1-5)	2,15±1,31
5 Bakımımın iyi düzenlenmiş olmasından memnun kaldım.	5 (1-5)	4,4±0,89
6 Kendi bakımımı sağlamak için yaptığım şeylerin sağlığımı nasıl etkileyeceği açıklandı	4 (1-5)	3,82±1,35
7 Kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu	4 (1-5)	3,59±1,46
8 Beslenme ya da egzersiz yapma davranışlarımı geliştirmem için yardım edildi	4 (1-5)	3,78±1,3
9 Tedavi planımın bir kopyası / örneği bana verildi	1 (1-5)	1,76±1,21
10 Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edildim	1 (1-5)	1,32±0,81
11 Sağlık alışkanlıklarım ile ilgili sorular soruldu.	4 (1-5)	3,35±1,27
12 Doktorumun ya da hemşiremin gerekli olan tedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim	5 (1-5)	4,33±0,97
13 Günlük yaşamımda uygulayabileceğim bir tedavi planı yapmam için yardım edildi.	4 (1-5)	4,13±1,1
14 Zor zamanlarımda bile kendime bakabilmem için yapmam gerekenler konusunda yardım edildi.	3 (1-5)	3,29±1,45
15 Hastalığımla hayatımı nasıl etkilediği soruldu.	4 (1-5)	3,42±1,48
16 Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı	1 (1-5)	1,18±0,64
17 Hastalığım konusunda bana yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya teşvik edildim.	1 (1-5)	1,22±0,64
18 Diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacım olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirildi.	2 (1-5)	2,28±1,4
19 Diğer branşlardaki hekimlere gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı.	3 (1-5)	3,17±1,39
20 Diğer hekimlerle yaptığım görüşmeler konusunda sorular soruldu.	3 (1-5)	3,1±1,44

Hastaların PACIC ölçeği yanıtlarının puan ortalaması tablo 12’de gösterilmiştir.

Ölçeğin Hasta Katılımı puanı ortalaması 3,28(\pm 1,09), Karar Verme puanı ortalaması 3,45(\pm 0,88), Amaç Belirleme puanı ortalaması 2,76(\pm 0,8), Problem Çözme puanı ortalaması 3,79(\pm 0,97), İzlem/Koordinasyon puanı ortalaması 2,19(\pm 0,83) ve toplam PACIC puanı ortalaması 3,01(\pm 0,73)’tür. Tablo 13’te gösterilmiştir.

Tablo 13. PACIC alt boyut ve toplam puanları

	Ortanca (min.-maks.)	Ort.\pmstd. sapma
Hasta Katılımı	3,33 (1-5)	3,28 \pm 1,09
Karar Verme	3,67 (1-5)	3,45 \pm 0,88
Amaç Belirleme	2,8 (1-5)	2,76 \pm 0,8
Problem Çözme	4 (1-5)	3,79 \pm 0,97
İzlem/Koordinasyon	2,2 (1-4,8)	2,19 \pm 0,83
PACİC Toplam Puan	3 (1,1-4,8)	3,01 \pm 0,73

Hastalardan 60 yaş ve altında olanların PACIC hasta katılımı, karar verme, amaç belirleme alt boyut puanları 60 yaş üstünde olanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$). Bakım vereni eşi olanların PACIC karar verme alt boyut puanı kendi bakımını yürütenlerden istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,05$). Ortaokul ve üstü eğitim düzeyine sahip olanların PACIC hasta katılımı, karar verme, amaç belirleme alt boyut puanları ilkokul mezunu olanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Ortaokul ve üstü eğitim düzeyine sahip olanların PACIC amaç belirleme alt boyut puanı okur-yazar olmayanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,05$).

Kronik hastalık tanı sonrası geçen süre 6 ay- 5 yıl arasında olanların PACIC karar verme ve amaç belirleme alt boyut puanları 10-20 yıl ve 20 yıldan fazla olanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$). Tablo 14’te gösterilmiştir.

Tablo 14. Katılımcıların Sosyodemografik ve Kronik Hastalık Özellikleriyle PACIC Hasta Katılımı, Karar Verme, Amaç Belirleme Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

		Hasta Katılımı			Karar Verme		Amaç Belirleme	
		N	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±std. sapma	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±std. sapma	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±std. sapma
Yaş Grubu	60 yaş ve altı	146	3,67 (1-5)	3,42±1,05	3,67 (1-5)	3,62±0,88	2,9 (1-5)	2,94±0,82
	60 yaş üstü	131	3 (1-5)	3,11±1,11	3,33 (1,33-5)	3,27±0,85	2,6 (1-4,8)	2,56±0,74
	p		^a 0,020*		^a <0,001**		^a <0,001**	
Cinsiyet	Kadın	147	3,33 (1-5)	3,27±1,17	3,33 (1-5)	3,41±0,88	2,8 (1-5)	2,7±0,81
	Erkek	130	3,33 (1-5)	3,28±1	3,67 (1,33-5)	3,51±0,87	2,8 (1-4,8)	2,83±0,8
	p		^a 0,722		^a 0,313		^a 0,120	
Medeni Durum	Evli	224	3,33 (1-5)	3,23±1,08	3,67 (1,33-5)	3,48±0,9	2,8 (1-5)	2,79±0,82
	Evli değil	53	3,67 (1-5)	3,45±1,13	3,33 (1-5)	3,33±0,77	2,6 (1,2-4)	2,65±0,71
	p		^a 0,146		^a 0,194		^a 0,252	
Kimle Yaşıyor	Tek	20	3,33 (1-5)	3,27±1,15	3,33 (2-5)	3,4±0,81	2,8 (1,4-3,8)	2,75±0,66
	Aile/eş	75	3 (1-5)	3,09±1,1	3,33 (1,33-5)	3,37±1,03	2,6 (1-4,8)	2,62±0,96
	Aile	182	3,5 (1-5)	3,35±1,07	3,67 (1-5)	3,5±0,82	2,8 (1,2-5)	2,82±0,74
	p		^b 0,246		^b 0,645		^b 0,256	
Bakım Veren	Kendisi	212	3,33 (1-5)	3,24±1,12	3,33 (1-5)	3,38±0,89	2,8 (1-5)	2,69±0,81
	Kızı/oğlu	31	3,33 (1-5)	3,42±0,97	3,67 (2,33-5)	3,7±0,69	2,8 (1,8-4,8)	2,84±0,57
	Eşi	32	3,67 (1,67-5)	3,47±0,92	3,83 (1,33-5)	3,72±0,92	3,1 (1,4-4,8)	3,11±0,88
	p		^b 0,613		^b 0,030*		^b 0,057	
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	25	3 (1-5)	3,03±1,16	3,33 (1,33-4,67)	3,24±0,88	2,6 (1-4)	2,49±0,74

	İlkokul	134	3 (1-5)	3,14±1,11	3,33 (1-5)	3,38±0,87	2,8 (1-4,8)	2,69±0,77
	Ortaokul ve üstü	118	3,67 (1-5)	3,48±1,02	3,67 (1,33-5)	3,59±0,88	3 (1-5)	2,9±0,83
	p		^b 0,019*		^b 0,041*		^b 0,023*	
Çalışma Durumu	Emekli-çalışıyor	16	3 (1-5)	3,17±1,23	3,17 (1,33-5)	3,29±1,09	2,8 (1-4,2)	2,78±0,87
	Emekli-çalışmıyor	119	3,33 (1-5)	3,31±1,06	3,67 (1,67-5)	3,52±0,83	2,8 (1,2-4,8)	2,77±0,75
	Evde çalışan	88	3,33 (1-5)	3,21±1,12	3,33 (1,33-5)	3,34±0,8	2,6 (1-5)	2,62±0,77
	Çalışıyor	54	3,5 (1-5)	3,34±1,07	3,67 (1-5)	3,55±1,03	2,9 (1-4,8)	2,95±0,93
	p		^b 0,895		^b 0,288		^b 0,082	
Gelir Düzeyi	Aylık 20.000 TL altı	135	3,33 (1-5)	3,19±1,1	3,33 (1-5)	3,4±0,84	2,6 (1-4,8)	2,67±0,71
	Aylık 20.000 TL – 40.000 TL	98	3,33 (1-5)	3,35±1,03	3,67 (1,33-5)	3,46±0,89	2,8 (1-4,8)	2,8±0,87
	Aylık 40.000 TL üzeri	44	3,67 (1-5)	3,38±1,17	3,67 (1,33-5)	3,63±0,97	3 (1-5)	2,95±0,89
	p		^b 0,448		^b 0,263		^b 0,086	
Sigara	İçiyor	63	3,33 (1-5)	3,27±1,07	3,67 (1-5)	3,51±0,91	2,8 (1-4,2)	2,79±0,81
	Bırakmış	90	3,33 (1-5)	3,25±1,03	3,33 (1,33-5)	3,48±0,88	2,8 (1-4,2)	2,76±0,77
	Hiç içmemiş	124	3,33 (1-5)	3,3±1,15	3,33 (1,33-5)	3,41±0,87	2,8 (1-5)	2,75±0,83
	p		^b 0,870		^b 0,620		^b 0,718	
Kronik Hastalık Tam Sonrası Geçen Süre	6 ay-5 yıl	64	3,67 (1-5)	3,47±1,04	3,83 (1-5)	3,71±0,96	3 (1-5)	3±0,88
	5-10 yıl	65	3,33 (1-5)	3,28±1,17	3,67 (1,33-5)	3,52±0,79	2,8 (1,2-4,8)	2,76±0,81
	10-20 yıl	114	3 (1-5)	3,17±1,07	3,33 (1,33-5)	3,3±0,87	2,8 (1-4,8)	2,65±0,76
	20 yıldan fazla	34	3 (1-5)	3,25±1,09	3,33 (2-5)	3,35±0,82	2,6 (1,4-4,4)	2,7±0,72
	p		^b 0,348		^b 0,009**		^b 0,028*	

^aMann Whitney U testi, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

^bKruskal Wallis testi

Tablo 15. Katılımcıların Sosyodemografik ve Kronik Hastalık Özellikleriyle PACIC Problem Çözme, İzlem/koordinasyon Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

		Problem Çözme			İzlem/Koordinasyon		PACIC Toplam Puan	
		N(%)	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±std. sapma	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±std. sapma	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±std. sapma
Yaş Grubu	60 yaş ve altı	146	4 (1-5)	3,89±0,97	2,4 (1-4,8)	2,36±0,86	3,2 (1,1-4,8)	3,16±0,73
	60 yaş üstü	131	3,75 (1-5)	3,69±0,97	1,8 (1-4,6)	2,01±0,75	2,8 (1,1-4,7)	2,84±0,7
	p		^a 0,070		^a 0,001**		^b <0,001**	
Cinsiyet	Kadın	147	3,75 (1-5)	3,72±0,95	2,2 (1-4,6)	2,15±0,78	2,95 (1,1-4,7)	2,96±0,74
	Erkek	130	4 (1-5)	3,87±0,99	2,2 (1-4,8)	2,24±0,88	3,1 (1,1-4,8)	3,06±0,72
	p		^a 0,107		^a 0,459		^a 0,264	
Medeni Durum	Evli	224	4 (1-5)	3,79±1	2,2 (1-4,8)	2,2±0,85	3 (1,1-4,8)	3,01±0,75
	Evli değil	53	3,75 (1,75-5)	3,78±0,88	2 (1-3,8)	2,16±0,76	2,9 (1,6-4,2)	2,97±0,65
	p		^a 0,706		^a 0,907		^a 0,690	
Kimle Yaşıyor	Tek	20	4 (2,5-5)	3,85±0,65	2,3 (1-3,8)	2,36±0,79	3,05 (1,7-4,2)	3,05±0,65
	Aile/eş	75	3,5 (1-5)	3,38±1,05	2,2 (1-4,8)	2,09±0,89	2,8 (1,1-4,8)	2,82±0,81
	Aile	182	4 (1,5-5)	3,96±0,92	2,2 (1-4,4)	2,22±0,8	3,1 (1,55-4,6)	3,08±0,69
	p		^c <0,001**		^c 0,188		^c 0,041*	
Bakım Veren	Kendisi	212	4 (1-5)	3,79±0,97	2,2 (1-4,4)	2,12±0,81	3 (1,1-4,6)	2,96±0,74
	Kızı/oğlu	31	4 (1,75-5)	3,83±1,07	2,4 (1-4,6)	2,45±0,74	3,2 (1,6-4,7)	3,16±0,65
	Eşi	32	3,88 (1,75-5)	3,78±0,95	2,2 (1-4,8)	2,36±0,97	3,2 (1,7-4,8)	3,2±0,77
	p		^c 0,859		^c 0,107		^c 0,258	
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	25	4 (2-5)	3,68±0,96	2,2 (1-3,2)	2,02±0,76	2,85 (1,25-4,15)	2,8±0,76

	İlkokul	134	3,75 (1,25-5)	3,78±0,87	2,2 (1-4,6)	2,13±0,78	2,93 (1,45-4,7)	2,94±0,69
	Ortaokul ve üstü	118	4 (1-5)	3,82±1,09	2,2 (1-4,8)	2,3±0,88	3,2 (1,1-4,8)	3,12±0,75
	p		°0,473		°0,261		°0,045*	
Çalışma Durumu	Emekli-çalışıyor	16	3,75 (1-5)	3,47±1,12	2,6 (1-3,8)	2,25±1,04	3,05 (1,1-4,2)	2,92±0,92
	Emekli-çalışmıyor	119	4 (1,25-5)	3,88±0,97	2,2 (1-4,4)	2,17±0,79	3 (1,55-4,55)	3,03±0,68
	Evde çalışan	88	3,63 (1,5-5)	3,67±0,9	2,2 (1-4,6)	2,12±0,77	2,88 (1,25-4,7)	2,9±0,7
	Çalışıyor	54	4 (1-5)	3,89±1,04	2,5 (1-4,8)	2,34±0,94	3,33 (1,1-4,8)	3,13±0,81
	p		°0,146		°0,556		°0,223	
Gelir Düzeyi	Aylık 20.000 TL altı	135	4 (1,25-5)	3,81±0,9	2 (1-4,4)	2,03±0,73	2,9 (1,25-4,55)	2,93±0,67
	Aylık 20.000 TL – 40.000 TL	98	3,75 (1,5-5)	3,7±0,99	2,2 (1-4,6)	2,25±0,86	2,98 (1,6-4,7)	3,02±0,74
	Aylık 40.000 TL üzeri	44	4,25 (1-5)	3,93±1,14	2,5 (1-4,8)	2,55±0,93	3,35 (1,1-4,8)	3,21±0,85
	p		°0,188		°0,003**		°0,078	
Sigara	İçiyor	63	4 (1,25-5)	3,73±1,01	2,2 (1-4,4)	2,24±0,88	3,1 (1,25-4,2)	3,02±0,75
	Bırakmış	90	4 (1-5)	3,83±1	2,2 (1-3,8)	2,12±0,72	3,03 (1,1-4,45)	2,99±0,68
	Hiç içmemiş	124	3,88 (1-5)	3,79±0,94	2,2 (1-4,8)	2,22±0,88	2,93 (1,1-4,8)	3,01±0,76
	p		°0,792		°0,743		°0,914	
Kronik Hastalık	6 ay-5 yıl	64	4 (1-5)	3,81±1	2,4 (1-4,8)	2,38±0,91	3,35 (1,1-4,8)	3,18±0,81
Tam Sonrası	5-10 yıl	65	4,25 (2,25-5)	4,02±0,9	2,2 (1-4,4)	2,11±0,78	3 (1,6-4,55)	3,04±0,7
Geçen Süre	10-20 yıl	114	3,75 (1-5)	3,67±1	2,2 (1-4,6)	2,14±0,82	2,9 (1,1-4,7)	2,9±0,71
	20 yıldan fazla	34	3,88 (1,75-5)	3,72±0,95	2,2 (1-3,8)	2,18±0,74	2,9 (1,6-4,5)	2,95±0,68
	p		°0,148		°0,302		°0,051	

^aMann Whitney U testi, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

^cKruskal Wallis testi

^bBağımsız örneklem t testi

^dTek yönlü varyans analizi

Hastalardan 60 yaş ve altında olanların PACIC izlem/koordinasyon alt boyut ve PACIC toplam puanları 60 yaş üstünde olanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$). Eşiyle yaşayanların PACIC problem çözme alt boyutu ve PACIC toplam puanı diğer aile üyeleriyle yaşayanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p<0,05$).

Ortaokul ve üstü eğitim düzeyine sahip olanların PACIC toplam puanı ilkokul mezunu olanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,05$). Aylık 20000 TL altında geliri olanların PACIC izlem/koordinasyon alt boyut puanı aylık 20000-40000 TL ve 40000 TL üzerinde olanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0,01$). Tablo 15'te gösterilmiştir.

Hipertansiyonu olmayanların, diyabeti olanların PACIC karar verme ve amaç belirleme alt boyut puanları istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$). Kanser tanısı olanların PACIC hasta katılımı, karar verme, amaç belirleme alt boyut puanları istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$). Tablo 16'da gösterilmiştir.

Diyabeti olanların PACIC izlem/koordinasyon alt boyut ve PACIC toplam puanı istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,05$). Hiperlipidemisi olanların PACIC izlem/koordinasyon alt boyut puanı istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,01$). Kanser tanısı olanların PACIC problem çözme alt boyut ve PACIC toplam puanı istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,05$). Tablo 17'de gösterilmiştir.

Tablo 16. Katılımcıların Kronik Hastalıklarıyla PACIC Hasta Katılımı, Karar Verme, Amaç Belirleme Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

		Hasta Katılımı			Karar Verme		Amaç Belirleme	
		N(%)	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±std. sapma	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±std. sapma	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±std. sapma
Hipertansiyon	Yok	91	3,67 (1-5)	3,41±1	3,67 (1,33-5)	3,6±0,89	2,8 (1-5)	2,9±0,83
	Var	186	3,33 (1-5)	3,21±1,13	3,33 (1-5)	3,39±0,87	2,8 (1-4,8)	2,69±0,79
	p			^a 0,218		^a 0,038*		^a 0,025*
Diyabet	Yok	154	3,33 (1-5)	3,22±1,13	3,33 (1-5)	3,34±0,89	2,6 (1-4,8)	2,65±0,82
	Var	123	3,67 (1-5)	3,34±1,03	3,67 (1,33-5)	3,6±0,84	2,8 (1-5)	2,9±0,77
	p			^a 0,384		^a 0,018*		^a 0,012*
Hiperlipidemi	Yok	176	3,5 (1-5)	3,3±1,08	3,67 (1,33-5)	3,44±0,87	2,8 (1-5)	2,71±0,8
	Var	101	3 (1-5)	3,24±1,11	3,33 (1-5)	3,49±0,89	2,8 (1-4,8)	2,84±0,8
	p			^a 0,594		^a 0,650		^a 0,208
Kardiyovasküler hastalıklar	Yok	199	3,67 (1-5)	3,34±1,08	3,67 (1-5)	3,46±0,88	2,8 (1-5)	2,75±0,82
	Var	78	3 (1-5)	3,12±1,11	3,33 (1,33-5)	3,45±0,88	2,8 (1-4,2)	2,77±0,77
	p			^a 0,103		^a 0,877		^a 0,760
Astım/koah	Yok	236	3,5 (1-5)	3,31±1,1	3,67 (1-5)	3,48±0,88	2,8 (1-5)	2,76±0,81
	Var	41	3,33 (1-5)	3,08±1	3,33 (1,33-5)	3,31±0,87	2,6 (1-4,2)	2,75±0,8
	p			^a 0,150		^a 0,300		^a 0,784
Hipotiroidi	Yok	235	3,33 (1-5)	3,31±1,06	3,67 (1,33-5)	3,49±0,89	2,8 (1-4,8)	2,77±0,78
	Var	42	3 (1-5)	3,08±1,22	3,33 (1-5)	3,26±0,83	2,8 (1-5)	2,7±0,93
	p			^a 0,263		^a 0,105		^a 0,508
Kanser	Yok	260	3,33 (1-5)	3,24±1,09	3,33 (1-5)	3,42±0,89	2,8 (1-5)	2,74±0,82

	Var	17	4 (1,33-5)	3,78±0,88	4 (3-5)	3,94±0,6	3 (2,4-4,2)	3,11±0,45
	p		^a 0,033*		^a 0,018*		^a 0,047*	
Kronik Ağrı	Yok	256	3,33 (1-5)	3,31±1,08	3,67 (1-5)	3,48±0,88	2,8 (1-5)	2,77±0,8
	Var	21	3 (1-4,67)	2,83±1,18	3,33 (1,33-4,33)	3,16±0,81	2,6 (1-4,2)	2,63±0,8
	p		^a 0,078		^a 0,114		^a 0,501	
Psikiyatrik hastalıklar	Yok	256	3,33 (1-5)	3,25±1,09	3,67 (1-5)	3,48±0,88	2,8 (1-5)	2,76±0,8
	Var	21	3,67 (1,33-5)	3,6±1,08	3 (1,67-4,67)	3,17±0,86	2,6 (1,4-4)	2,76±0,88
	p		^a 0,179		^a 0,123		^a 0,983	
Nörolojik hastalık	Yok	269	3,33 (1-5)	3,29±1,09	3,67 (1-5)	3,46±0,89	2,8 (1-5)	2,76±0,81
	Var	8	2,5 (1,33-4,33)	2,83±1,15	3 (2,33-4)	3,25±0,58	2,8 (1,6-3,4)	2,65±0,71
	p		^a 0,258		^a 0,384		^a 0,793	

^aMann Whitney U testi, *p<0,05

Tablo 17. Katılımcıların Kronik Hastalıklarıyla PACİC Problem Çözme, İzlem/koordinasyon Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

		Problem Çözme			İzlem/Koordinasyon		PACİC Toplam Puan	
		N(%)	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±std. sapma	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±std. sapma	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±std. sapma
Hipertansiyon	Yok	91	4 (1-5)	3,81±1,12	2,4 (1-4,8)	2,29±0,85	3,25 (1,1-4,8)	3,11±0,77
	Var	186	4 (1,25-5)	3,78±0,9	2,2 (1-4,6)	2,14±0,82	2,95 (1,25-4,7)	2,95±0,71
	p		^a 0,363		^a 0,176		^a 0,057	
Diyabet	Yok	154	3,88 (1-5)	3,77±0,95	2 (1-4,4)	2,05±0,79	2,85 (1,1-4,55)	2,91±0,73
	Var	123	4 (1-5)	3,81±1,01	2,4 (1-4,8)	2,37±0,85	3,15 (1,1-4,8)	3,12±0,72
	p		^a 0,619		^a 0,001**		^b 0,017*	

Hiperlipidemi	Yok	176	4 (1-5)	3,78±1	2 (1-4,4)	2,08±0,78	2,98 (1,1-4,6)	2,96±0,72
	Var	101	4 (1,25-5)	3,81±0,92	2,4 (1-4,8)	2,39±0,87	3,05 (1,25-4,8)	3,08±0,74
	p			^a 0,924		^a 0,003**		^b 0,207
Kardiyovasküler hastalıklar	Yok	199	4 (1-5)	3,81±0,99	2,2 (1-4,8)	2,17±0,84	3 (1,1-4,8)	3,01±0,74
	Var	78	3,75 (1,5-5)	3,75±0,94	2,2 (1-3,8)	2,24±0,81	3,03 (1,25-4,45)	2,99±0,71
	p			^a 0,542		^a 0,393		^b 0,810
Astım/koah	Yok	236	4 (1-5)	3,81±0,98	2,2 (1-4,8)	2,21±0,85	3,05 (1,1-4,8)	3,02±0,73
	Var	41	3,75 (2-5)	3,71±0,94	2 (1-3,2)	2,07±0,68	2,9 (1,6-4,1)	2,91±0,72
	p			^a 0,392		^a 0,461		^b 0,347
Hipotiroidi	Yok	235	4 (1-5)	3,8±0,98	2,2 (1-4,8)	2,19±0,81	3,05 (1,1-4,8)	3,02±0,72
	Var	42	3,88 (1-5)	3,73±0,95	2,2 (1-4,6)	2,19±0,91	2,85 (1,1-4,7)	2,92±0,78
	p			^a 0,605		^a 0,792		^a 0,254
Kanser	Yok	260	3,88 (1-5)	3,76±0,97	2,2 (1-4,8)	2,17±0,84	3 (1,1-4,8)	2,98±0,74
	Var	17	4,5 (2,25-5)	4,29±0,83	2,4 (1,2-3,6)	2,45±0,63	3,45 (2,35-4,15)	3,41±0,51
	p			^a 0,021*		^a 0,115		^b 0,020*
Kronik Ağrı	Yok	256	4 (1-5)	3,81±0,99	2,2 (1-4,8)	2,2±0,84	3 (1,1-4,8)	3,02±0,73
	Var	21	3,75 (2-5)	3,6±0,82	2,2 (1-3,6)	2,12±0,73	2,85 (1,25-4,05)	2,8±0,72
	p			^a 0,214		^a 0,175		^a 0,263
Psikiyatrik hastalıklar	Yok	256	4 (1-5)	3,8±0,98	2,2 (1-4,8)	2,19±0,83	3 (1,1-4,8)	3,01±0,73
	Var	21	3,75 (2-5)	3,73±0,96	2 (1-3,6)	2,14±0,84	2,85 (1,6-4,25)	2,99±0,71
	p			^a 0,671		^a 0,854		^a 0,882
Nörolojik hastalık	Yok	269	4 (1-5)	3,79±0,98	2,2 (1-4,8)	2,19±0,84	3 (1,1-4,8)	3,01±0,73
	Var	8	3,88 (3-5)	3,94±0,89	2,2 (1,4-2,8)	2,1±0,57	2,73 (1,95-3,7)	2,89±0,62
	p			^a 0,741		^a 0,873		^a 0,579

^aMann Whitney U testi, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

^bBağımsız örneklem t testi

Tablo 18. Katılımcıların Tıbbi Öyküleriyle PACIC Hasta Katılımı, Karar Verme, Amaç Belirleme Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

		Hasta Katılımı			Karar Verme		Amaç Belirleme	
		N(%)	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±std. sapma	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±std. sapma	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±std. sapma
Kronik Hastalık Sayısı	1	77	3,67 (1-5)	3,25±1,08	3,67 (1,33-5)	3,53±0,91	2,8 (1-4,8)	2,69±0,85
	2-3	137	3,33 (1-5)	3,33±1,1	3,67 (1-5)	3,44±0,9	2,8 (1-5)	2,78±0,81
	4 ve üstü	63	3 (1-5)	3,19±1,08	3,33 (1,33-5)	3,39±0,82	2,8 (1-4,8)	2,8±0,73
	p			^b 0,602		^b 0,551		^b 0,801
İlaçlarını Önerilen Dozda/miktarda Alıyor mu ?	Evet,her zaman	259	3,33 (1-5)	3,28±1,1	3,33 (1-5)	3,46±0,88	2,8 (1-5)	2,75±0,81
	Evet,bazen	16	3,5 (1,33-4,67)	3,29±1	3,67 (2-5)	3,42±0,91	2,8 (1-4,4)	2,88±0,8
	p			^a 0,996		^a 0,813		^a 0,586
İlaç Sayısı	1-3	124	3,67 (1-5)	3,28±1,11	3,67 (1,33-5)	3,46±0,89	2,8 (1-4,8)	2,67±0,79
	4-6	100	3,33 (1-5)	3,28±1,08	3,33 (1-5)	3,47±0,84	2,8 (1-5)	2,88±0,81
	7 ve üstü	53	3 (1-5)	3,25±1,06	3,33 (1,33-5)	3,42±0,95	2,8 (1-4,8)	2,74±0,81
	p			^b 0,882		^b 0,968		^b 0,253
Her Gün Düzenli Ağrı Kesici Alıyor mu?	Hayır	255	3,33 (1-5)	3,27±1,1	3,33 (1,33-5)	3,46±0,87	2,8 (1-5)	2,76±0,8
	Evet	22	3,67 (1,33-5)	3,36±0,96	3,67 (1-5)	3,38±1,01	2,7 (1,2-4,2)	2,74±0,86
	p			^a 0,757		^a 0,766		^a 0,867
Kronik hastalığınız ile ilgili düzenli olarak kontrollerinize gider misiniz?	Hayır	93	3 (1-5)	2,89±1,12	3 (1-4,67)	3,09±0,77	2,6 (1-4,2)	2,47±0,71
	Evet	184	3,67 (1-5)	3,47±1,02	3,67 (1,33-5)	3,64±0,88	3 (1-5)	2,91±0,81
	p			^a <0,001**		^a <0,001**		^a <0,001**

Son 1 Yıl İçinde Kaç Defa Kontrolde Gitti	Hiç gitmemiş	73	3 (1-5)	2,95±1,15	3 (1-5)	3,09±0,83	2,4 (1-4,2)	2,38±0,7
	1	66	3,33 (1-5)	3,08±1,14	3,33 (1,33-5)	3,3±0,78	2,6 (1-4,8)	2,66±0,86
	2	75	3,33 (1,33-5)	3,39±0,94	3,67 (1,33-5)	3,57±0,86	3 (1,2-5)	2,92±0,79
	3 ve üstü	61	4 (1-5)	3,74±0,96	4 (1,33-5)	3,92±0,84	3,2 (1-4,2)	3,13±0,66
	p			^b <0,001**		^b <0,001**		^b <0,001**
Kronik Hastalığının Takip/tedavisi İçin En Son Ne Zaman Kontrolde Gitti?	Son 3 ay içinde	102	3,67 (1-5)	3,43±1,01	3,67 (1,33-5)	3,69±0,89	3 (1-4,8)	2,98±0,77
	3-6 ay	64	3,67 (1-5)	3,35±1,14	3,67 (1,33-5)	3,53±0,92	2,8 (1-5)	2,81±0,87
	6-12 ay	38	3,33 (1-5)	3,28±0,99	3,5 (2-5)	3,46±0,72	2,8 (1,6-4,2)	2,78±0,66
	>12 ay	73	3 (1-5)	2,99±1,16	3 (1-5)	3,06±0,79	2,4 (1-4,8)	2,4±0,75
	p			^b 0,089		^b <0,001**		^b <0,001**
Kronik Hastalığıyla İlgili En Çok Nereye Gidiyor?	Aile hekimliği	138	3 (1-5)	3,02±1,17	3,33 (1-5)	3,24±0,81	2,6 (1-4,2)	2,55±0,74
	Devlet hastanesi	111	3,67 (1-5)	3,5±0,94	3,67 (1,33-5)	3,64±0,83	3 (1-4,8)	2,92±0,75
	Özel hastanesi	28	3,67 (1-5)	3,64±0,96	4 (1,33-5)	3,81±1,11	3,2 (1-5)	3,14±1,04
	p			^b 0,002**		^b <0,001**		^b <0,001**

^aMann Whitney U testi, * $p<0,05$, ** $p<0,01$

^bKruskal Wallis testi

Kronik hastalığı için düzenli olarak kontrole gidenlerin PACIC hasta katılımı, karar verme, amaç belirleme alt boyut puanları düzenli kontrole gitmeyenlerden istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,05$). Son 1 yılda 3 ve üstünde kontrole gidenlerin PACIC hasta katılımı, karar verme, amaç belirleme alt boyut puanları son 1 yılda hiç gitmemiş ve 1 kez kontrole gidenlerden istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Son 1 yılda 2 kez kontrole gidenlerin PACIC karar verme ve amaç belirleme alt boyut puanı 1 kez kontrole gidenlerden istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,01$). Kronik hastalığının takip ya da tedavisi için son 3 ayda ve son 3-6 ay arasında başvuruların PACIC karar verme, amaç belirleme alt boyut puanları 1 yıldan uzun süredir başvurmayanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,01$).

Kronik hastalığıyla ilgili en çok aile hekimine başvuranların PACIC hasta katılımı, karar verme, amaç belirleme alt boyut puanları devlet hastanesi ve özel hastanede ilgili uzmana başvuranlardan istatistiksel anlamlı düzeyde düşüktü ($p<0,01$). Tablo 18’de gösterilmiştir.

Kronik hastalığıyla ilgili düzenli kontrole gidenlerin PACIC problem çözme, izlem/koordinasyon alt boyut ve toplam puanlarının düzenli kontrole gitmeyenlerden istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,01$). Son 1 yılda 2 kez ya da 3 ve üstü sayıda kronik hastalığı için sağlık merkezine başvuranların PACIC problem çözme, izlem/koordinasyon ve toplam puanları son 1 yılda hiç başvurmayanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,01$). Son 1 yılda 3 ve üzeri sayıda kronik hastalığı için başvuru yapanların 1 kez başvuranlardan PACIC izlem/koordinasyon ve toplam puanları istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,01$).

Kronik hastalığının takip ya da tedavisi için son 3 ayda ve 3-6 ayda başvuranların PACIC problem çözme, izlem/koordinasyon alt boyut ve PACIC toplam puanları başvurusu 12 aydan daha uzun süre önce olanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti. Kronik hastalığı için son 3 ayda başvuranların PACIC izlem/koordinasyon alt boyut puanı 6-12 ay arasında başvuranlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,01$). Kronik hastalığı için 6-12 ay önce başvuranların PACIC toplam puanı 12 aydan daha uzun süre önce başvuranlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,01$).

Devlet hastanesinde ilgili uzman tarafından takip edilenlerin PACIC problem çözme, izlem/koordinasyon ve PACIC toplam puanı aile hekiminden takiplerine devam edenlerden istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti. Özel hastane ilgili uzman tarafından takip edilenlerin PACIC izlem/koordinasyon ve PACIC toplam puanı aile hekiminden takiplerine devam edenlerden istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,05$). Tablo 19’da gösterilmiştir.

Tablo 19. Katılımcıların Tıbbi Öyküleriyle PACiC Problem Çözme, İzlem/koordinasyon Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

		Problem Çözme			İzlem/Koordinasyon		PACiC Toplam Puan	
		N(%)	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±std. sapma	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±std. sapma	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±std. sapma
Kronik Hastalık Sayısı	1	77	4 (1-5)	3,88±1,03	2 (1-4,4)	2,05±0,87	2,95 (1,1-4,55)	2,98±0,78
	2-3	137	3,75 (1-5)	3,76±0,96	2,2 (1-4,8)	2,2±0,81	3,1 (1,1-4,8)	3,01±0,73
	4 ve üstü	63	3,75 (1,75-5)	3,74±0,95	2,4 (1-4,6)	2,34±0,8	3 (1,25-4,7)	3,02±0,69
	p			^a 0,452		^a 0,069		^b 0,936
İlaçlarını Önerilen Dozda/miktarda Alıyor mu?	Evet, her zaman	259	4 (1-5)	3,8±0,98	2,2 (1-4,8)	2,17±0,81	3 (1,1-4,8)	3±0,73
	Evet, bazen	16	3,63 (1,75-5)	3,78±0,92	2,4 (1-4,4)	2,38±1,1	3,1 (1,75-4,5)	3,08±0,76
	p			^a 0,811		^a 0,538		^b 0,698
İlaç Sayısı	1-3	124	4 (1-5)	3,83±0,97	2 (1-4,4)	2,05±0,78	3 (1,1-4,55)	2,96±0,73
	4-6	100	3,75 (1-5)	3,76±0,95	2,2 (1-4,8)	2,27±0,85	3,03 (1,1-4,8)	3,05±0,71
	7 ve üstü	53	4 (1,5-5)	3,76±1,05	2,4 (1-4,6)	2,37±0,85	3 (1,25-4,7)	3,03±0,77
	p			^c 0,826		^c 0,033*		^d 0,607
Her Gün Düzenli Ağrı Kesici Alıyor mu?	Hayır	255	4 (1-5)	3,83±0,96	2,2 (1-4,8)	2,19±0,83	3 (1,1-4,8)	3,01±0,73
	Evet	22	3,25 (1,5-5)	3,32±0,99	2,2 (1-3,4)	2,18±0,78	2,93 (1,65-4,2)	2,9±0,78
	p			^a 0,016*		^a 0,891		^b 0,501
Kronik hastalığınız ile ilgili düzenli olarak kontrollerinize gider misiniz?	Hayır	93	3,5 (1,25-5)	3,59±0,83	1,8 (1-3,4)	1,89±0,71	2,65 (1,25-4,1)	2,7±0,64
	Evet	184	4 (1-5)	3,89±1,02	2,4 (1-4,8)	2,34±0,84	3,25 (1,1-4,8)	3,16±0,73
	p			^a 0,002**		^a <0,001**		^b <0,001**

Son 1 Yıl İçinde Kaç Defa Kontrol Gitti	Hiç Gitmemiş	73	3,5 (1,25-5)	3,51±0,81	1,6 (1-3,4)	1,76±0,66	2,6 (1,45-4,2)	2,64±0,63
	1	66	3,75 (1-5)	3,75±0,97	2 (1-4,6)	2,1±0,81	2,95 (1,1-4,7)	2,9±0,74
	2	75	4,25 (1,5-5)	4,04±0,92	2,4 (1-4,8)	2,46±0,89	3,25 (1,6-4,8)	3,2±0,67
	3 ve üstü	61	4 (1-5)	3,87±1,15	2,6 (1-3,8)	2,48±0,73	3,45 (1,1-4,45)	3,33±0,7
	p			^c 0,002**		^c <0,001**		^c 0,001**
Kronik Hastalığının Takip/tedavisi İçin En Son Ne Zaman Kontrol Gitti?	Son 3 ay içinde	102	4,13 (1-5)	3,92±1,03	2,4 (1-4,6)	2,44±0,75	3,3 (1,1-4,7)	3,21±0,69
	3-6 ay	64	4,13 (1-5)	3,92±1	2,3 (1-4,8)	2,28±0,95	3,15 (1,1-4,8)	3,09±0,8
	6-12 ay	38	3,88 (1,5-5)	3,79±0,93	2,1 (1-4,4)	2,18±0,75	3,1 (1,6-4)	3,01±0,62
	>12 ay	73	3,5 (1,25-5)	3,49±0,84	1,6 (1-4,4)	1,77±0,7	2,6 (1,45-4,55)	2,65±0,65
	p			^c 0,004**		^c <0,001**		^c <0,001**
Kronik Hastalığıyla İlgili En Çok Nereye Gidiyor?	Aile hekimliği	138	3,75 (1,25-5)	3,68±0,89	1,8 (1-4,4)	1,96±0,75	2,75 (1,45-4,25)	2,8±0,68
	Devlet hastanesi	111	4 (1-5)	3,92±1,02	2,4 (1-4,6)	2,39±0,78	3,25 (1,1-4,7)	3,18±0,68
	Özel hastane	28	4,13 (1-5)	3,83±1,14	2,4 (1-4,8)	2,55±1,07	3,33 (1,1-4,8)	3,31±0,9
	p			^c 0,049*		^c <0,001**		^d <0,001**

^aMann Whitney U testi, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

^bBağımsız örneklem t testi

^cKruskal Wallis testi

^dTek yönlü varyans analizi

Tablo 20. Katılımcıların Bilgi Aldıkları Kaynakları, Acil Servis Başvurusu ve Yaşam Tarzı Değişikliği Önerilme Durumuyla PACIC Hasta Katılımı, Karar Verme, Amaç Belirleme Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

		Hasta Katılımı			Karar Verme		Amaç Belirleme	
		N(%)	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±std. sapma	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±std. sapma	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±std. sapma
İlgili Uzman Hekim	Hayır	70	3,17 (1-5)	3,11±1,15	3,33 (1,33-5)	3,19±0,77	2,6 (1,2-4,8)	2,58±0,78
	Evet	207	3,33 (1-5)	3,33±1,07	3,67 (1-5)	3,54±0,9	2,8 (1-5)	2,82±0,8
	p			^a 0,177	^a 0,001**			^a 0,010*
Aile hekimi	Hayır	155	3,67 (1-5)	3,38±1,04	3,67 (1-5)	3,55±0,93	3 (1-4,8)	2,88±0,8
	Evet	122	3,33 (1-5)	3,14±1,14	3,33 (1,67-5)	3,33±0,8	2,6 (1,2-5)	2,61±0,78
	p			^a 0,090	^a 0,007**			^a 0,001**
Hemşire	Hayır	265	3,33 (1-5)	3,27±1,1	3,33 (1-5)	3,43±0,89	2,8 (1-5)	2,74±0,81
	Evet	12	3,33 (1,33-5)	3,31±0,96	4 (3,33-4,67)	4,03±0,5	3,3 (2,6-4)	3,25±0,44
	p			^a 0,960	^a 0,015*			^a 0,015*
Televizyon, sosyal medya	Hayır	256	3,33 (1-5)	3,27±1,11	3,67 (1-5)	3,46±0,89	2,8 (1-5)	2,75±0,83
	Evet	21	3,33 (2-4,33)	3,35±0,78	3,33 (2,33-5)	3,41±0,77	2,8 (2,2-3,6)	2,9±0,38
	p			^a 0,943	^a 0,663			^a 0,445
Kronik Hastalığıyla ilgili Son 6 Ayda Acil Servis Başvurusu	Hayır	256	3,33 (1-5)	3,27±1,1	3,33 (1-5)	3,44±0,88	2,8 (1-5)	2,73±0,8
	Evet	21	3,33 (1,33-5)	3,32±0,99	4 (2-5)	3,6±0,89	3,2 (1,6-4,8)	3,1±0,75
p				^a 0,957	^a 0,426			^a 0,043*
Hekim/sağlık çalışanı Yaşam Tarzı Değişikliği Önerdi mi?	Hayır	36	2,5 (1-4,67)	2,61±1,22	2,33 (1-5)	2,71±1,06	1,6 (1-4,8)	1,96±0,91
	Evet	241	3,33 (1-5)	3,37±1,03	3,67 (1,67-5)	3,57±0,8	2,8 (1-5)	2,88±0,72
p				^a 0,001**	^a <0,001**			^a <0,001**

^aMann Whitney U testi, *p<0,05, **p<0,01

^bBağımsız örneklem t testi

Tablo 21. Katılımcıların Bilgi Aldıkları Kaynakları, Acil Servis Başvurusu ve Yaşam Tarzı Değişikliği Önerilme Durumuyla PACİC Problem Çözme, İzlem/koordinasyon Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

		Problem Çözme			İzlem/Koordinasyon		PACİC Toplam Puan	
		N(%)	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±std. sapma	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±std. sapma	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±std. sapma
İlgili Uzman Hekim	Hayır	70	3,63 (1,25-5)	3,61±0,86	1,6 (1-4,4)	1,89±0,79	2,63 (1,55-4,55)	2,79±0,67
	Evet	207	4 (1-5)	3,85±1	2,2 (1-4,8)	2,29±0,82	3,2 (1,1-4,8)	3,08±0,74
	p		^a 0,028*		^a <0,001**		^a 0,001**	
Aile hekimi	Hayır	155	4 (1-5)	3,87±1,04	2,4 (1-4,8)	2,31±0,8	3,25 (1,1-4,8)	3,11±0,75
	Evet	122	3,75 (1,25-5)	3,69±0,87	1,8 (1-4,4)	2,04±0,84	2,83 (1,45-4,6)	2,87±0,69
	p		^a 0,031*		^a 0,004*		^a 0,002**	
Hemşire	Hayır	265	4 (1-5)	3,77±0,98	2,2 (1-4,8)	2,18±0,84	3 (1,1-4,8)	2,99±0,74
	Evet	12	4,5 (3-5)	4,21±0,75	2,6 (1,4-3,2)	2,52±0,58	3,4 (2,85-4,15)	3,38±0,44
	p		^a 0,151		^a 0,093		^a 0,047*	
Televizyon, sosyal medya	Hayır	256	4 (1-5)	3,8±0,98	2,2 (1-4,8)	2,18±0,83	3 (1,1-4,8)	3±0,74
	Evet	21	3,75 (1,5-5)	3,67±0,84	2,2 (1-4,4)	2,3±0,83	3 (2,15-4)	3,05±0,55
	p		^a 0,394		^a 0,576		^a 0,933	
Kronik Hastalığıyla ilgili Son 6 Ayda Acil Servis Başvurusu	Hayır	256	4 (1-5)	3,79±0,98	2,2 (1-4,8)	2,16±0,82	3 (1,1-4,8)	2,99±0,73
	Evet	21	3,5 (2,25-5)	3,75±0,96	2,6 (1-4,6)	2,52±0,9	3,2 (1,95-4,7)	3,2±0,73
p		^a 0,699		^a 0,061		^b 0,217		
Hekim/sağlık çalışanı Yaşam Tarzı Değişikliği Önerdi mi?	Hayır	36	2,75 (1-5)	3,1±1,12	1,4 (1-4,4)	1,62±0,76	2,15 (1,1-4,55)	2,32±0,79
	Evet	241	4 (1-5)	3,89±0,91	2,2 (1-4,8)	2,28±0,81	3,15 (1,1-4,8)	3,11±0,67
p		^a <0,001**		^a <0,001**		^b <0,001**		

^aMann Whitney U testi, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

^bBağımsız örneklem t testi

İlgili uzman hekim ve hemşirenin bilgi/eğitim kaynağı olanların PACIC karar verme ve amaç belirleme alt boyut puanı yüksekken bilgi/eğitim kaynağı aile hekimi olanların düşük saptandı. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0,05$). Kronik hastalığıyla ilgili son 6 ayda acil servis başvuru olanların PACIC amaç belirleme alt boyut puanı istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$).

Hekim ya da sağlık çalışanı tarafından yaşam tarzı değişikliği önerilerinde bulunulanların PACIC hasta katılımı, karar verme, amaç belirleme alt boyut puanları istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,01$). Tablo 20’de gösterilmiştir.

İlgili uzman hekim bilgi/eğitim kaynağı olanların PACIC problem çözme, izlem/koordinasyon alt boyut ve toplam puanları yüksekken bilgi/eğitim kaynağı aile hekimi olanların düşüktü. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark mevcuttu ($p<0,05$). Bilgi/eğitim kaynağı hemşire olanların PACIC toplam puanı bilgi/eğitim kaynağı hemşire olmayanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,05$).

Hekim ya da sağlık çalışanı tarafından yaşam tarzı değişikliği önerilerinde bulunulanların PACIC problem çözme, izlem/koordinasyon alt boyut ve toplam puanları istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,01$). Tablo 21’de gösterilmiştir.

Erkeklerin 60 yaş üstü olma ve evli olma sıklığı kadınlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,05$). Okur-yazar olmama sıklığı kadınlarda yüksekken ortaokul ve üstü eğitim düzeyine sahip olma sıklığı düşüktü. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p<0,01$).

Erkeklerde emekli-çalışmıyor ve emekli-çalışıyor olma sıklığı kadınlardan yüksekken evde çalışan olma sıklığı düşüktü. Erkeklerde aylık 40000 TL ve üzeri gelir düzeyine sahip olma sıklığı kadınlardan yüksekti. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p<0,01$). Erkeklerin sigara içme ve bırakmış olma sıklığı kadınlardan yüksekken hiç içmemiş olma sıklığı düşüktü. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık gözlemlendi ($p<0,01$). Tablo 22’de gösterilmiştir.

Çalışmaya dahil edilenlerden erkeklerde hiperlipidemi, kardiyovasküler hastalık sıklığı kadınlardan yüksek, hipotiroidi ve kronik ağrı düşük saptandı. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık mevcuttu ($p<0,05$). Tablo 23’te gösterilmiştir.

Tablo 22. Katılımcıların Cinsiyetiyle Sosyodemografik ve Diğer Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Cinsiyet		p
		Kadın N (%)	Erkek N (%)	
Yaş Grubu	60 yaş ve altı	87 (59,18)	59 (45,38)	^a 0,022*
	60 yaş üstü	60 (40,82)	71 (54,62)	
Medeni Durum	Evli	106 (72,11)	118 (90,77)	^a <0,001**
	Evli değil	41 (27,89)	12 (9,23)	
Kimle Yaşıyor	Tek	14 (9,52)	6 (4,62)	^a 0,214
	Aile/eş	36 (24,49)	39 (30)	
	Aile	97 (65,99)	85 (65,38)	
Kronik hastalığınızla ilgili takip tedavi sürecinizde bakımınızda size kim yardımcı oluyor?	Kendisi	111 (76,03)	101 (78,29)	^a 0,338
	Kızı/oğlu	20 (13,7)	11 (8,53)	
	Eşi	15 (10,27)	17 (13,18)	
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	25 (17,01)	0 (0)	^a <0,001**
	İlkokul	68 (46,26)	66 (50,77)	
	Ortaokul ve üstü	54 (36,73)	64 (49,23)	
Çalışma Durumu	Emekli-çalışıyor	3 (2,04)	13 (10)	^a <0,001**
	Emekli-çalışmıyor	30 (20,41)	89 (68,46)	
	Evde çalışan	88 (59,86)	0 (0)	
	Çalışıyor	26 (17,69)	28 (21,54)	
Gelir Düzeyi	Aylık 20.000 TL altı (açlık sınırı)	77 (52,38)	58 (44,62)	^a 0,003*
	Aylık 20.000 TL – 40.000 TL arası	57 (38,78)	41 (31,54)	
	Aylık 40.000 TL üzeri	13 (8,84)	31 (23,85)	
Sigara	İçiyor	25 (17,01)	38 (29,23)	^a <0,001**
	Bırakmış	22 (14,97)	68 (52,31)	
	Hiç içmemiş	100 (68,03)	24 (18,46)	

^aPearson ki kare testi, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Tablo 23. Katılımcıların Cinsiyetleriyle Kronik Hastalıklarının Karşılaştırılması

		Cinsiyet		p
		Kadın	Erkek	
		N (%)	N (%)	
Hipertansiyon	Yok	44 (29,93)	47 (36,15)	^a 0,271
	Var	103 (70,07)	83 (63,85)	
Diyabet	Yok	75 (51,02)	79 (60,77)	^a 0,103
	Var	72 (48,98)	51 (39,23)	
Hiperlipidemi	Yok	102 (69,39)	74 (56,92)	^a0,031*
	Var	45 (30,61)	56 (43,08)	
Kardiyovasküler hastalıklar	Yok	126 (85,71)	73 (56,15)	^a<0,001**
	Var	21 (14,29)	57 (43,85)	
Astım/koah	Yok	124 (84,35)	112 (86,15)	^a 0,674
	Var	23 (15,65)	18 (13,85)	
Hipotiroidi	Yok	107 (72,79)	128 (98,46)	^a<0,001**
	Var	40 (27,21)	2 (1,54)	
Kanser	Yok	138 (93,88)	122 (93,85)	^a 0,991
	Var	9 (6,12)	8 (6,15)	
Kronik Ağrı	Yok	129 (87,76)	127 (97,69)	^a0,002**
	Var	18 (12,24)	3 (2,31)	
Psikiyatrik Hastalık	Yok	133 (90,48)	123 (94,62)	^a 0,802
	Var	14 (9,52)	7 (5,38)	
Nörolojik Hastalık	Yok	144 (97,96)	125 (96,15)	^b 0,255
	Var	3 (2,04)	5 (3,85)	

^aPearson ki kare testi, * $p<0,05$, ** $p<0,01$

^bFisher's Exact test

Hastaların kronik ağrı durumuyla ağrı kesici kullanma miktarının karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Tablo 24'te gösterilmiştir.

Tablo 24. Katılımcıların Kronik Ağrı Durumuyla Ağrı Kesici Kullanma Miktarının Karşılaştırılması

		Günde Kaç Tane Ağrı Kesici Alıyor?			p
		N	Ortanca (min.-	Ort.±std. sapma	
			maks.)		
Kronik Ağrı	Yok	15	1 (1-2)	1,27±0,46	^a 0,263
	Var	7	1 (1-1)	1±0	

^aMann Whitney U testi

Çalışmada 60 yaş ve altında olanların son 1 yılda 2 kere başvurma sıklığı 60 yaş üstünde olanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$). Katılımcıların son bir yıl içindeki başvuru sayısı ile kronik hastalık sayısı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Tablo 25’te gösterilmiştir.

Tablo 25. Katılımcıların Kontrol Sıklığı ile Yaş Grubu ve Kronik Hastalık Sayısıyla Karşılaştırılması

		Son 1 Yıl İçinde Kaç Defa Kontrole Gitti				P
		Hiç Gitmemiş	1	2	3 ve üstü	
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Yaş Grubu	60 yaş ve altı	33 (22,6)	33 (22,6)	50 (34,25)	30 (20,55)	*0,040*
	60 yaş üstü	40 (30,53)	35 (26,72)	25 (19,08)	31 (23,66)	
Kronik	1	29 (37,66)	16 (20,78)	19 (24,68)	13 (16,88)	*0,100
Hastalık Sayısı	2-3	31 (22,63)	37 (27,01)	41 (29,93)	28 (20,44)	
	4 ve üstü	13 (20,63)	15 (23,81)	15 (23,81)	20 (31,75)	

^aPearson ki kare testi, * $p<0,05$

Katılımcılardan 60 yaş ve altında olanların düzenli kontrole gitme sıklığı 60 yaş üstünde olanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$). Ortaokul ve üstü eğitim düzeyine sahip olanların ilkokul mezunu olanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek oranda kontrolüne düzenli olarak gitmekteydi ($p<0,05$). Tanı sonrası geçen süreyle düzenli kontrole gitme durumları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Tablo 26’da gösterilmiştir.

Kronik hastalık tanı sonrası 6 ay-5 yıl geçenlerin yaşı 5-10 yıl, 10-20 yıl ve 20 yıldan fazla geçenlerden istatistiksel anlamlı düzeyde düşük saptandı. Tanı sonrası 5-10 yıl geçenlerin yaşı 10-20 yıl ve 20 yıldan fazla geçenlerden istatistiksel anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p<0,01$). Tablo 27’de gösterilmiştir.

Tablo 26. Katılımcıların Düzenli Kontrole Gitme Durumuyla Yaş Grubu ve Tanı Sonrası Geçen Sürelerinin Karşılaştırılması

		Kronik hastalığınız ile ilgili düzenli olarak kontrollerinize gider misiniz?		p
		Hayır	Evet	
		N (%)	N (%)	
Yaş Grubu	60 yaş ve altı	39 (26,71)	107 (73,29)	^a 0,011*
	60 yaş üstü	54 (41,22)	77 (58,78)	
Cinsiyet	Kadın	49 (33,33)	98 (66,67)	^a 0,928
	Erkek	44 (33,85)	86 (66,15)	
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	10 (40)	15 (60)	^a 0,047*
	İlkokul	53 (39,55)	81 (60,45)	
	Ortaokul ve üstü	30 (25,42)	88 (74,58)	
Kimle Yaşıyor	Tek	8 (40)	12 (60)	^a 0,588
	Aile/eş	22 (29,33)	53 (70,67)	
	Aile	63 (34,62)	119 (65,38)	
Kronik Hastalık Tanı Sonrası Geçen Süre	6 ay-5 yıl	13 (20,31)	51 (79,69)	^a 0,073
	5-10 yıl	23 (35,38)	42 (64,62)	
	10-20 yıl	45 (39,47)	69 (60,53)	
	20 yıldan fazla	12 (35,29)	22 (64,71)	

^aPearson ki kare testi, * $p < 0,05$

Tablo 27. Katılımcıların Kronik Hastalık Sonrası Geçen Süreyle Yaşlarının Karşılaştırılması

		Yaş			
		N	Ortanca (min.-maks.)	Ort.±std. sapma	
Kronik Hastalık Tanı Sonrası Geçen Süre	6 ay-5 yıl	64	54 (29-75)	52,77±9,93	^a <0,001*
	5-10 yıl	65	58 (36-80)	57,77±9,49	
	10-20 yıl	114	63 (32-80)	61,65±8,4	
	20 yıldan fazla	34	65 (40-76)	63,5±9,83	

^aKruskal Wallis testi, * $p < 0,01$

Kronik hastalık tanısından 10-20 yıl geçenlerin 1-3 tane ilaç kullanma sıklığı tanı sonrası 6 ay-5 yıl ve 5-10 yıl geçenlerden düşük saptandı. Kronik hastalık tanısından 10-20 yıl ve 20 yıldan fazla geçenlerin 7 ve üstü ilaç kullanma sıklığı tanı sonrası 6 ay-5 yıl geçenlerden yüksekti. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark

saptandı ($p<0,01$). 60 yaş üstünde olanların 1-3 ilaç kullanma sıklığı 60 yaş ve altında olanlardan düşük, 7 ve üstü ilaç kullanma sıklığı yüksek bulundu ($p<0,01$). Tablo 28’de gösterilmiştir.

Tablo 28. Katılımcıların Kronik Hastalık Sonrası Geçen Süre ve Hastalık Sayısıyla Günlük İlaç Sayısının Karşılaştırılması

		İlaç Sayısı			p
		1-3	4-6	7 ve üstü	
		N (%)	N (%)	N (%)	
Kronik Hastalık	6 ay-5 yıl	36 (56,25)	24 (37,5)	4 (6,25)	^a0,001*
Tanı Sonrası	5-10 yıl	37 (56,92)	19 (29,23)	9 (13,85)	
Geçen Süre	10-20 yıl	40 (35,09)	46 (40,35)	28 (24,56)	
	20 yıldan fazla	11 (32,35)	11 (32,35)	12 (35,29)	
Kronik Hastalık	1	70 (90,91)	6 (7,79)	1 (1,3)	^a<0,001*
Sayısı	2-3	53 (38,69)	67 (48,91)	17 (12,41)	
	4 ve üstü	1 (1,59)	27 (42,86)	35 (55,56)	
Yaş Grubu	60 yaş ve altı	78 (53,42)	48 (32,88)	20 (13,70)	^a0,004*
	60 yaş üstü	46 (35,11)	52 (39,69)	33 (25,19)	

^aPearson ki kare testi, * $p<0,01$

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda PACIC ölçek puan ortalaması $3,01\pm 0,73$ olarak hesaplanmış olup bu sonuç hastaların aldıkları bakımdan orta düzeyde memnun olduklarını göstermektedir. Literatürde yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde, PACIC puanlarının farklı sağlık sistemlerinde değişiklik gösterdiği görülmüştür. Glasgow ve arkadaşlarının 2005 yılında birinci basamak sağlık hizmetlerinde 50 yaş ve üstü kronik hastalık tanısı mevcut 283 kişide yapmış oldukları çalışmada 2,60 olarak bulunmuştur(8). Diğer benzer çalışmalarda Arogenes ve ark. tarafından 3,17; Houle ve ark. tarafından 2,8; Hazazi ve Winson'un yaptığı araştırmada 2,97, Desmedt ve ark. tarafından 2,87; Levesque ve ark. tarafından 2,5 ve Schmittiel ve ark. tarafından 2,7 olarak bulunmuştur(51,52,62,66,83,84). Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde İncirkuş ve Nahcivan tarafından kronik hastalık tanısı olan 300 kişide ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliğinin araştırıldığı çalışmada ölçek ortalama puanı $2,54\pm 0,9$; Kaya ve ark. 2013 yılında yaptığı çalışmada $2,44\pm 0,74$; 2017 yılında ölçeğin Türkçe versiyonun geliştirilmesi amacıyla Dede ve ark. tarafından yapılan araştırmada 2,81; Doğan ve ark. tarafından 2019 yılında yapılan araştırmada $3,16\pm 0,89$ olarak bulunmuştur(10,67,85,86). Ülkemizde yapılan çalışmalara kıyasla memnuniyetin görece yüksek olması, birinci basamak sağlık hizmetlerindeki gelişmelerle ilişkilendirilebilir. Çalışmalar arasındaki farklılık, ülkelerin farklı sağlık sistemleri, araştırmaların farklı özellikleri (katılımcı sayısı, yaş, cinsiyet, eğitim, etnik gruplar, hastalık tanıları, araştırmanın yapıldığı merkez) ve hastaların sağlık sisteminden beklentileri ile açıklanabilir.

Kronik bakım değerlendirme ölçeği alt gruplarına bakıldığında çalışmamızda en yüksek ortalamaya sahip olan problem çözme boyutu, hastaların tedavi süreçlerine aktif katılım gösterdiğini ve sağlık çalışanlarıyla etkili bir iletişim içinde olduklarını göstermektedir. En düşük puana sahip izlem/koordinasyon alt boyutu, sağlık hizmetlerinin sürekliliğinde eksiklikler olduğunu gösteriyor olabilir. Bu durum, hasta takibinin daha iyi yapılandırılması gerektiğini destekleyebilir. Yapılan benzer çalışmaların çoğunda en yüksek alt ölçek puan ortalamasının karar desteği, en düşük puan ortalamasının ise izlem/koordinasyon olduğu görülmüştür(8,10,51,53,56,85,87)..

Bazı çalışmalarda en yüksek alt ölçek puan ortalaması hasta katılım olarak bulunmuştur(65,67,83), bazılarında problem çözme(88); ve en düşük alt ölçek puan ortalaması amaç belirleme olarak bulunmuştur(50,66). Çalışmamızda problem çözme alt grubunda yer alan “12. Doktorum ya da hemşiremin gerekli olan tedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim.” ifadesinin hastaların çoğu tarafından ‘çoğunlukla veya her zaman’ şeklinde cevaplanmıştır. Bu soru 20 maddelik PACIC ölçeğinin 4,33 ile en yüksek puan alan 2.maddesi olmuştur. Bunun araştırma grubunun çoğunluğunun değer ve inanç dağılımı açısından homojen olmasından ve dolayısıyla doktorunun toplumun inançlarına saygılı davrandığı ön kabulünden kaynaklandığı düşünülebilir. Bu alt boyuttaki yüksek puanlar hastaların tedavileri düzenlenirken inanç ve değerlerinin, sosyal ve kültürel koşullarının dikkate alındığını, hastaların hastalık ve tedavilerden kaynaklı yaşanabilecek sıkıntıların belirlenmesi ve çözümü konusunda doktor, hemşire ve diğer sağlık hizmeti ekiplerinden aldıkları destekten memnuniyetlerinin yüksek olduğunu göstermektedir(88). Hastanın kronik hastalığına uyum sağlaması ve normal yaşamını sürdürebilmesi için, kronik hastalığa yönelik bilgi, teknik beceri ve davranış değişiklikleri konusunda problem çözme becerileri kazandırılması büyük önem taşır. Çünkü kronik bakımda hasta her zaman merkezde yer almalı ve kontrolü elinde bulundurmalıdır(88).

İzlem/koordinasyon alt ölçeğinde yer alan ’16. Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı’ ve ’17. Hastalığım konusunda bana yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya teşvik edildim’ soruları sırasıyla 1,18 ve 1,22 puan ortalaması ile en düşük puan alan maddeler olmuştur. Bu bulgular, sağlık hizmetlerinin sürekliliğinde ve hasta izleminin etkinliğinde geliştirilmesi gereken noktalar olduğunu göstermekte olabilir. Ülkemizde ASM’lerde kronik hastalık takibini desteklemek amacıyla geliştirilen HYP online platformunun henüz olması gerektiği kadar etkin bir şekilde kullanılmadığı düşünülebilir. 18,19 ve 20.maddeleri diyetisyen, eğitim hemşiresi ve ihtiyaç duyulan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirilip yönlendirilmediği; diğer branşlardaki uzman hekimlere gitmenin hastanın tedavisine yardımcı olacağına açıklanıp açıklanmadığı ve diğer hekimlerle yapılan görüşmeler hakkında sorular sorulup sorulmadığı oluşturmaktadır. Çalışmamızda bu hasta yönlendirmeleriyle ilgili maddelerde de düşük puanlar elde edilmiştir. Diyetisyen,

eğitim hemşiresi ve diğer sağlık uzmanlarına y6nlendirme yapılması, farklı branşlardaki uzman hekimlere başvuruların hastalar i7in uygun şekilde a7ıklanması ve bu s7re7lerin koordinasyonu yetersiz kalmaktadır. Bu durum, sağlık sisteminde kurum i7i ve kurumlar arası koordinasyonun iyileştirilmesi gerektiğini g6steriyor olabilir. 7alışmanın yapıldığı merkezin bir eğitim ASM olması ve ikinci-77nc7 basamak polikliniklerinde asistan eğitimi verilmesi sebebiyle doktorların rotasyon halinde 7alışmaları, her kontrolde farklı bir hekimle tedavi s7recine devam edilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu durum s7rekli liğin bozulmasına, hasta-doktor iş birliğinin zayıflamasına ve hizmetlerin par7alı sunulmasına neden olmuş olabilir. Artan hasta yoğunluğu ve randevu bulunamaması da memnuniyeti olumsuz etkileyen fakt6rler arasında sayılabilir. Aile hekimleriyle hasta arasındaki s7rekli liğin sağlanması, multidisipliner ekiplerin etkin 7alışması ve dijital hasta izlem sistemlerinin geliştirilmesi bu s7reci destekleyebilir. Bu sayede aile hekimlerinin kronik hastalık y6netimindeki rolleri g77lendirilebilir. Aile hekimliğine yapılacak yatırımlar, sağlık sisteminin s7rd7r7lebilirliği a7ısından 6nemli olduğu gibi hasta memnuniyetini artıracaktır(82).

7alışmamızda kronik hastalıklara g6re PACIC ortalama puanları HT hastalarında 2,95; diyabet hastalarında 3,12; KVH olan hastalarda 2,99; astım/koah hastalarında 2,91 ve kronik ağrısı olanlarda 2,63 olarak bulunmuştur. 2005 yılında Glasgow ve ark. yaptığı 7alışmada hipertansiyon hastalarında 2,62, artrit olan hastalarda 2,67, diyabeti olanlarda 2,83 ve astımı olan hastalarda 2,40 olarak bulunmuştur(8). Hazazi ve ark. 7alışmasında diyabetin varlığı 3,26 puanla toplamda daha y7ksek PACIC skoruyla ilişkiliydi(66). Macaristan'da tip2 DM tanılı hastalarda yapılan 6l7ek g7venirlik ve doğrulanması 7alışmasında 3,24 olarak(50), Glasgow ve ark. PACIC 6l7eğinin diyabet tanılı hastalarda kullanıldığı 7alışmada 3,01 olarak(43), 2012 yılında Hollanda'da Cramm ve ark. tarafından yapılan 7alışmada KVH olanlarda 2,77 ve KOAH tanılı hastalarda 2,89 olarak(56), Rosemann ve ark. tarafından osteoartritli hastalarda yapılan 7alışmada ise diyabetli hastalarda 2,73; hipertansiyon hastalarında 2,43; iskemik kalp hastalıklarında 2,49 ve astım/KOAH hastalarında 2,44 olarak g6r7lm7řt7r(53). Wensing ve ark. yaptığı 7alışmada KOAH tanılı hastalarda 2,3 ve diyabeti olanlarda 3,2 olarak bulunmuştur(89). Hollanda'da KVH tanılı hastalarda yapılan 7alışmalarda PACIC 6l7ek puan ortalaması 2,7 olarak bulunmuştur(2).

Ülkemizde Akan ve ark. Tip2 DM hastaları ile yaptığı çalışmada ortalama ölçek puanı 2,45(65), Kaya ve ark. yaptığı çalışmada ise PACIC ortalama puanları hipertansiyon hastasında 2,36; diyabet hastalarında 2,72; kronik ağrı hastalarında 2,51 ve astım/KOAH hastalarında 2,37(85), Üstünova ve Nahcivan tarafından KOAH hastalarında yapılan çalışmada 1,69 olarak bulunmuştur(87). Her ne kadar değerlendirme sonuçları 'orta düzeyde' kabul edilse de yapılan çalışmalara kıyasla bizim çalışmamızda PACIC toplam ölçek puanının, alt grup puanlarının ve kronik hastalık tanılarına göre memnuniyet puanlamalarının daha yüksek korelasyon gösterdiği aşikârdır. Yıllar içinde hem Sağlık Bakanlığı'nın kronik hastalıklarla mücadele konusu üzerinde durup ciddi politikalar yürütmesi hem de sağlık çalışanlarının özverili çalışmalarının, hastaların hastalık sürecinde kendi öz desteğini sağlama bilincinin desteklenmesinin bu sonucu getirdiği düşünülmektedir. Birinci basamakla entegrasyonun daha da artması ile kronik hastalık takibinde verim artırılabilir.

Kronik hastalıklara göre diyabeti olanların İzlem/koordinasyon alt boyut ve PACIC toplam puanı istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti ve hipertansiyonu olmayanların, diyabeti olanların Karar Verme ve Amaç Belirleme alt boyut puanları istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Benzer olarak Kaya ve ark. ile Ay ve Arpacı'nın yaptığı çalışmada diyabet tanısı olan hastaların ölçek puanı ile anlamlı düzeyde pozitif ilişki elde edilmiştir(85,90). Çalışmamızda hastaların %67,15'inde hipertansiyon, %44,4'ünde diyabet, %36,46'sında hiperlipidemi, %29,60'ında KVH ve %14,8'nde astım/KOAH tanısı mevcuttu. Diyabet hastalarının daha yüksek PACIC puanlarına sahip olduğunun görülmesi bu hastaların daha sık takip edilmeleri, yönlendirme ihtiyacının fazla olması ve sağlık hizmetlerine daha düzenli erişmeleri ile açıklanabilir(43). Hipertansiyon, hiperlipidemi, KVH ve astım/KOAH hastaları için PACIC puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu hastalık gruplarında sağlık hizmetlerine ulaşım veya takiplerinde eksiklikler olabileceğini aklı getirmektedir. Ayrıca çalışmamızda erkek hastalarda hiperlipidemi ve KVH tanısı alma ve sigara içme oranının anlamlı yüksek olduğu görülmüştür(Tablo-23). Bu hastalarda, tedaviye uyumun ve tedavi veriminin yükseltilmesi için destek programlarının güçlü olması ve hasta eğitimlerinin artırılması önemlidir.

Kanser tanısı olanların PACIC ölçek alt boyutları ve toplam puanı diğer tanılara göre istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti ve ölçek puanı 3,41'di. Bu sonuç kronik hastalıklara göre olan memnuniyet puanlamasında en yüksek verilendir. Kanser hastalarının uzun vadeli izlem, takip gerektiren bir tedavi sürecinde olmaları, sağlık hizmetlerine daha sık erişim sağlamaları ve destek programlarının yaygınlığı bu sonucu açıklayabilir. Benzer çalışmalarda da kanser tanılı hastaların daha yüksek PACIC ölçek puanı ile ilişkili olduğu görülmüştür(88,91).

Psikiyatrik hastalık (depresyon, panik bozukluk, anksiyete vb.) tanısı olanlarla toplam ölçek puanı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ve PACIC toplam ölçek puanı 2,99'dur. Glasgow ve ark. yaptığı çalışmada depresyon hastalarında puan $2,71 \pm 1,1$ olarak bulunmuştur(8). Cramm ve ark. yapmış olduğu çalışmada daha az depresif olan hastaların daha yüksek puan verdikleri görülmüştür(2). Bizim çalışmamızda da hasta katılım alt grup haricinde diğer tüm alt grup ve toplam ölçek puanı psikiyatrik hastalık tanısı olanlarda daha düşük korelasyon göstermiştir. Daha düşük PACIC puanları, bu hastalarda sağlık hizmetlerinden memnuniyetin nispeten az olduğunu ama kendi tedavilerine daha çok katılım gösterdiklerini ortaya koymaktadır. Psikiyatrik hastalıklara sahip bireylerin uzun süreli takip ve koordinasyon gerektirdiği düşünülürse, bu hastalara yönelik sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi oldukça önemlidir.

Hastaların yaş ortalaması $58,91 (\pm 9,93)$ olup %53,07'si kadın, %46,93'ü erkek hastaydı. Ay ve Arpacı'nın hastanede yatan hastalarda yaptığı çalışmada benzer sonuçlar çıkmış olup yaş ortalaması $57,6 (\pm 15,8)$ ve %56,4'ü kadındı(90). Glasgow ve ark. yaptığı çalışmada yaş ortalaması 64,2, %56'sı kadın hasta; İncirkuş ve Nahcivan'ın yaptığı çalışmada 57,02, çoğunluğu kadın hasta ve Kaya ve ark.yaptığı çalışmada yaş ortalaması 52, çoğunluğu kadın hastadır. Çalışmamızda 60 yaş ve üstü hastaların, toplam ölçek puanı ve alt grup ölçek puanları arasında istatistiksel anlamlı düşük izlenmiştir. Konuyla ilgili çalışmaların bazılarında benzer sonuçlar bulunmuştur(2,10,66,69,88). Bu sonuçlar artan yaş ile birlikte hastaların aldıkları bakım hizmetinden duydukları memnuniyetin azaldığını göstermektedir. Farklı sonuç olarak yaş ile anlamlı istatistiksel ilişki bulunmayan çalışmalar da vardır(8,50,51,85,87,90,92). Çalışmamızda 60 yaş ve üstü hastaların düzenli kontrole

gitme (Tablo-26) oranı ve son 1 yılda 2 defa sağlık merkezi başvuru sayısı (Tablo-25) ile arasında istatistiksel anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar, yaşlı hastaların kronik hastalık bakımlarında daha çok desteğe ihtiyaç duyduğunu ve takiplerinin daha titizlikle yapılması gerektiğini göstermektedir. Yaşlı hastaların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştıracak stratejilerin geliştirilmesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşa özel bakım yaklaşımlarının güçlendirilmesi önerilmektedir.

Hastaların cinsiyet, medeni durum ve çalışma durumu ile toplam ölçek puanlaması arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bazı çalışmalarda erkek hasta olmak ölçek puan ortalamasıyla pozitif ilişkili iken(52), bazısında kadın hasta olmak daha pozitif ilişki göstermektedir(53). Benzer olarak çoğu çalışmalarda da ölçek puanı ile cinsiyet ve medeni durum arasında ilişkisi gösterilmemiştir(2,8,10,50,51,85,87,88,90,93). Bu sonuçlar, çalışmamızda örneğin hastaların %80,87'sinin evli ve %3,25'inin bekâr olması dolayısıyla benzer demografik özelliklerinden kaynaklanmış olabilir. Erkek ve kadın hastalar arasında ölçek puan ortalaması açısından anlamlı ilişki olmamasına karşın bakım memnuniyeti açısından karşılaştırıldığında erkek hastaların daha iyi puan verdiği görülmüştür. Çalışmamızda istatistiksel anlamlı farklılık olarak erkeklerde okur-yazar oranının daha yüksek ve kadınların okur-yazar olmama sıklığının daha fazla olduğu; erkeklerin çalışıyor olma ve emekli oranının fazla olup kadınlarda çalışmama(ev hanımı) yüzdesinin daha fazla olduğu ve gelir düzeyi yüksekliğinin erkeklerde daha fazla olduğu görülmüştür. Her ne kadar medeni durumun ortalama ölçek puanıyla arasında anlamlı ilişki bulunmasa da evli olan kişilerin istatistiksel anlamlı düzeyde erkek hasta olduğu görülmüştür (Tablo-23). Kadın hastaların eğitim seviyelerinin daha düşük olması, ekonomik bağımsızlıklarının erkeklere göre daha kısıtlı olması ve boşanmış/dul bireylerin oranının erkek hastalara kıyasla daha yüksek olması, kadın hastaların genel memnuniyet puanlarının daha düşük olmasına sebep olmuş olabilir. Bu durum, kadın hastaların sağlık hizmetlerinden daha iyi yararlanabilmesi için özel destek yöntemlerinin geliştirilmesi gerektiğini düşündürülebilir.

Hastaların eğitim düzeyi arttıkça toplam ölçek puanı ve hasta katılımı, karar verme ve amaç belirleme alt grup ölçek puanlarında anlamlı yükseklik görülmüştür. Hastaların artan eğitim düzeyi ile PACIC puan ortalaması arasında pozitif anlamlı

ilişki bulunan birçok çalışma mevcuttur(10,66,86–88,93). Yapılan bazı çalışmalarda ise ölçek puanı ortalaması ile eğitim arasında anlamlı ilişki görülmemiştir(2,8,50,51,53,85,90). Drewes ve ark. PACİC+ versiyonunun geliştirilmesi üzerine yaptıkları çalışmada ise eğitim düzeyi arttıkça memnuniyetin azaldığı görülmüştür(69,92). Bunun sebebi eğitim düzeyi arttıkça hastaların sağlık bakımı algısının değişmesi ve beklentilerinin artmasından kaynaklı olabilir(53,92). Çalışmamızda ortaokul ve üstü eğitim düzeyine sahip hastalar ilköğretim mezunu olanlardan istatistiksel anlamlı yüksek oranda kontrolüne düzenli olarak gitmekteydi(Tablo-26). Bu sonuçlar, eğitim düzeyinin artmasıyla sağlık okuryazarlığı derecesinin arttığını, hastaların kronik hastalık yönetiminde daha iyi bilgi, iletişim ve kendi kendine yönetim becerileri geliştirdiğini gösterir. Ayrıca, hastaların bakım algılarının eğitim düzeyinden etkilendiğini ve hekimlerin eğitim düzeyi yüksek olan hastaları kendi bakımlarına daha fazla dahil edebildiklerini de düşünebiliriz(85). Bu bulgular, sağlıkla ilgili bilinç ve eğitim düzeyinin artırılmasının önemini vurgulamaktadır. Sağlık eğitimi ve bilgilendirici programların yaygınlaştırılması, hasta memnuniyetini ve bakım süreçlerini iyileştirebilir.

Hastaların gelir düzeyi ile toplam ölçek puan ortalaması arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Ancak hastaların gelir düzeyi yükseldikçe izlem/koordinasyon alt grup ölçek puanında pozitif anlamlı ilişki görülmüştür. Bu durumu destekleyen çalışmalar mevcuttur(66,90). İncirkuş ve Nahcıvan'ın çalışmasında gelir ve sağlık durum algı puan ortalaması yüksek olanlar kronik bakım hizmetlerini daha iyi değerlendirmişlerdir(10). Çalışmamızda, katılımcıların %74,73'ünün emekli veya ev hanımı olduğu, ayrıca sağlık hizmetlerine erişimin ücretsiz olduğu göz önüne alındığında, gelir düzeyinin PACİC toplam ölçek puanı üzerindeki etkisinin sınırlı kaldığı düşünülebilir.

Çalışmamızda sadece eşiyile beraber yaşayan hastaların toplam PACİC ölçek puanı ve problem çözme alt grup ölçek puanı diğer aile üyeleriyle beraber yaşayan hastalara göre anlamlı düşük bulunmuştur. Diğer aile üyeleriyle birlikte yaşamın daha farklı bakış açısı ve çözüm önerisi ile daha geniş bir sosyal destek sağladığı ve bu sayede problem çözme yeteneklerini ve genel iyilik halini artırdığı düşünülmektedir. Eşiyile yaşayan hastalar da yalnızlık hissi yaşayabilir, bu durum stres

ve kaygıyı artırarak problem çözme yeteneklerini zayıflatabilir. Aile hekimliği uygulamalarında yalnızca hastayı değil, aile üyelerini de sürece dahil ederek yürütülen yaklaşımlar, tedavi süreçlerini olumlu yönde etkileyebilir. Hasta bakımında sosyal destek faktörünün daha çok önemsenmesi ve aile temelli yaklaşımların teşvik edilmesi önerilebilir.

Çalışmamızda toplam ölçek puan ortalaması ile hastalık sayısı, kullandığı ilaç sayısı ve ilaçları düzenli kullanıp kullanmaması arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Katılımcıların son bir yıl içindeki başvuru sayısı ile kronik hastalık sayısı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır(Tablo-25). Hastaların sadece %27,8'i tek kronik hastalığa sahipken, %49,46'sının 2 veya 3 kronik hastalığı vardı. Hastaların %93,5'i ilaçlarını düzenli kullanmakta ve %44,77 ile 1-3 ilaç, %19,14 ile 7 ve üstü ilaç kullanılmaktadır. Ancak 60 yaş üstünde olanların 1-3 ilaç kullanma sıklığı 60 yaş ve altında olanlardan düşük, 7 ve üstü ilaç kullanma sıklığı yüksek bulundu ve tanısının üzerinden daha çok zaman geçen hastaların 7 ve üstü ilaç kullanma sıklığı arasında anlamlı yükseklik bulunmuştur(Tablo-28). Yaşın ilerlemesi ve tanı süresinin uzamasıyla birlikte hastalıklar daha karmaşıklaşabilir, süreçte ek hastalıklar ortaya çıkabilir ve hastalıkları yönetmek daha da zorlaşabilir. Bu süreçler polifarmasi (çoklu ilaç kullanımı) ile ilgili sorunları da yanında getirmektedir. Kronik hastalık yönetiminde, hastaların ilaç kullanım alışkanlıklarının düzenli takip edilmesi ve gereksiz ilaç kullanımının önlenmesi için multidisipliner bir yaklaşım benimsenmelidir.

Kronik hastalık tanı sonrası geçen süre 6 ay- 5 yıl arasında olanların PACIC karar verme ve amaç belirleme alt boyut puanları 10-20 yıl ve 20 yıldan fazla olanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Toplam ölçek puan ortalaması ise 3,18 olup anlamlı ilişki bulunmasa da $p<0,05$ değerine çok yakın sonuçlanmıştır. Kronik hastalık sonrası geçen sürenin 5 yıldan az olması ile ölçek puan ortalaması arasında anlamlı düzeyde yüksek ilişki bulunan çalışmalar vardır(66,88). Üstünova ve Nahcivan'ın KOAH hastalarında yaptığı çalışmada hastalık süresi arttıkça hasta memnuniyetinin olumlu yönde arttığı görülmüştür ve bu durumu zaman geçtikçe hastalığa daha iyi uyum sağladıkları yönünde yorumlamışlardır(87). Kronik hastalık sayısı ve tanı sonrası geçen süre ile ölçek puan ortalaması arasında ilişki

bulunmayan benzer çalışmalar vardır(2,8,51,85,90,93). Çalışmamızda, katılımcıların %46,57'sini tanı aldıktan sonra 6 ay-5 yıl ve 5-10 yıl aralığında olan hastalar oluşturmaktadır. Bu gruptaki kişilerin, diğer gruplara kıyasla yaş ortalamasının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo-27). Benzer şekilde, 5-10 yıl süredir tanı almış olan hastaların da diğer gruplara göre daha genç olduğu saptanmıştır. Tanı sonrası geçen süre ile düzenli kontrole gitme arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış olmakla birlikte (Tablo-26), önceki bulgularımıza paralel olarak yaş arttıkça düzenli kontrole gitme sıklığının azaldığı görülmüştür. Sonuçlar, tanı süresi 6 ay-5 yıl arasında olan ve yaş ortalaması daha genç hastaların, yaşamdan beklentilerinin daha yüksek olması nedeniyle tedavi süreçlerine daha aktif katıldıklarını gösterebilir(88). Ayrıca, hastalığın erken evresinde olmaları nedeniyle duruma yeni alışmış ve motivasyonlarının yüksek olabileceği düşünülmektedir. Güncel bilgi ve tedaviler doğrultusunda karar verme becerilerinin daha gelişmiş olması da bu gruptaki hasta memnuniyetini artıran faktörlerden biri olabilir.

Çalışmamızda kronik hastalığı için düzenli olarak kontrole gidenlerin PACIC toplam puanı ve alt boyut puanları düzenli kontrole gitmeyenlerden istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti. Benzer şekilde, literatürde de düzenli kontrollerin hasta memnuniyetini artırdığı gösterilmiştir(88,94). Özellikle, son bir yıl içinde üç veya daha fazla kez ya da iki kez kontrole giden hastaların ölçek puanları, hiç kontrole gitmeyen veya yalnızca bir kez kontrole gidenlerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur(Tablo 18-19). Bu sonuçlar, düzenli takip sürecinin hastaların sağlıklarına önem verdiklerini, tedaviye aktif olarak katıldıklarını ve sağlık hizmetlerine bağlılık gösterdiklerini düşündürmektedir. Ayrıca, düzenli takibin doktor-hasta iletişimini güçlendirdiği, hastalık ve tedavi sürecine dair daha çok bilgi edinmelerine olanak sunduğu ve bakım planlamasına katkı sağladığı söylenebilir. Tüm bu unsurların hasta memnuniyetini artırdığı düşünülebilir.

Çalışmamızda kronik hastalığının takip ya da tedavisi için son 3 ayda ve 3-6 ayda başvuranların memnuniyeti başvurusu 12 aydan daha uzun süre önce olanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksekti. Kaya ve ark. tarafından yapılan çalışmada da(85), benzer şekilde son 3 ay içinde sağlık hizmetine başvuran hastaların daha yüksek PACIC puanı verdiği belirlenmiştir. Ancak aynı çalışmada, sık doktora

başvurmanın ölçek puanına anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Farklı olarak, Ay ve Arpacı(90) tarafından yapılan çalışmada son başvuru süresinin PACIC puanı üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı ifade edilmiştir. Bu sonuçlar, kronik hastalıkların yönetiminde düzenli takiplerin hasta memnuniyetini artırdığını ancak yalnızca sık başvurunun değil, hastaya sunulan hizmetlerin niteliğinin de memnuniyet açısından kritik bir faktör olduğunu göstermektedir. Takip sıklığını artırmanın yanı sıra, hasta-hekim iletişimini güçlendirmek, tedavi planlarını hastalarla birlikte oluşturmak ve bakım süreçlerini hastanın ihtiyaçlarına göre düzenlemek hastaların sağlık hizmetlerinden daha iyi ve memnun yararlanmalarını sağlayabilir.

Çalışmamızda hastaların %66,43'ünün düzenli kontrole gittiği, düzenli kontrole gitmeyenlerin %23'ünün randevu bulmakta zorlandığı ve ulaşım ile ilgili sıkıntılar yaşadığı belirtilmiştir. %49,1'inin yılda 2 ve üstü kontrole gittiği (çalışmamızda planlanmış kontrol ile başvuru sayısı farklı olarak değerlendirilmiştir) görülmüştür. Ayrıca hastaların %59,92'sinin son altı ayda kronik hastalığı ile ilgili başvuruda bulunduğu ve bunların %44,77'sinin kontrol muayene, tetkik; %36,46'sinin ilaç yazdırma sebebiyle olduğu görülmüştür. Tüm bu sonuçlara bakarak hastanın doktora, sağlık kuruluşuna ulaşım açısından bir sıkıntı yaşamadıkları görülmüştür. Ancak PACIC skorlarına orta düzeyde puan verilmiş olması bakımlarından yeterince memnun olmadıklarını göstermiştir.

Çalışmamızda kronik hastalığıyla ilgili en sık aile hekimine başvuran hastaların PACIC toplam puanı ve alt boyut puanları, devlet hastanesi ve özel hastanede ilgili uzman hekime başvuranlara kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Bu durum, birinci basamak sağlık hizmetlerinde kronik hastalık takibinin yeterli düzeyde yapılamadığını ve hastaların bu basamaktaki bakım süreçlerinden daha az memnun kaldığını düşündürmektedir. Benzer sonuçlar daha önceki çalışmalarla da desteklenmiştir(87). Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2022 yılı Yaşam Memnuniyeti Araştırması'na göre, sağlık kuruluşlarından memnuniyet oranı en yüksek olan kurum %68 ile Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) olmuştur. Bunu sırasıyla %65,8 ile devlet hastaneleri, %64,3 ile şehir hastaneleri, %64,7 ile üniversite hastaneleri ve %58,2 ile özel hastaneler takip etmektedir(95). Bu veriler, ASM'lerin genel hasta memnuniyeti açısından önde olduğunu göstermektedir. Ancak memnuniyetin yüksek olmasının, aile

hekimlerinden temel olarak “ilaç yazdırma” ve “tetkik isteme” beklentisiyle ilişkili olduğu görülmektedir. Bu durum halkta kronik hastalıkların genellikle ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında takip edilmesi gerektiği algısının yaygın olmasından kaynaklanabilir(87). Ayrıca, ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde daha fazla uzman hekimin bulunması ve daha geniş tanı-tedavi olanaklarının sunulması, hastaların bu merkezlere yönelme eğilimini artırmaktadır. Öte yandan, çalışmamızda hastaların çoğunluğunun “Bakımımın iyi düzenlenmiş olmasından memnunum” ifadesine “çoğu zaman” ve “her zaman” şeklinde yanıt verdiği ve bu ifadenin ortalama 4,4 puan ile en yüksek skoru aldığı belirlenmiştir. Bu bulgu, hastaların “bakım” algısının ve beklentilerinin farklı olabileceğini, ayrıca sağlık hizmetlerinin tüm basamaklarında sunulması gereken standart bakım süreçleri konusunda farkındalıklarının yeterli olmayabileceğini düşündürmektedir.

İlgili uzman hekim bilgi/egitim kaynağı olarak belirten hastaların hasta katılımı alt boyutu hariç diğer tüm alt boyut puanları ve PACIC toplam puanı daha yüksek bulunurken, bilgi/egitim kaynağı olarak aile hekimini belirten hastaların puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Bu durum, kronik hastalık yönetiminde uzman hekimlerin sağladığı bilginin ve yönlendirmenin hasta memnuniyeti ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Sağlık Bakanlığı, birinci basamakta kronik hastalık takibini güçlendirmek amacıyla 2021 yılında Hastalık Yönetim Platformu (HYP) adlı çevrim içi bir uygulamayı başlatmıştır. Bu platformda DM, HT, KVH, KOAH ve yaşlı izlem gibi birçok kronik hastalığa yönelik fizik muayene ve tetkik sonuçlarının kaydedildiği izlem modülleri bulunmaktadır. Ancak bizim çalışmamızın gerçekleştirildiği merkezin bir eğitim ASM olması ve klinikte hekimlerin görevlendirilmeleri nedeniyle muayene sürecinin farklı hekimler tarafından yürütülmesi, hastaların sürekli aynı hekim tarafından takip edilmesini zorlaştırmakta ve aradaki bağın kurulmasına engel olduğu düşünülmektedir. ASM'nin 3.340 kayıtlı hastası bulunmakta olup, randevu sistemi ile çalışılmaması günlük muayene sayısının artmasına ve hasta yoğunluğunun yüksek olmasına neden olmaktadır. Birime başvuran hastaların büyük çoğunluğunun 40 yaş üstü kronik hastalığa sahip bireyler olduğu, ayrıca ASM'de kanser taramaları, gebe-lohusa-yenidoğan izlemleri ve aşılama hizmetlerinin de yürütüldüğü görülmektedir.

Çalışmamızda bilgi/egitim kaynağı hemşire olanların PACIC toplam puanı bilgi/egitim kaynağı hemşire olmayanlardan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,05$). Hastaların hemşirelerin önerilerini dikkate aldıklarını ve bunun tedavi uyumunu olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Bu sonuç hemşirelerin kronik hastalık takibi ve bakımındaki önemini ve yerini göstermektedir. Hemşireler kronik hastalık yönetiminde temel rodedir ve tüm potansiyellerinin kullanabilmeleri için gerekli bilgi, beceri ve donanıma sahip olmalıdırlar(41). Hekim ya da diğer sağlık çalışanı tarafından yaşam tarzı değişikliği önerilerinde bulunulanların PACIC alt boyutları ve toplam puanları istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Hastaların hekim veya diğer sağlık çalışanları ile iyi bir iletişim kurduğunu ve yaşam tarzı değişiklikleri hakkında bilgi almalarının hastalara sağlıklarını daha iyi yönetmesini öğretmiş ve bu nedenle değişikliklere daha istekli olduklarını göstermektedir. Çalışmamızda kronik hastalıkları ile ilgili bilgi kaynakları sorgulamamızda hastaların %4,33'ünün hemşirelerden ve diyetisyenlerden bilgi aldığı görülmektedir. Bu sonuca göre sağlık eğitimi verme konusunda hemşirelerin ve diyetisyenlerin geri planda kaldıkları ve daha aktif katılım göstermeleri gerektiğini söyleyebiliriz. Çünkü kronik hastalık bakımında sadece hekimlere değil hemşire, diyetisyen ve diğer bütün sağlık profesyonellerine ihtiyaç vardır. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının birbirleriyle daha aktif iş birliği yapması ve bu birlikteliğin koordinasyonunu sağlayacak güçlü bir sistemin kurulması gerekmektedir.

Bu araştırmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Katılımcıların yaş ortalamasının yüksek olması ve sosyokültürel-egitim seviyelerinin düşük olması nedeniyle, ölçek değerlendirme sorularının anlaşılmasında güçlük çekildiği gözlemlenmiştir. Bu sebeple, bazı maddeler açıklama yapılarak sorulmuş ve araştırmanın büyük bölümü yüz yüze görüşme yöntemiyle tamamlanmıştır. Özellikle "*bakım*", "*alışkanlık*", "*zor zaman*", "*diğer branş*" gibi ifadeler, hastalar tarafından tam olarak anlaşılammış ve ek açıklamalar gerektirmiştir. Örneğin:

- **5. sorudaki** "*bakım*" kelimesi "*aldığınız genel tedavilerin (tedavi, takip süreci, önerilen yaşam tarzı değişiklikleri vb.) toplamı*" şeklinde açıklanmıştır. **6. ve 7. Sorular** da benzer şekilde hastalara açıklama yapıldıktan sonra yanıtlanmıştır.

- "*Alışkanlık*", yürüyüş, diyet, alkol tüketimi, sigara içiciliği vb. durumları içerecek şekilde açıklanmıştır.
- "*Zor zaman*", hastalığın sebep olduğu sıkıntılı süreçleri ifade edecek şekilde tanımlanmıştır.

Çoğu hastaların hem kendi kendilerine ölçeği cevaplayamaması hem de sorunun hekim tarafından sorulmuş olmasından çekimser davranıp ona göre cevap verebileceği (yanlı bakış açısı) ihtimalinden dolayı bu durum ölçek puanına etki etmiş olabilir.



6. SONUÇLAR

Bu araştırmada, kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları sağlık hizmetini kendi perspektiflerinden değerlendirmeleri amacıyla PACIC ölçeği uygulanmış ve hastaların kronik hastalık bakımından orta düzeyde memnuniyet bildirdiği saptanmıştır. Alt boyutlara bakıldığında, en yüksek puan problem çözme, en düşük puan ise izlem/koordinasyon alt boyutu olmuştur.

Araştırma bulguları yaş, eğitim düzeyi, kronik hastalık tanısı sonrası geçen süre, kontrolüne düzenli gitme, doktora başvuru sıklığı, yakın zamanda muayene olma, diyabet hastası olma ve kanser hastası olma, yaşam değişikliği önerisi alma gibi durumların hasta memnuniyeti ile ilişkili olduğunu göstermiştir.

Ölçek puanları arttıa hastaların tedaviye uyumlarının arttığı görölmüştür. PACIC ölçeğinin, kronik hastalara daha kaliteli sağlık hizmeti sunulmasını sağlayacak bir değerlendirme aracı olarak kullanılabileceği düşünölmektedir.

Kronik hastalıkların birinci basamakta etkili bir şekilde izlenmesi büyük önem taşımaktadır ve aile hekimleri, kronik hastalık takibiyle en sık ilgilenen sağlık profesyonellerinden biridir. Ancak, bulgular birinci basamak sağlık hizmetlerinde kronik hastalık bakımının geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir.

7. ÖNERİLER

- 1- Çalışmada kronik hastaların büyük bir kısmının ileri yaş grubunda olması, ölçeğin daha sade ve anlaşılır bir hale getirilmesi gerektiğini ortaya koymuştur. Bu doğrultuda, birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini daha doğru değerlendirebilmek için farklı ölçeklere de ihtiyaç duyulabileceği düşünülmektedir.
- 2- Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılan tarama ve izlem faaliyetlerini geliştirmek ve hastaların kontrollerini daha düzenli ve etkin bir şekilde sağlamak, iyileştirilmiş birinci basamak hizmet altyapısı ve artmış mesleki motivasyon ile mümkündür. Her ne kadar taramalar ve izlemler için belli düzeyde yapılmasını sağlayacak pozitif performans düzenlenmesi yapılmış olsa da kronik hastalık yönetimi için geliştirilen HYP uygulamasının yapılmasını aile sağlığı merkezindeki birim başına düşen nüfus sayısı ve iş yükü fazlalığının zorlaştıracağı düşünülmektedir. Ve birinci basamakta kronik hastalıklarda yaşam tarzı değişikliklerini desteklemek amacıyla fizyoterapist ve diyetisyen danışmanlığına ihtiyaç duyulabilmektedir. Bu hizmet Toplum Sağlığı Merkezi'nde veya obezite merkezlerinde verilebilmektedir. Ancak yeterli düzeyde değildir. Dolayısıyla yapılacak düzenlemeler sadece bir basamak düzeyinde olmayıp mutlaka diğer hizmet basamaklarıyla entegre çözümler içermelidir. Aile hekimleri, ilgili bölüm uzman hekimler, hemşireler, diyetisyenler, psikologlar ve fizyoterapistler kronik hastalık yönetimi konusunda multidisipliner çalışma ortamı oluşturulmalı ve bakım sürekliliğinin sağlanması, bakım kalitesinin artırılması ve maliyet etkin bir sağlık hizmeti sunulması gerekmektedir.
- 3- Tedavi ve sevk yöntemleri ile basamaklar arasında etkin bilgi akışı, konsültasyon sistemi ve sevk zinciri kurulmalıdır.
- 4- Birinci basamakta çalışan hekimlerin kronik hastalıklara yönelik ilaç reçeteleme konusunda yetkisi artırılmalı, tetkik ve işleyiş kolaylığı yönünden güçlendirilmeli ve desteklenmelidir. Verilen sağlık hizmetleri sosyal medya aracılığıyla halka doğru bir şekilde aktarılmalıdır.

- 5- Hasta katılımı ve karar verme süreçlerini güçlendirmek için hastaların kronik hastalıklar hakkında daha bilinçli olmalarını sağlayacak eğitim programları düzenlenmelidir.
- 6- Kronik hastalıkların yönetimi konusunda toplumsal farkındalığı artırmak için yerel ve ulusal düzeyde sağlık kampanyaları düzenlenmeli, Sağlık TV vb. yayımlar kurulmalıdır.



KAYNAKÇA

1. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health. 2004;
2. Cramm J, Nieboer A. Factorial validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) and PACIC short version (PACIC-S) among cardiovascular disease patients in the Netherlands. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10(1):104.
3. Lenfant C. Shattuck lecture -- Clinical Research to Clinical Practice -- Lost in Translation? *N Engl J Med*. 2003;349(9):868–74.
4. “Aile Hekimliğinde Kronik Hastalık Yönetimi” TAHUD İstanbul Şubesi ÇR 18. 02. 2017. [Erişim Tarihi: 02.02.2025] Web Sayfası : <https://www.tahud.org.tr/file/7d5b8ea6-78b7-41e9-8a04f249d8b99ddf/Aile%20Hekimligi%CC%86inde%20Kronik%20Hastal%C4%B1klar%20Yo%CC%88netimi%20C%CC%A7al%C4%B1s%CC%A7tay%C4%B1%20Ger%CC%A7ekles%CC%A7ti.pdf>.
5. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. *JAMA*. 2002 Oct 9;288(14):1775–9.
6. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?. *Effective clinical practise : ECP*. 1998;1(1):2–4.
7. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q*. 1996;74(4):511–44.
8. Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, Mahoney LD, Reid RJ, Greene SM. Development and Validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). *Med Care*. 2005 May;43(5):436–44.
9. Arditi C, Iglesias K, Peytremann-Bridevaux I. The use of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) instrument in diabetes care: a systematic review and meta-analysis. *International Journal for Quality in Health Care*. 2018 Dec 1;30(10):743–50.
10. İncirkuş K, Nahcivan NO. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği- Hasta Formu'nun Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2011;4(1):102–9.
11. Wensing M, van Lieshout J, Jung HP, Hermsen J, Rosemann T. The Patients Assessment Chronic Illness Care (PACIC) questionnaire in The Netherlands: a validation study in rural general practice. *BMC Health Serv Res*. 2008 Dec 1;8(1):182.

12. Kutan Fenercioğlu A, Turfaner Sipahioğlu N. Birinci basamakta kronik hastalık bakım modeli. Birinci Basamakta Kronik Hastalık Takibi ve Kronik Hasta Bakımı. 1. Baskı. Ankara. Türkiye Klinikleri. 2020;1(6):100.
13. World Economic Forum and the Harvard School of Public Health. The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases, 2011 (İnternet)(Alıntı Tarihi:19.12.2024) Erişim Adresi:http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf. 2011;
14. Sağlık Bakanlığı, 2010.(İnternet) (Alıntı Tarihi: 19.12.2024) Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Kitaplar/KalpDamarEylemPlani_2021-2026.pdf.
15. Noncommunicable diseases 23.12.2024(İnternet) (Alıntı Tarihi: 05.01.2025) Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. World Health Organization.
16. Joshi R, Alim M, Kengne AP, Jan S, Maulik PK, Peiris D, et al. Task Shifting for Non-Communicable Disease Management in Low and Middle Income Countries – A Systematic Review. PLoS One. 2014;9(8): e103754.
17. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri 2023, (İnternet) (Alıntı Tarihi:19.12.2024) Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023-53709>. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK).
18. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004. Erişim Adresi: <https://docplayer.biz.tr/327417-Turkiye-hastalik-yuku-calismasi-2004.html>. T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.
19. Kyu HH, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 Kyu, Hmwe Hmwe et al. The Lancet. 2018;392(10159):1859–922.
20. T. C. Sağlık Bakanlığı HSGM. (İnternet) (Erişim Tarihi :2023) Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Programlar/Turkiye-Diyabet-Programi.pdf>.
21. Türk Kardiyoloji Derneği. Dünya Hipertansiyon Günü. (İnternet)(Erişim Tarihi:11022025)Erişim Adresi: <https://tkd.org.tr/menu/113/dunya-hipertansiyon-gunu>.
22. Roth GA, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories,

- 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2018 Nov;392(10159):1736–88.
23. TÜRK TORAKS DERNEĞİ. (İnternet) (Erişim Tarihi:07.01.2025) Erişim Adresi:<https://toraks.org.tr/site/resources/aegrotationes/p/2>.
 24. Kacmaz KS, Kaçmaz C. Türkiye’de Kronik Hastalık Riskleri ile İlişkili Çeşitli Sağlık Durumlarının İncelenmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2024;9(2):193–9.
 25. WHO (World Health Organization). *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014*. WHO, 2014 Geneva .
 26. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye’de bulaşıcı olmayan (kronik) hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için Yatırım Gerekçeleri Raporu. (İnternet)(Erişim Tarihi: 07022025)Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Raporlar/BizzCaseTrSS.pdf>.
 27. Sağlık Bakanlığı. *Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı (2017-2025)*, Ankara. 2017.
 28. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. *Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı*. (İnternet)(Erişimtarihi:04.02.2024) ErişimAdresi:https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Kitaplar/KalpDamarEylemPlani_2021-2026.pdf.
 29. Tran PB, Kazibwe J, Nikolaidis GF, Linnosmaa I, Rijken M, van Olmen J. Costs of multimorbidity: a systematic review and meta-analyses. *BMC Med*. 2022;20(1):234.
 30. Urbonas G, Raila G, Serapinas D, Valius L, Veličkienė D, Plisienė J, et al. Evaluation of Satisfaction with Healthcare Services in Multimorbid Patients Using PACIC+ Questionnaire: A Cross-Sectional Study. *Medicina (B Aires)*. 2023;59(2):276.
 31. Cramm JM, Nieboer AP. High-quality chronic care delivery improves experiences of chronically ill patients receiving care. *International Journal for Quality in Health Care*. 2013;25(6):689–95.
 32. İNCİRKUŞ K, Ö. NAHCIVAN N. A Guide for Chronic Disease Management: The Chronic Care Model (Kronik Hastalık Yönetimi İçin Bir Rehber: Kronik Bakım Modeli). *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2015;23(1):66–75.
 33. Rothman AA, Wagner EH. Chronic illness management: what is the role of primary care? *Ann Intern Med*. 2003;138: 256–61.

34. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ*. 2000;320(7234):569–72.
35. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *Br Med J*. 2000;320: 569–72.
36. Koşar C, Besen D.B. Kronik hastalıklarda hasta aktifliği: Kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2015;8(1):45–51.
37. Akdemir N. Rehabilitasyon ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2006;13(1):82–91.
38. Bodenheimer T, Wagner EH, & Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA*. 2002;288(15):1909–14.
39. Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, Chopra M, Ebrahim S, Kidd M, et al. 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):940–9.
40. Akman M, Çifçili S. Aile hekimliği ve kronik hastalık bakım modeli (Family practice and chronic care model). *Turkish Journal of Family Practice*. 2010;14(1):32–7.
41. International Council of Nurses [ICN]. *Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care*. International Nurses Day 2010. 2010;1–69.
42. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. *Health Aff*. 2001;20(6):64–78.
43. Glasgow RE, Whitesides H, Nelson CC, King DK. Use of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) With Diabetic Patients. *Diabetes Care*. 2005;28(11):2655–61.
44. Drewes HW, Steuten LMG, Lemmens LC, Baan CA, Boshuizen HC, Elissen AMJ, et al. The Effectiveness of Chronic Care Management for Heart Failure: Meta-Regression Analyses to Explain the Heterogeneity in Outcomes. *Health Serv Res*. 2012;47(5):1926–59.
45. Abdul-Razak S, Ramli AS, Badlishah-Sham SF, Haniff J. Validity and reliability of the patient assessment on chronic illness care (PACIC) questionnaire: the Malay version. *BMC Fam Pract*. 2018;19(1):119.
46. Bonomi AE, Wagner EH, Glasgow RE, VonKorff M. Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): A Practical Tool to Measure Quality Improvement. *Health Serv Res*. 2002;37(3):791–820.
47. Cramm JM, Strating MM, Tsiachristas A, Nieboer AP. Development and validation of a short version of the Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) in Dutch Disease Management Programs. *Health Qual Life Outcomes*. 2011;9(1):49.

48. Leykum LK, Palmer R, Lanham H, Jordan M, McDaniel RR, Noël PH, et al. Reciprocal learning and chronic care model implementation in primary care: results from a new scale of learning in primary care. *BMC Health Serv Res.* 2011 Dec 23;11(1):44.
49. Steurer-Stey C, Frei A, Schmid-Mohler G, Malcolm-Kohler S, Zoller M, Rosemann T. Assessment of Chronic Illness Care with the German version of the ACIC in different primary care settings in Switzerland. *Health Qual Life Outcomes.* 2010;8(1):122.
50. Törő V, Kósa Z, Takács P, Széll R, Radó S, Szelesné AÁ, et al. Patients' Assessment of Chronic Illness Care (PACIC): Validation and Evaluation of PACIC Scale among Patients with Type 2 Diabetes in Hungary. *Int J Integr Care.* 2022;22(3):5.
51. Aragonés A, Schaefer EW, Stevens D, Gourevitch MN, Glasgow RE, Shah NR. Validation of the Spanish translation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) survey. *Prev Chronic Dis.* 2008;5(4): A113.
52. Houle J, Beaulieu MD, Lussier MT, Del Grande C, Pellerin JP, Authier M, et al. Patients' experience of chronic illness care in a network of teaching settings. *Can Fam Physician.* 2012;58(12):1366–73.
53. Rosemann T, Laux G, Droesemeyer S, Gensichen J, Szecsenyi J. Evaluation of a culturally adapted German version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC 5A) questionnaire in a sample of osteoarthritis patients. *J Eval Clin Pract.* 2007;13(5):806–13.
54. Kocher A, Simon M, Dwyer AA, Blatter C, Bogdanovic J, Künzler-Heule P, et al. Patient Assessment Chronic Illness Care (PACIC) and its associations with quality of life among Swiss patients with systemic sclerosis: a mixed methods study. *Orphanet J Rare Dis.* 2023 Jan 9;18(1):7.
55. Zhou C, Tan F, Lai SH, Chen JC, Chen CY, Zhang GF, et al. Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and Its Influence on Patient Compliance With Hypertension: A Cross-Sectional Study. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing.* 2024;61.
56. Cramm JM, Nieboer AP. The chronic care model: congruency and predictors among patients with cardiovascular diseases and chronic obstructive pulmonary disease in the Netherlands. *BMC Health Serv Res.* 2012;12(1):242.
57. Basri NF, Ramli AS, Mohamad M, Kamaruddin KN. Traditional and complementary medicine (TCM) usage and its association with Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) among individuals with metabolic syndrome in primary care. *BMC Complement Med Ther.* 2022 Dec 13;22(1):14.

58. Lukaschek K, Beltz C, Rospleszcz S, Schillok H, Falkai P, Margraf J, et al. Depressive primary care patients' assessment of received collaborative care. *Sci Rep*. 2023 Feb 9;13(1):2329.
59. Oates GR, Mims C, Geurs R, Bergquist R, Hager A, Guimbellot JS, et al. Mobile health platform for self-management of pediatric cystic fibrosis: Impact on patient-centered care outcomes. *Journal of Cystic Fibrosis*. 2023 Sep;22(5):823–9.
60. Nishijima TF, Shimokawa M, Esaki T, Morita M, Toh Y, Muss HB. Comprehensive geriatric assessment: Valuation and patient preferences in older Japanese adults with cancer. *J Am Geriatr Soc*. 2023 Jan 16;71(1):259–67.
61. Akca N, Saygili M, Ture AK. The relationship between the perception of chronic disease care and health-related quality of life in adults with chronic kidney disease. *Chronic Illn*. 2022 Dec 27;18(4):874–88.
62. Schmittiel J, Mosen DM, Glasgow RE, Hibbard J, Remmers C, Bellows J. Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and Improved Patient-centered Outcomes for Chronic Conditions. *J Gen Intern Med*. 2008;23(1):77–80.
63. Spicer J, Budge C, Carryer J. Taking the PACIC back to basics: the structure of the Patient Assessment of Chronic Illness Care. *J Eval Clin Pract*. 2012;18(2):307–12.
64. Wallace A, Perkhounkova Y, Tseng H, Schillinger D. Influence of Patient Characteristics on Assessment of Diabetes Self-Management Support. *Nurs Res*. 2013;62(2):106–14.
65. Akan G, Kartal A. The association between Patient Assessment of Chronic Illness Care Scores and quality of life in type 2 diabetes patients. *Journal of Research in Nursing*. 2023;28(3):199–211.
66. Hazazi A, Wilson A. Improving Management of Non-communicable Chronic Diseases in Primary Healthcare Centres in The Saudi Health Care System. *Health Serv Insights*. 2022;15.
67. Dede B, Eser E, Dündar PE, Özcan C. Kronik Hastalık Bakım/Hizmet Değerlendirme Ölçeği Hasta Anketinin (Patient Assessment of Chronic Illness Care-PACIC) Türkçe Sürümünün Çeşitli Süregen Hastalıklardaki Yapı Geçerliliği. *Sağlık ve Toplum*. 2017;27(3):56–63.
68. Iglesias K, De Geest S, Berben L, Dobbels F, Denhaerynk K, Russell LC, et al. Validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) short form scale in heart transplant recipients: the international cross-sectional bright study. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):160.
69. Drewes H, Van Til-de Jong J, Struijs J, Baan C, Tekle F, Meijboom B, et al. Measuring chronic care management experience of patients with diabetes: PACIC and PACIC+ validation. *Int J Integr Care*. 2012;12(8).

70. Schwenke M, Welzel FD, Luck-Sikorski C, Pabst A, Kersting A, Blüher M, et al. Psychometric properties of the Patient Assessment of Chronic Illness Care measure (PACIC-5A) among patients with obesity. *BMC Health Serv Res.* 2019 Dec 23;19(1):61.
71. Maroufi S, Dehghankar L, Alizadeh A, Amerzadeh M, Motalebi SA. Transcultural adaptation and validation of Persian Version of Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC-5As) Questionnaire in Iranian older patients with type 2 diabetes. *BMC Health Serv Res.* 2024 Sep 16;24(1):1073.
72. Malliarou M, Bakola E, Nikolentzos A, Sarafis P. Reliability and validity of the Greek translation of the patient assessment of chronic illness care + (PACIC-PLUS GR) survey. *BMC Fam Pract.* 2020;21(1):122.
73. Davis P, Bradbury J, Shrubsole K, Parke J. A shared journey: evaluating a patient-assessed measure of self-management of chronic conditions in an Australian setting. *Aust J Prim Health.* 2024;30(5).
74. Schmittiel JA, Shortell SM, Rundall TG, Bodenheimer T, Selby JV. Effect of Primary Health Care Orientation on Chronic Care Management. *The Annals of Family Medicine.* 2006 Mar 1;4(2):117–23.
75. Grumbach K, Bodenheimer T. A Primary Care Home for Americans. *JAMA.* 2002 Aug 21;288(7):889.
76. Topallı R, Aladağ N, Ciğerli Ö, Filiz TM, Topsever FP, Görpelioğlu S. Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniklerinin Sağlık Hizmeti Sunumundaki Yeri Değirmendere Deneyimi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi.* 2003;7(4):165–70.
77. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023. (İnternet)(Erişim Tarihi:04022025)Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR-84930/saglik-istatistikleri-yilliklari.html>.
78. World Organization of Family Doctors. The European Definition of General Practice / Family Medicine. (İnternet)(Erişim tarihi:04022025)Erişim adresi:<https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/regionDocs/European%20Definition%20of%20general%20practice%203rd%20ed%202011.pdf>.
79. Sharpe L, Curran L. Understanding the process of adjustment to illness. *Social Science and Medicine.* 2006; 62:1153–66.
80. Hastalık Yönetim Platformu (HYP). T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı. (İnternet)(Erişim Tarihi:13012024) Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/hastalik-yonetim-platfomu.html>.

81. Gökçek MB, Çetin Benli N. Evaluation of the Use of the Disease Management Platform by Family Physicians and Family Health Workers. *Life and Medical Sciences*. 2023 Oct 10;4.
82. Utku Eser. Kronik Hastalıklar ve Aile Hekimliği *Chronical Diseases and Family*. Smyrna Tıp Dergisi,Derleme. 2014;
83. Desmedt M, Verriest S, Petrovic M, Bergs J, Vrijhoef H, Dessers E, et al. Seen through the patients' eyes: quality of chronic illness care. *Fam Pract*. 2018 Jul 23;35(4):446–51.
84. Lévesque JF, Feldman DE, Lemieux V, Tourigny A, Lavoie JP, Tousignant P. Variations in patients' assessment of chronic illness care across organizational models of primary health care: a multilevel cohort analysis. *Health Policy*. 2012 Nov;8(2): e108-23.
85. Apaydın Kaya Çiğdem, Akturan Selçuk, Şimşek Mehdi, Uğuz Kemal, İcen Fedai, Akman Mehmet. Kronik Hastalık Bakımının Hasta Perspektifinden Değerlendirilmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*. 2013;4(3):1–9.
86. Demir Doğan M, Çadırlı Ş, Paçaçı M, Arslan Y. Care Satisfaction And Training Requirements In Patient With Chronic Disease. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 2019;
87. Üstünova E, Nahcivan N. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Kronik Hastalık Yönetimine İlişkin Değerlendirmeleri ve İlişkili Faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2015;23(1):11–22.
88. Yılmaz Karabulutlu E, Atman R, Yağcı S. Kronik Hastalığı Olan Bireylere Verilen Bakımın Değerlendirilmesi (THE EVALUATION OF CARE GIVEN TO PATIENTSWITH CHRONIC DISEASES). *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2015;3(1).
89. Wensing M, van Lieshout J, Jung HP, Hermsen J, Rosemann T. The Patients Assessment Chronic Illness Care (PACIC) questionnaire in The Netherlands: a validation study in rural general practice. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8:182.
90. Ay S, Arpacı P. Hastanede Yatan Hastaların Kronik Hastalık Bakımının Değerlendirilmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2017;4(1):527–32.
91. Kim SH, Lee BG, Choe YH. Psychometric evaluation of patient assessment of chronic illness care among Korean cancer survivors. *PLoS One*. 2021 Aug 12;16(8): e0256119.
92. Taggart J, Chan B, Jayasinghe UW, Christl B, Proudfoot J, Crookes P, et al. Patients Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) in two Australian studies: structure and utility. *J Eval Clin Pract*. 2011 Apr 16;17(2):215–21.
93. Büyükbayram Genç Z, Aksoy M. The Relationship between the Patient Assessment of Chronic Illness Care and the Compliance with the Treatment of Individuals with Chronic Illness. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2024 Sep 30;8(3):282–94.

94. Ludt S, van Lieshout J, Campbell SM, Rochon J, Ose D, Freund T, et al. Identifying factors associated with experiences of coronary heart disease patients receiving structured chronic care and counselling in European primary care. BMC Health Serv Res. 2012 Dec 27;12(1):221.
95. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2022. (İnternet) (Erişim Tarihi: 24.01.2025) Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR-103184/saglik-istatistikleri-yilligi-2022-yayinlanmistir.html>.



EKLER

EK-1: ANKET SORULARI

1-

2- Yaş :

3- Cinsiyet : (1) Kadın (2) Erkek

4- Medeni Durum : (1) Evli (2) Boşanmış / Dul (3) Bekar

5- Kiminle yaşıyorsunuz ?

(1) Tek (2) Aile(sadece eş) (3) Aile (4) Bakımevi

6- Kronik hastalığınızla ilgili takip tedavi sürecinizde bakımınızda size kim yardımcı oluyor ?

7- Eğitim Durumu :

(1) Okur-yazar değil (2) İlkokul (3) Ortaokul (4) Lise (5) Üniversite

8- Sağlık güvenceniz var mı?

(1) Var (Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur) (2) Var (Özel Sigorta)

(3) Var (Yeşil kart) (4) Yok

9- Mesleğiniz :

(1) Öğrenci (4) Çalışmıyor (Emekli) (7) Diğer :

(2) Memur (5) Çalışmıyor (İşsiz)

(3) İşçi (6) Çalışmıyor (Evde çalışan)

10- Gelir düzeyi :

(1) Aylık 20.000 TL altı (açlık sınırı)

(2) Aylık 20.000 TL – 40.000 TL arası

(3) Aylık 40.000 TL üzeri

11- Sigara içiyor musunuz?

(1) Evet paket/yıl

(2) Hayır, bıraktım

(3) Hayır, hiç içmemiş

12- Bir hekim tarafından tanı almış olduğunuz kronik hastalığınız sonrası geçen süre :

13- Aşağıdaki kronik hastalıklardan sizde olanları belirtiniz

(1) Hipertansiyon Evet Hayır

(2) Diyabetes Mellitus Evet Hayır

(3) Hiperlipidemi Evet Hayır

- (4) Kardiyovasküler Hastalıklar Evet Hayır
(İskemik kalp hastalıkları , Kalp yetmezliği ...)
- (5) Serebrovasküler hastalıklar (inme) Evet Hayır
- (6) Astım / Koah Evet Hayır
- (7) Hipotiroidi Evet Hayır
- (8) Kronik böbrek yetmezliği Evet Hayır
- (9) Kanser Evet Hayır
- (10) Kronik ağrı (osteoporoz, romatizmal hast.vb.) Evet Hayır
- (11) Kronik enfeksiyon (hep B, hep C, AIDS vb.) Evet Hayır
- (12) Diğer :

(psikiyatrik hastalıklar, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, kr. nörolojik hastalıklar(Parkinson, epilepsi vb.))

14- Birden fazla olan kronik hastalık sayısı:

15- İlaçlarınızı size önerilen dozda/miktarda alıyor musunuz?

- (1) Evet, her zaman
(2) Evet, bazen
(3) Hayır, ilaçlarımı kullanmıyorum

16- Günde kaç tane ilaç kullanıyorsunuz?

17- Her gün düzenli ağrı kesici ilaç alır mısınız?

- (1) Hayır (2) Evet

18- Evet ise kaç tane alırsınız?

Bundan sonraki sorular tanısını ilk aldığı, yaşamını en çok etkileyen kronik hastalığı üzerinden cevaplanacaktır

19- Kronik hastalığımız ile ilgili düzenli olarak kontrollerinize gider misiniz?

- (1) Hayır (2) Evet

20- Cevabınız hayır ise sebepleri nelerdir ?

- (1) Kendimi iyi hissediyorum
(2) Hastalığımı önemsemiyorum
(3) Kontrol muayene tarihini hatırlamıyorum
(4) Randevu bulmakta / almakta zorlanıyorum
(5) Hastaneye ulaşım ile ilgili sıkıntılar yaşıyorum
(6) Vakit bulamadığım için
(7) Diğer.....

21- Evet ise son 1 yıl içinde kaç defa gittiniz ?

22-Kronik hastalığınızın takip/tedavisi için doktorunuza en son ne zaman kontrole gittiniz ?

- (1) Son 3 ay içinde (2) 3-6 ay (3) 6-12 ay (4) >12 ay

23- Kronik hastalığınız ile ilgili olarak son 6 ay içinde polikliniğe gitme sebebiniz nedir ?

- (1) Yeni semptom (şikayet) olması
(2) Kontrol muayene, tetkik
(3) İlaç yazdırma
(4) İlaç raporu yenileme
(5) İlaç yan etkisi

24- Kronik hastalığınız ile ilgili olarak en çok nereye gidiyorsunuz ?

- (1) Aile Hekimi
(2) Devlet hastanesi- İlgili Uzman Hekim
(3) Özel Hastane

25- Kronik hastalığınız ile ilgili olarak eğitim/ bilgilendirmeyi kimlerden alıyorsunuz ?

- (1) Aile hekimi
(2) İlgili Uzman Hekim
(3) Hemşire
(4) Televizyon , sosyal medya
(5) Diğer : (diyetisyen ...)

26- Kronik hastalığınız ile ilgili olarak son 6 ay içinde hastane yatışınız oldu mu ?

- (1) Evet (2) Hayır

27- Kronik hastalığınız ile ilgili olarak son 6 ay içinde acil servise başvurunuz oldu mu ?

- (1) Evet (2) Hayır

28- Hekim veya bir sağlık çalışanı tarafından yaşam tarzı değişikliği açısından size önerilenler nelerdir?

- (1) Hayır, önerilmedi
(2) Hareketi artırma egzersiz, spor
(3) Sigarayı bırakma
(4) Kilo verme, diyet
(5) Tuz kısıtlaması
(6) Kırmızı eti azaltma, sebze yemek artırma
(7) Katı yağ kullanmama, zeytinyağı önerme
(8) Diğer ...

EK-2: KRONİK HASTALIK BAKIMINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ- HASTA FORMU (PACIC)

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

<https://www.eur.nl/en/eshpm/research/research-groups/socio-medical-sciences/instruments>

(Ölçek kullanımı için izin alınmasına gerek olmadığı belirtilmiştir)