

**T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**( YÜKSEK LİSANS TEZİ )**

**KRONİK HASTALIK BAKIMINI DEĞERLENDİRME  
ARACI'NIN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ**

**KÜBRA İNCİRKUŞ**

**DANIŞMAN  
PROF.DR. NURSEN Ö. NAHCIVAN**

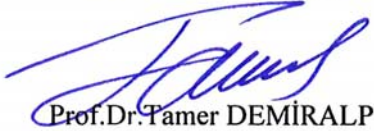
**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**İSTANBUL-2010**

## TEZ ONAYI

Aşağıda tanıtımı yapılan tez, jüri tarafından başarılı bulunarak Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

29 / 06 / 2010

  
Prof. Dr. Tamer DEMİRALP  
Müdür

Kurum : İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Program Adı : Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı  
Programın seviyesi : Yüksek Lisans  Doktora   
Anabilim Dalı : Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı  
Tez Sahibi : Kübra İncirkuş  
Tez Başlığı : “Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Aracının Geçerlik ve Güvenirliği”  
Sınav Yeri : Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu  
Sınav Tarihi : 16 / 06 / 2010

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) İmzası

1. Prof. Dr. Semra Erdoğan İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



2. Prof. Dr. Nursen Nahcivan ( Danışman) İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



3. Doç. Dr. M. Nihal Esin İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



4. Doç. Dr. Merdiye Şendir İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



5. Yard. Doç. Dr. Zeliha Tülek İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

**BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Kübra İNCİRKUŞ



## İTHAF

Karanlıkta ışığım, aydınlıkta güneşim olan “Aileme” ithaf ediyorum.

## TEŞEKKÜR

Tezimin yürütülmesinde gösterdiği emeğinden ve desteğinden dolayı değerli hocam Sayın Prof.Dr. Nursen Nahcivan'a, bilimsel katkılarından dolayı Sayın Prof.Dr. Semra Erdoğan'a, istatistik analizler sırasındaki yardımları ve danışmanlığından dolayı Sayın Araş.Gör.Dr. Meryem Öztürk'e, uzman görüşlerinde öneri ve değerlendirmeleri ile çalışmaya katkı sağlayan değerli hocalarıma, tezimin her aşamasında ve tüm hayatım boyunca desteğini benden esirgemeyen sevgili aileme, tez çalışmama katılımlarıyla destek sağlayan tüm hastalara ve sağlık çalışanlarına en içten saygı ve sevgilerimle teşekkürlerimi sunarım.

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	İİİ
BEYAN.....	İV
İTHAF.....	V
TEŞEKKÜR.....	VI
İÇİNDEKİLER .....	Vİİ
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ .....	X
ÖZET .....	Xİ
ABSTRACT.....	Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA .....	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	50
KAYNAKLAR .....	52
EKLER.....	61
ÖZGEÇMİŞ .....	74

## TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1: Ölçek Maddelerinin Madde Toplam Puan Korelasyonları	27
Tablo 4.2: Cronbach Alfa ve Alt Ölçek-Toplam Ölçek Korelasyonları	28
Tablo 4.3: Ölçeğin Test-Tekrar Test Korelasyonu	28
Tablo 4.4: Ölçeğin Faktör Modeli Yönünden İncelenmesi	29
Tablo 4.5: Ölçek Maddelerinin Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları	29
Tablo 4.6: Ölçeğin Uyumluluk Değerleri	31
Tablo 4.7: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	32
Tablo 4.8: Hastaların Gelir ve Sağlık Durumu Algılarının Dağılımı	33
Tablo 4.9: Hastaların Hastalık Özelliklerinin Dağılımı	34
Tablo 4.10: Hastaların İlaç Kullanma Durumuna İlişkin Bulgular	35
Tablo 4.11: Hastaların Sigara Kullanma Alışkanlığına İlişkin Bulgular	36
Tablo 4.12: Hastaların Sağlık Eğitimi Alma Durumuna İlişkin Bulgular	36
Tablo 4.13: Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği'nin Madde Puan Ortalamaları	37
Tablo 4.14: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Ölçek Madde Puan Ortalamaları	38
Tablo 4.15: Hastaların Gelir ve Sağlık Durumu Algısı İle Ölçek Madde Puan Ortalamalarının Korelasyonu	39
Tablo 4.16: Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Ölçek Madde Puan Ortalamaları	40
Tablo 4.17: Hastaların İlaç Kullanma Durumlarına Göre Ölçek Madde Puan Ortalamaları	41
Tablo 4.18: Hastaların Sağlık Eğitimi Alma Durumlarına Göre Ölçek Madde Puan Ortalamaları	42

**ŞEKİLLER LİSTESİ**

Şekil 2.1: Kronik Bakım Modeli	13
Şekil 4.1: Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi	30

## SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

- AGFI** (Adjusted Goodness of Fit Index): Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi
- CCI** (Commission on Chronic Illness): Kronik Hastalıklar Komisyonu
- CCM** (Chronic Care Model): Kronik Bakım Modeli
- CFI** (Comparative Fit Index): Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
- CVI** (Content Validity Index): Kapsam Geçerlik İndeksi
- EUROPEP** (European Patients Evaluate General/ Family Practice): Genel Uygulamalarda Hasta Değerlendirmesi
- EUROQOL** (European Quality of Life): Genel Sağlık Ölçeği
- GFI** (Goodness of Fit Index): Uyum İyiliği İndeksi
- ICIC** (Improving Chronic Illness Care): Kronik Hastalık Bakımını Geliştirme
- ICN** (International Council of Nurses): Uluslararası Hemşireler Konseyi
- IDF** (International Diabetes Federation):Uluslararası Diyabet Federasyonu
- KGİ**: Kapsam Geçerlik İndeksi
- KMO**: Kaiser-Meyer-Olkin
- KOAH**: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
- NNFI** (Non-Formed Fit Index): Biçimlendirilmemiş Uyum İndeksi
- PACIC** (Patient Assessment of Chronic Illness Care): Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği
- RMSEA** (Root Mean Square Error of Approximation): Tahminin Ortalama Karekök Hatası
- SD**: (Standart Deviation): Standart Sapma
- SRMR** (Standardized Root Mean Square Residual): Standart Temel Ortalama Düzeltmesi Sonucu
- WHO** (World Health Organization):Dünya Sağlık Örgütü
- $\alpha$** : Alfa katsayısı
- p**: İstatistiksel anlamlılık düzeyi
- r**: Korelasyon katsayısı

## ÖZET

İncirkuş, K. (2010) Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Aracı'nın Geçerlik ve Güvenirliği. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları sağlık bakım hizmetlerinin hastalar tarafından değerlendirilmesinde uygulaması kolay ve kısa bir ölçeğe duyulan ihtiyaçtan yola çıkılarak, “Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Aracı'nın (Patient Assessment of Chronic Illness Care-PACIC) Türkçe’de geçerlik ve güvenirligini belirlemeyi amaçlayan bu çalışma, *metodolojik* ve *tanımlayıcı* tiptedir. Çalışma kapsamında toplam 300 kronik hastalığı olan bireyle çalışılmıştır. Araştırmada 20 maddelik PACIC ve Görüşme Formu kullanılmıştır. Ölçeğin değerlendirilmesinde kapsam geçerliği, yapı geçerliği, iç tutarlık ve kronik hastalık bakımı puan ortalamaları kullanılmıştır.

Örneklemin çoğunluğu 40 yaş üstü (%94,6), kadın (%71,8), ilkokul mezunu (%48,7), hipertansif (%52,7) ve diyabetli (%39,7), ikinci hastalığı (%55,7) bulunmaktadır. Ölçeğin Kapsam Geçerlik İndeksi=0,85, madde toplam puan korelasyonları 0,46 ile 0,69 arasında ( $p=0,00$ ) ve - Cronbach alfa katsayısı ise 0,91’dir. 4-8 haftalık test-tekrar test korelasyonu oldukça yüksektir ( $r=0,93$ ). Doğrulayıcı ve açımlayıcı faktör analizleri ölçeğin 5 faktörlü yapıda olduğunu göstermiştir. Ölçek toplam puan ortalaması  $2,54\pm 0,9$ ’dur. Alt ölçeklerin ortalamaları sırasıyla; hasta katılımı  $2,57\pm 1,3$ ; karar verme desteği  $3,36\pm 1,1$ ; amaç belirleme  $2,39\pm 1,0$ ; problem çözme  $2,83\pm 1,3$ ; izlem  $1,94\pm 1,0$ ’dır. Ölçek ile “yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık sigortalı olma, gelir ve sağlık algısı, hastalık tipi ve sağlık eğitimi alma durumu” arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sonuç olarak, Türkçe-PACIC kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları sağlık bakım hizmetlerini değerlendirmek için kullanılacak Türk dilinde geçerli ve güvenilir bir araçtır. Farklı kronik hastalığı olanlarda denenmesi ve bakım kalitesinin artırılmasına yönelik çalışmalarda kullanılması önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** Kronik hastalık, kronik bakım modeli, geçerlik, güvenilirlik, PACIC.

## ABSTRACT

Incirkus, K. (2010). Validity and Reliability of the Patient Assessment of Chronic Illness Care Survey. İstanbul University, Institute of Health Science, Department of Public Health Nursing. Master Thesis. İstanbul.

There is a need for brief, simple instrument to evaluate chronic illness care by patient. The aim of this *methodological* and *descriptive study* was to translate and cultural adapt of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) Survey to Turkish. In this study, 300 patient having chronic illness were studied. The 20-item PACIC and Interview Form were used in survey. Content validity, construct validity, internal consistency and chronic illness care were used to evaluation of data.

Most of the sample were; over 40 age (%94,6), women (%71,8), primary school graduate (%48,7), hypertensive (%52,7) and diabetic (%39,7),having secondary illness (%55,7). Content Validity Index of instrument=0.85. Item-mean correlation was between 0,46 and 0,69 ( $p=0,00$ ), Cronbach alpha was 0,91. During the course of 4-8 weeks test-retest reliability was high ( $r=0,93$ ). The mean of overall scale was  $2,54\pm 0,9$  and means of subscales were; patient activation  $2,57\pm 1,3$ , decision support  $3,36\pm 1,1$ , goal setting  $2,39\pm 1,0$ , problem-solving  $2,83\pm 1,3$ , follow-up  $1,94\pm 1,0$ . Instrument was 5-scala structure after confirmatory and explanatory factor analysis. The Scale was correlated with age, education level, insurance status, perception of income and health status, chronic condition, status of taking the education about chronic illness.

In conclusion, Turkish-PACIC is a reliable and valid instrument to assess chronic illness care received by patient with chronic illness. Its use is encouraged in further research and quality improvement study in larger patient groups.

**Key Words:** Chronic illness, chronic care model, validity, reliability, PACIC.

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik hastalıklar üretken dönemi kapsayan 20-64 yaş grubunda ölümlerin önemli bir bölümünü oluşturmakta ve tüm dünya ülkelerinde giderek artmaktadır (Beaglehole ve ark. 2008; Bilir ve Subaşı 2006). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre dünyadaki ölümlerin %60'ı kronik hastalıklara bağlıdır ve bu ölümlerin %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir (ICN 2010; WHO 2008a). Bu oranın 2020 yılında %75'e yükselmesi beklenmektedir (WHO 2001). Dünyada olduğu gibi ülkemizde de nüfusun yaşlanması ve beklenen yaşam süresinin uzamasına paralel olarak hastalık yükü giderek artmakta ve bu hastalıkların büyük bir bölümünü kronik hastalıklar oluşturmaktadır (Mollahaliloğlu ve ark. 2007). Ülkemizde ölüme neden olan ilk 10 hastalıktan 7'sini kronik hastalıklar oluşturmaktadır (Ünüvar ve ark. 2006).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre kronik hastalıklar, kalıcı ve giderek artan hasara neden olan, geri dönüşü olmayan değişikliklere neden olan, uzun dönem gözetim, koruma, rehabilitasyon ve bakıma ihtiyacı olan durumlardır (WHO 2005). Başka bir tanımlamaya göre kronik hastalıklar, süregelen karakterli bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, tedavisi ileri uzmanlık gerektiren, komplikasyonları ölümcül seyredebilen veya sakatlığa yol açabilen, izlem ve tedavileri yüksek maliyetli hastalıklar olup birey, aile ve ülke ekonomisine büyük yük getirmektedir (Bilir ve Subaşı 2006; Bodenheimer ve ark. 2002b; Glasgow ve ark. 2001; ICN 2010).

Günümüzde kronik hastalıkların giderek yaygınlaşması kronik hastalık kontrolü ve toplum temelli hastalık yönetimi programlarının önemini ortaya koymaktadır (Cranston 2006; Davis ve ark. 1999). Kronik hastalıkların yönetimi, hastalığın tedavisinden daha fazlasıdır ve hastanın öz-yönetim becerisi kazanması için çeşitli eğitim öğretim yöntemleriyle hazırlanması ve güçlendirilmesini içerir (Beaglehole ve ark. 2008; Haskett 2006). Aynı zamanda yönetim stratejileri vasıtasıyla başlayan, kronik hastalığı takip eden alevlenmeleri azaltan bir fırsattır ve en önemli amacı hastaların sağlığını ve sağlık temelinde yaşam kalitesini geliştirmektir. Bu yolla çoğu kronik hastalık önlenebilir, başlangıcı ertelenebilir, erken hastalık döneminde tanımlanabilir (Bodenheimer ve ark. 2002a; Cranston 2006).

Kronik hastalık yönetimi için çeşitli modeller ileri sürülmesine rağmen en çok kullanılan, en iyi bilinen ve en etkili bulunanı Kronik Bakım Modeli'dir (Beaglehole ve

ark. 2008; Piatt ve Zgibor 2007). Kronik hastalık yönetiminde toplumsal ve ekonomik yükün giderek artması sonucunda bakımın kalitesini artırmak ve bakımın maliyetini azaltmak amacıyla bir rehber olarak bu model ortaya konmuştur (Bodenheimer ve ark. 2002a; Geyman 2007). Wagner ve arkadaşları tarafından tanımlanan modelin anahtar noktası sağlık bakım ekibi ile hasta arasında verimli bir etkileşimin olmasıdır (Bodenheimer ve ark. 2002a; Rothman ve Wagner 2003; Solberg ve ark. 2005). Model doğrultusunda hastalar rutin olarak tanınır, aktif katılımları ve ayrıntılı olarak bilgilendirilmeleri sağlanır, öz yönetim için desteklenir, en uygun tedavi ve izlem planlanarak, bakım sonuçlarında ve kalitesinde iyileşme, hasta memnuniyeti beklenir. Etkili bir hastalık ve davranış yönetimi için sağlık bakım ekibinin yeterli uzmanlık, deneyim, bilgi ve kaynaklara sahip olmaları gerekmektedir (Bodenheimer ve ark. 2002a; Rothman ve Wagner 2003).

Kronik hastalığı olan bireylere verilen bakımın değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalarda; kronik hastalığı olan bireylere verilen bakımın ve kalitesinin değerlendirilmesinin mümkün olduğu ancak bu konuda kullanılacak yeterli sayıda aracın olmadığı, yeni araçların geliştirilmesi veya geliştirilmiş olanların farklı alanlarda kullanımının sağlanması gerektiği belirtilmektedir (Aragones ve ark. 2008; Nutting ve ark. 2007; Wensing ve ark. 2008; Glasgow ve ark. 2005a; Glasgow ve ark. 2005b; Piatt ve ark. 2006; Schmittiel ve ark. 2007). Ülkemizde de bu konuda kullanılacak basit, kullanımı kolay ölçme araçlarına ihtiyaç duyulmaktadır. İlgili literatür incelendiğinde; hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyini ölçmede Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği (Akın ve Erdoğan 2007), hastaların bakış açısından bireyselleştirilmiş bakımın değerlendirilmesinde Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası (Acaroğlu ve ark. 2007), kronik hastalığı olan bireylerde yaşam kalitesinin belirlenmesinde EUROQOL (Kaya ve ark. 2007); hekimlerin sunduğu bakımın hastalar tarafından değerlendirilmesinde EUROPEP (Aktürk ve ark. 2002) gibi araçlar kullanılmaktadır. Ancak bu araçlar bakımın yalnızca hekim veya hemşirelik düzeyinde değerlendirilmesine izin vermektedir. Kronik bakım modeline dayalı olarak geliştirilen Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (Patient Assessment of Chronic Illness Care-PACIC) hastaların aldıkları bakımı kendilerinin değerlendirmesine olanak veren, sunulan bakımın hekim, hemşire ve diğer sağlık personeli boyutlarıyla ve ekip yaklaşımı doğrultusunda değerlendirilmesini içeren, uygulaması kolay, kısa bir ölçektir (Glasgow ve ark. 2005b). Kronik hastalık bakımının kalitesini değerlendirmek için model doğrultusunda geliştirilmiş hasta merkezli bir araçtır ve sağlık bakım ekibinin

kronik bakım modelini uygulamalarına entegre etmesine yardımcı olur (Aragones ve ark. 2008; Glasgow ve ark. 2005b). PACIC, sunulan bakımın düzenli kanıtlarının sağlanmasında, hasta perspektiflerini anlama ve birleştirmede, klinisyenlerin sundukları bakımı tanımlarken raporlandırımadaki potansiyel taraf tutmaların\hataların önlenmesinde önemlidir (Glasgow ve ark. 2005b). Ancak PACIC, ülkemizde henüz kullanılan ve bilinen bir araç değildir. Ülkemizde kullanımı için Türkçede geçerlik ve güvenilirliğinin yapılması ve Türk toplumuna uygun olup olmadığının kanıtlanması gerekmektedir.

Bu araştırmanın amacı; Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği'nin Türk dilinde geçerlik ve güvenilirliğini yapmak, kronik hastalığı olan bireylerin sağlık çalışanlarından aldıkları hizmetlerin özelliklerini incelemektir. Bu çalışmayla elde edilecek aracın, kronik hastalığı olan bireylere hizmet veren sağlık profesyonellerinin verdikleri bakımı değerlendirmelerine yardımcı olması, yol göstermesi ve kronik hastalığı olan bireylerin bakım kalitesinin artırılmasına yönelik çalışmalarda kullanılması hedeflenmiştir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. KRONİK HASTALIKLARIN TANIMI VE EPİDEMİYOLOJİSİ

Kronik hastalıklar, normal fizyolojik fonksiyonlarda yavaş ve ilerleyici bir sapmaya, geri dönüşümsüz değişikliklere neden olan, yaşamın uzun bir dönemini kapsayan, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektiren hastalıklardır (Özpancar ve Fesci 2008). Bir diğer tanıma göre kronik hastalıklar; uzun süren, bulaşıcı olmayan, kendiliğinden gerilemesi ve tamamen iyileşmesi mümkün olmayan, işlev bozukluğu ve sakatlığa yol açabilen hastalıklar olarak bilinmektedir (Demirağ 2009). Bilir'in çalışmasında (2006) belirttiği gibi Kronik Hastalıklar Komisyonu (CCI; Commission on Chronic Illness) kronik hastalıkları şu şekilde tanımlamıştır: “Genellikle tam iyileşmesi mümkün olmayan, sürekli, yavaş ilerleyen, çoğu kez kalıcı sakatlığa yol açan, oluşmasında sosyo-ekonomik, kişisel ve genetik etkenlerin rol oynadığı, çoğunlukla non-enfeksiyöz karakterde hastalıklardır.”

#### **Kronik hastalıkların genel özellikleri aşağıdaki gibi sıralanabilir:**

- Genellikle orta yasta başlar, ömür boyu sürer ve kalıcı bir sakatlık bırakır,
- Diğer kronik durumlara neden olabilir,
- Hastalığın oluşmasında birden fazla etken vardır, kişinin bu etkenlerle karşılaşma miktarı ve süresi hastalığın oluşmasında önemlidir,
- Zaman zaman iyileşme dönemine girse de tekrarlamalar hastalığı daha kötü duruma sokar,
- Etmenle karşılaşma ile hastalığın ortaya çıkması arasında geçen süre çok uzun olabilir,
- Kronik hastalıkla baş etme daha çok tıbbi sorun ile baş etmeyi gerektirir, tedavi rejimine bağlılık ve ısrar hastalığın kontrol altına alınmasında önemlidir,
- Hastalık süresince farklı evreler yaşanabildiği için evrenin farklı fizyolojik, psikolojik, sosyal sorunları ve farklı çözüm yolları vardır,
- Kronik hastalıklar bütün aileyi etkiler,

- Hastalığı olan birey ve aile baş etmede temel sorumluluğa sahiptir ve bu sorumluluk her geçen gün artar,
- Kronik hastalıklar ile baş etme, işbirliği gerektiren ve yaşayarak öğrenmeyi kapsayan bir süreçtir,
- Kronik hastalık ile yaşamak demek; hayatın belirsizliği, kararsızlığı ve değişkenliği demektir,
- Hastaların hastane ve toplum bakımına gereksinimi vardır,
- Tanı, tedavi ve rehabilitasyon için ekonomik desteğe çok fazla gereksinim vardır,
- Hastaların sık sık ve uzun süreli hastaneye yatmaları ve hastane enfeksiyon riskleri nedeniyle aile ve ülke ekonomisine de önemli yükler getirmektedir (Akdemir 2005; İrgil 2006; Metintaş ve ark. 2002).

Kronik hastalığa bağlı olarak fiziksel, zihinsel sınırlılıklar ve sakatlıklar bireyin bağımsızlığını azaltmakta, sağlığın algılanmasını ve sosyal etkinlikleri kısıtlamaktadır. Ayrıca kronik bir hastalığın varlığı, hastalıkla beraber yaşama süresini artırarak uyumu bozmakta, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Tüm bu değişiklikler nedeniyle de bireyin ve ailenin yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Kronik hastalıklar bireyin yaşamını hem olumsuz bir şekilde etkilemekte hem de bireye belli kurallara uyma ve belli bir yaşam tarzı geliştirme zorunluluğu getirmektedir (Akdemir 2005; Özpancar ve Fesci 2008). Kronik hastalığın süresi, hastanın yaşı, cinsiyeti, mesleği, eğitim durumu, medeni durumu, fiziksel çevresi, sosyal hizmet olanakları, ekonomik durumu, alabileceği kurumsal veya resmi destek hizmetleri, sosyal destek sistemleri (aile, komşu, akraba gibi), hastalığa uyum sürecinde ve hastalığın yarattığı sonuçlarda önemli etkileri olan faktörlerdir (Akdemir 2005).

Dünyada ve Türkiye’de kronik hastalıkların yaygınlaşması nedeniyle önemi giderek artmaktadır. Bulaşıcı hastalıkların azalmasının yanı sıra, tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler, erken yaşta ölümlerin azalması, yaşam süresinin uzaması, yaşlı nüfusun artması, hızlı kentleşme, sanayileşme, çevre kirliliği gibi çeşitli faktörlerin bu artışta etkisi bulunmaktadır (Akdemir 2005; Bilir 2006; Bilir ve Subaşı 2006). Ek olarak kronik hastalıklar uzun süreli hastalıklar olduğundan, seyrek görülen hastalıklar da olsa zaman içinde biriken hastalar nedeniyle kronik hastalığı olan kişilerin sayısı artmaktadır

(Bilir 2006). Bu duruma hastalıkla beraber diğer kronik durumların görülme sıklığını ve beklenen yaşam süresinin uzamasını da eklediğimizde, toplumumuzda birden fazla kronik hastalığı olan yaşlı nüfusun artması beklenmektedir (Akdemir 2005). Ayrıca değişen yaşam koşulları, stres ve diğer çevresel faktörlerin bu artışta rolü olduğu düşünülmektedir (Mollahaliloğlu ve ark. 2007). Kronik hastalıklar uzun yıllar sürdüğü için insanlar bu hastalıklarla, toplum da bu hastalarla birlikte yaşamak durumundadır. Bu durumda sağlık hizmetlerinin de toplumların değişen sosyo-demografik yapısına ve sağlık örüntüsüne göre düzenlenmesi gereği ortaya çıkmaktadır (Bilir 2006).

Çeşitli kaynaklara göre; kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser ve astım, KOAH gibi hastalıklar dünyada yaygın olan görülen başlıca kronik hastalıklardır (WHO 2009a; WHO 2009b; WHO 2009c; ICN 2010). Bu hastalıklar arasında kardiyovasküler hastalıklar dünyadaki ölümlerin birincil nedeni olarak belirtilmektedir. 2004 yılında 17,1 milyon insan kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle ölmüştür; bu oran tüm ölümlerin %29'unu oluşturmaktadır (ICN 2010; WHO 2009b). Aynı zamanda kardiyovasküler hastalıklar diyabet ölümlerinin en önemli nedenleridir ve tüm diyabet ölümlerinin yarısını oluşturmaktadır (ICN 2010; IDF 2001). Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF-International Diabetes Federation) günümüzde 245 milyondan fazla insanın diyabet hastası olduğunu ve gerekli önlemler alınmadığı takdirde bu sayının 20 yıl içinde 7 kat artacağını beklediğini, 2025 yılında sayının 380 milyon olacağını belirtmektedir. Her yıl ortalama 7 milyon kişi diyabetle tanışmaktadır (ICN 2010; IDF 2007). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre; dünyada 180 milyondan daha fazla kişi diyabet hastasıdır. Bu rakamın 2030 yılında iki katından daha fazla olacağı bildirilmektedir. 2005 yılında 1,1 milyon insan diyabetten öldüğü ve bu oranın gelecek 10 yılda %50'den daha fazla artacağı belirtilmektedir (ICN 2010; WHO 2009a). Özetle her 10 saniyede bir insan diyabetten ölmekte, her 10 saniyede iki kişi diyabet hastası olmaktadır (ICN 2010; IDF 2007). Bu hastalıklara ek olarak yaklaşık 300 milyon kişinin astım, 210 milyon kişinin KOAH hastası olduğu bildirilmektedir (ICN 2010; WHO 2009c).

Türkiye'deki kronik hastalık dağılımlarına baktığımızda 2004 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan Hastalık Yükü Çalışması'nda; ulusal düzeyde temel hastalık gruplarına göre kardiyovasküler hastalıklar (serebrovasküler hastalıklar dahil) %47,73'lük bir oran ile birinci sıradayken; onu %13,07 ile kanserler izlemekte; üçüncü sırada %8,84'lük oran ile HIV/AIDS hariç diğer enfeksiyon hastalıkları yer almaktadır. Solunum sistemi hastalıkları %7,95 ile dördüncü sırada iken, diyabet %2,22 ile

sekizinci sırada yer almaktadır (Ünüvar ve ark. 2006). Ölüme neden olan ilk 10 hastalık içerisinde 7 tanesi kronik hastalıklardır. Kardiyovasküler hastalıklar erkekte %20, kadında %18 oranında ve temel hastalık gruplarına göre hastalık yükünde birinci sırada yer almaktadır. Erkeklerde toplamda %34; kadınlarda %30 oranındaki hastalık yükünü kronik hastalıklar (kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, solunum sistemi hastalıkları) oluşturmaktadır (Ünüvar ve ark. 2006).

Ulusal düzeyde hastalık bilgisi sunan TEKHARF çalışmasına göre; kardiyak kökenli ölüm sebeplerinin dağılımında koroner hastalıklar %42 ile birinci sıradayken bunu %10 oranı ile serebrovasküler hastalıklar izlemektedir. Ülkemizde halen 5,2 milyon erkeğin, 6,6 milyon kadının hipertansiyon hastası olduğu tahmin edilmektedir. Diğer bir ifadeyle; 50 yaş ve üzeri her 10 erkekten 5'i, her 10 kadından 7'si hipertansiyon hastasıdır. 35 yaş ve üzeri nüfusun yaklaşık %11,3'üne karşılık gelen 3,3 milyon kişide diyabetin bulunduğu belirlenmiş, erkek ve kadın arasında anlamlı bir prevalans farkı görülmemiştir (Onat 2009).

Koşullar bu şekilde sürdüğü takdirde kronik hastalıkların, ileriki yıllarda bugün olduğundan daha fazla önem kazanacağı görülmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin planlanmasında bu noktanın dikkate alınması, kronik hastalıkların kontrolü çalışmalarının yanı sıra yaşlıların ve kronik hastalığı nedeniyle fonksiyonel kayıpları olan bireylerin bakımının sağlanması amacı ile düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Bu bağlamda halk sağlığı çalışanlarının araştırma öncelikleri bakımından; kronik hastalıkların ve yaşlılık sorunlarının sıklığı, topluma getirdiği yük gibi konulara yönelmesi uygun olacak; kronik hastalıkların nedenlerine yönelik araştırmalar yapılması ve elde edilecek sonuçlara göre koruyucu uygulamaların planlanması kolaylaşacaktır. Koruyucu çalışmalarda özellikle hasta bulma çalışmaları (tarama çalışmaları) önem taşır. Bu çalışmalar sonucunda bulunacak hastalara yönelik hizmetlerin planlanması, bu amaçla gereken insan gücünün yetiştirilmesi konuları da halk sağlığı alanında çalışanların daha fazla yönelmesi gereken konular olmalıdır (Bilir 2006).

## **2.2. KRONİK HASTALIK YÖNETİMİ**

Toplum temelli bir yaklaşım olan hastalık yönetimi kavramı; kronik hastalığı olan birey sayısındaki artış, kolay uygulanabilmesi ve ekip yaklaşımını vurgulaması gibi nedenlerle önemini giderek artırmaktadır (Cranston 2006; Davis ve ark. 1999). Kronik hastalıklarda tedavinin amacı; hastayı eski sağlığına kavuşturmak ya da iyileştirmek

değil, bireyin hastalığına ve tedavi programına uyumunu ve işbirliğini sağlamaktır (Özpancar ve Fesci 2008). Kronik hastalık yönetiminde ise; hastalığın tedavisinden çok hastanın öz-yönetim becerisi kazanması için çeşitli eğitim öğretim yöntemleriyle hazırlanmasına ve güçlendirilmesine odaklanılır (Beaglehole ve ark. 2008; Haskett 2006). Kronik hastalığı takip eden alevlenmeleri azaltan kronik hastalık yönetiminin en önemli amacı hastaların sağlığını ve sağlık temelinde yaşam kalitesini geliştirmektir. Bu yolla birçok kronik hastalığın önlenmesi sağlanabildiği gibi; hastalık başlangıcı ertelenebilmekte ve erken hastalık döneminde tanımlanabilmektedir.

Kronik hastalık yönetimi, sağlık bakım ortamında **korunma, erken tanılama** ve **pratik yönetim stratejilerinin** en iyi şekilde benimsenmesini içerir (Bodenheimer ve ark. 2002b; Cranston 2006). Kronik hastalıklardan **korunmada** hedef kitle genel toplumdur (Bilir 2006). Kronik hastalıklarda etken çok sayıda, çoğunluğu sosyal davranışlarla ilişkili ve karmaşık olduğu için hastalıkların önlenmesinde davranış ve yaşam biçimi değişikliğinin sağlanması gerekir (Akdemir 2005). Sağlıklı yaşam davranışları olarak bilinen; yeterli ve dengeli beslenme, sigara kullanmama ve düzenli olarak egzersiz yapılması gibi uygulamalar kronik hastalıklardan korunmada çok önemlidir. Bununla birlikte bu davranışlar kişilerin alışkanlıkları, kültür ve gelenekleri ile ilgili olduğu için davranış değişikliğinin meydana gelmesi kolay olmamaktadır. Ancak bu konuda çeşitli toplumsal çalışmalar yapılmış ve başarılı sonuçlar elde edilmiştir (Bilir 2006; Metintaş ve ark 2002).

**Erken tanı**, hastalığa ait klinik belirti ve bulguların ortaya çıkmasından önceki bir dönemde hastalığın saptanması anlamına gelir (Bilir 2006; Metintaş ve ark 2002). Akut hastalıklarda erken tanı uygulamalarının çok sınırlı olmasına karşılık kronik hastalıkların kontrolünde erken tanı büyük önem taşır. Hatta kronik hastalıkların çoğunda kontrol programlarının temeli erken tanı çalışmalarına dayalıdır. Kardiyovasküler hastalıklarda, kronik akciğer hastalığında, bazı kanserlerde ve diyabette başarılı erken tanı uygulamaları yapılmaktadır (Akdemir 2005; Bilir 2006). Hastalığın erken dönemde saptanması ile tedavinin başarı şansı artmakta, tedavi ve bakım maliyeti azalmakta, hasta ve ailesinin yaşam kalitesi ilerlemiş dönemde tanı konan hastalıklara göre çok daha olumlu yönde etkilenmektedir (Akdemir 2005).

Korunma ve erken tanı yapılamamış ve hastalık tanısı konmuş olan bireylerin hastalığın olumsuz etkilerinden korunmaları için çeşitli **yönetim stratejileri** kullanmaları gerekmektedir. Bu aşamada hastaların kendi hastalıkları ile birlikte

yaşamayı öğrenmesi ve hastalıkları ile uygun olan bir çalışma hayatına uyum sağlamalarını içeren rehabilitasyon kavramı öne çıkmaktadır (Bilir 2006). Kronik hastalıklar uzun süreli sağlık sorunu olduğundan ve hastalar yaşamları boyunca bu hastalıkla birlikte yaşamak durumunda olduklarından dolayı birey ve ailesi bu konularda özel olarak eğitilmeli ve hastalıkla birlikte yaşamaları sağlanmalıdır. Hasta bireylerin yaşam kalitesinin yükseltilmesi hastalık tanısı koyulduğu andan itibaren rehabilitasyonun başlatılması ile olasıdır (Akdemir 2005; Bilir 2006). Böylece kişi ekonomik, sosyal ve psikolojik gücünü yükseltecek; hastalığın ilerlemesi, güçsüzlük ve yetersizlik duygusunun doğurabileceği olumsuz sonuçlar önlenilecek, birey, aile ve toplumun sağlık düzeyleri güçlendirilecektir (Metintaş ve ark. 2002).

Etkili bir hastalık yönetimiyle; belirtilerin azaltılması, acil servis ihtiyacının ve hastaneye yatışların azaltılması, hastalığın fizyolojik ve psikolojik etkilerinin sınırlandırılması, bağımlılığın önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması sağlanabilmektedir (Demirağ 2009; Haskett 2006; İrgil 2006). Özellikle bakım verenler tarafından sunulan bakımın koordinasyonu ve sürekliliğini sağlamada, kronik hastalık bakımını geliştirmede, beklenen hasta sonuçlarını iyileştirmede ve bakımın maliyetlerini azaltmada önemli olan pratik bir sistemdir (Clark ve Gong 2000; Geyman 2007; Rothman ve Wagner 2003). Hastalık yönetimi çalışmalarında genel olarak; yaşam kalitesi, ilaç kullanım miktarı, hospitalizasyon, acile yatış sayısı, hastalığın ciddiyeti, test sonuçları, sakatlık durumu, ölüm oranı, maliyet etkililik gibi verilerde olumlu sonuçlar göstermiştir (Clark ve Gong 2000; Cranston 2006; Geyman 2007; Ornstein ve Jenkins 1999; Wang ve ark. 2008). İyi bir hastalık yönetimi ile acil servis gereksinimi ve hastaneye yatışlar azaltılacak, fiziksel ve ruhsal fonksiyonlarda iyileşme hızlanacaktır (Haskett 2006).

Hastalık yönetimi için; bir format doğrultusunda, öğretim metotları ve materyalleri kullanarak eğitim programları oluşturulur. Eğitimlerde hastaların akut durumlarında ihtiyaç duyacakları bilgi ve beceriler verilir, bireyin kendi fikir/davranış/tutumları ile eğitime aktif katılımı sağlanır. Bireylerin kendini gözlemesi, hedeflerini belirlemesi, kişisel kararlarını vermesi, emin hissetmesi, engelleri tanılaması, yeni davranış geliştirme yöntemlerini belirlemesi ve istenen sonuçlara ulaşması için fırsatlar verilir, ulaşılan sonuçlar (objektif/subjektif) değerlendirilir (Clark ve Gong 2000).

### 2.2.1. Kronik Hastalık Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Kronik hastalığı olan bireylerin sayısının giderek artmasıyla birlikte hastalık bakımı gerektiren kişi sayısı da artmaktadır (Haskett 2006; ICN 2010). Kronik hastalıklara karşı mücadelede hemşireler sadece hastalıklardan korunmada değil, dünyadaki milyonlarca kronik hastalığı olan bireylerin bakımında da önemli rol oynayabilirler (ICN 2010). Uluslararası Hemşireler Birliği'nin (ICN; International Council of Nurses) kaynağına göre; kronik bakım modeli ABD'de doktorlar tarafından geliştirildiği ve uygulamaya koyulduğu sırada hekim olan Bodenheimer tarafından, hemşirelerin hasta merkezli bakım ekibi içinde kronik bakım modelinin uygulanmasında anahtar kişi olduğu belirtilmiştir. Hastalarla daha iyi iletişim sağlayabilen hemşirelerle planlı bakım ziyaretleri model uygulamaları için son derece önemlidir. Hemşireler ekibin önemli bir üyesidir ve hastalarla doktorlardan daha fazla olumlu etkileşim kurabilmektedirler. Bu yüzden hemşireler dünya üzerindeki kronik hastalıkların yaygınlaşmasını önlemek için donanımlı olmak zorundadırlar (ICN 2010).

Hemşireler; kronik hastalığı olan bireylerin yaşamlarını sürdürmelerinde onları desteklemeli ve yardım etmelidir. Bunu yaparken onlara tüm problemlerini çözmek için değil; sağlık bakımında onlarla birlikte en iyi hemşirelik bakımını sağlamak ve gün gün hastalıklarını yönetebilmelerinde yardım etmek için bulunduğunu açıklamalıdır (Haskett 2006). Hemşire; amaç belirleme, plan yapma, problem çözme ve izlemi içeren etkili öz-yönetim desteği stratejilerini kullanabilmelidir. Bu doğrultuda ilk adım, değişim için hastanın ilgi ve istekliliğinin seviyesini değerlendirmektir. İkinci olarak hemşire, hastanın değişikliği yapmada özgüvenini sorgulamalıdır. Sonunda hastanın ilgi ve güven düzeyine uygun olarak gerçekçi ve özel hedefler belirlemesine yardımcı olmalıdır (Haskett 2006).

Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) 2010 yılında kronik hastalık bakımında hemşirenin önemini vurgulayan bir tema yayınlamıştır (ICN 2010). Hemşireler kronik hastalıkların yönetiminde gittikçe daha fazla lider rolündedirler (Haskett 2006; ICN 2010). Dünyadaki yaklaşık 13 milyon hemşire; bireylerin sağlıklarını geliştirme ve iyileşme ve kronik hastalık gelişiminin olasılığını azaltmada sağlıklı beslenme, uygun egzersiz, alkol kullanımı, sigara içme gibi davranışların bireylere kazandırılmasında kişisel bir sorumluluk almalıdır. Her hemşire birey, aile ve toplumda daha sağlıklı yaşam biçimleri sağlamada rol model, eğitici ve değişim ajanı olarak faaliyet göstermelidir. Hemşireler bakım uygulamalarının ön sıralarında yer alır; bilgiyi ve hasta eğitimini

sağlar; hastalar, bakım vericiler ve toplumla iletişimi kurar; bakımın sürekliliğini sağlar; bakım sağlanmasında ilerleme için teknolojiyi kullanır; uzun süreli tedavilerde bağlılığı destekler; işbirlikçi uygulamayı sağlar. Eğitimli ve istekli hemşireler ve toplumlar; sağlıkta, sosyal politikalarda büyük değişiklikler için önemli katkılarda bulunacaktır (ICN 2010). Hemşireler; bireyin sorunlarına göre eğitim, danışmanlık ve rehabilitasyon planlamaları yapmalıdırlar (Akdemir 2005).

Akdemir (2005), hemşirenin birey ve aileyi kapsayacak biçimde eğitim ve danışmanlık hizmeti sunması gerektiğini, kronik hastalığı olan bireylerin çok çeşitli, karmaşık ve sürekli sorunları bulunduğu için hemşirenin hastasını çok yönlü ve ailesi ile bir bütün olarak değerlendirerek bakım gereksinimlerini belirlemesi gerektiğine işaret etmektedir. Bu yolla özellikle korunmaya yönelik verilen hizmetler ile pahalı hastane hizmetine gereksinim önlenmiş olacaktır. Hemşireler:

- Öncelikle hastalığın ortaya çıkmasını önleme,
- Semptomları önleme ve kontrol altına alma,
- Yetersizlikleri önleme, yetersizlik durumunda uyum ve kontrolü sağlama,
- Kriz dönemlerini ve komplikasyonları önleme,
- Hastalığın düzene girmesini sağlama,
- Bireysel değerler ve aile fonksiyonlarını koruma,
- Fonksiyon kayıplarına, birey kimliğini tehdit eden durumlara uyumu sağlama,
- Birey ve aile hayatını olabildiğince normal sürdürme,
- Yalnızlık, sosyal izolasyon ile baş etme,
- Destek için iletişim ağı, sistemleri ve kaynakları harekete geçirme,
- Akut dönemden sonra başarılı şekilde normal yaşama dönüşü sağlama,
- Rahat ve onurlu biçimde ölme konularını dikkate almak durumundadır (Akdemir

2005). Sonuç olarak; hemşireler kronik hastalık yönetiminde anahtar rodedir ve tüm potansiyellerini kullanabilmeleri için gerekli bilgi, beceri ve donanıma sahip olmalıdırlar (ICN 2010).

### **2.2.2. Kronik Bakım Modeli (The Chronic Care Model-CCM)**

Kronik hastalık yönetimi için çeşitli modeller ileri sürülmesine rağmen en çok kullanılan, en iyi bilinen ve en etkili bulunanı Kronik Bakım Modeli'dir (Beaglehole ve ark. 2008). Günümüzde kronik hastalık yönetimi konusunda en yaygın olarak kullanılan modeldir (Piatt ve Zgibor 2007). Kronik hastalık bakımında toplumsal ve ekonomik yükün

giderek artması sonucunda bakımın kalitesini artırmak ve bakımın maliyeti azaltmak amacıyla bir rehber olarak bu model ortaya konmuştur (Bodenheimer ve ark. 2002b; Geyman 2007).

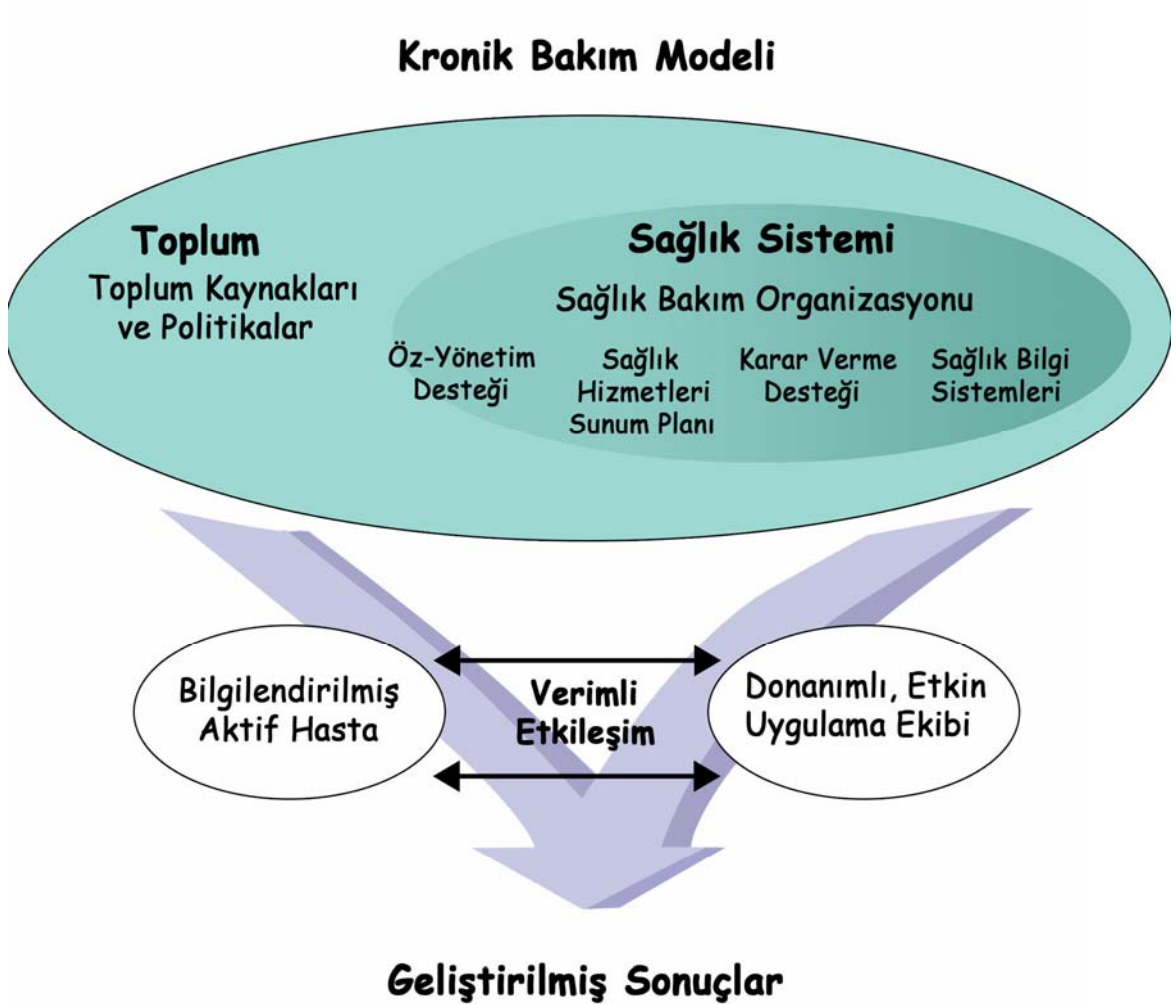
Wagner ve arkadaşları tarafından tanımlanan modelin anahtar noktası, donanımlı sağlık bakım ekibi ile bilgili, aktif hasta arasında verimli bir etkileşimin olmasıdır (Bodenheimer ve ark. 2002a; Hung ve ark. 2007; ICIC 2007; ICN 2010; Rothman ve Wagner 2003; Solberg ve ark. 2005; Wagner ve ark. 2001). Buradaki faydalı kelimesi, kronik hastalık bakımında kanıta dayalı çalışmaların sistematik yolla uygulanması ve hasta ihtiyaçlarının karşılanmasını kapsar (ICIC 2007). Bu etkileşim ile hastanın tanılanması, sürekli olarak değerlendirilmesi, öz-yönetim desteğinin sağlanması, tedavisinin düzenlenmesi, düzenli izlemi sağlanabilecektir. Ayrıca etkileşimler için hastalarla sürekli yüz yüze görüşme gerekmemekte; bilgisayar veya telefon kullanarak da etkin izlem sağlanabilmektedir (Wagner ve ark. 2001; ICIC 2007). Özetle; bilgi, beceri ve güven ile motive edilmiş “hasta” ile hasta bilgisi, zaman, donanım ve uzmanlığa sahip olan “uygulama ekibi” mevcut kaynakları kullanarak yüksek kalitede bakım için etkili kararlar verebilecek ve kronik hastalık bakımını etkili olarak yönetebilecektir (ICN 2010; Wagner ve ark. 2001).

Birinci basamak bakımını ön plana çıkaran model doğrultusunda; hastalar rutin olarak tanılanır, aktif katılımları ve bilgilendirilmeleri sağlanır, öz yönetim için desteklenir, en uygun tedavi ve izlem planlanır. Bunun sonucunda; bakım sonuçlarında ve kalitesinde iyileşme, hastanın memnuniyeti ve bakımına aktif olarak katılımı beklenir. Etkili bir hastalık ve davranış yönetimi için sağlık bakım ekibinin yeterli uzmanlık, deneyim, bilgi ve kaynaklara sahip olmaları, mevcut kaynakları yerinde kullanabilmeleri ve verimli etkileşimi teşvik eden iletişim sistemini oluşturabilmeleri gerekmektedir (Bodenheimer ve ark. 2002a; Rothman ve Wagner 2003).

Kronik bakım modeli çalışmaları geniş bir alanı kapsamaktadır. Model; sigara kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik gibi önemli sağlık risk davranışlarını önleme ve kronik hastalıklardan korunmada kullanılmış ve olumlu sonuçlar elde edilmiştir (Glasgow ve ark. 2001; Hung ve ark. 2007). Ayrıca kronik hastalıklarla beraber görülen depresyonların bakımında (Mcevoy ve Barnes 2007), kronik obstrüktif akciğer hastalıkları (KOA) hastalarında koruma ve hastalık yönetiminin sağlanmasında (Adams ve ark. 2007), sigara kullanımının tanılanması ve davranış değişiminde (Carlini ve ark. 2009), artritli hastaların bakımının planlanmasında (Rosemann ve

ark. 2008) kullanılmıştır. Modelin astım, diyabet, depresyon, kalp hastalıkları, artrit ve konjestif kalp yetmezliği gibi hastalıklarda maliyet-etkin sonuçları olduğu, acile/hastaneye yatışları azalttığı, yaşam kalitesini ve hasta memnuniyetini olumlu olarak etkilediği bulunmuştur (Bodenheimer ve ark. 2002a; 2002b; Geyman 2007; Rothman ve Wagner 2003; Wagner 2004).

Model genel olarak altı temel ögeyi tanımlamaktadır (Şekil 1). Bunlar; toplum kaynakları ve yasaları, karar verme desteği, sağlık bakım organizasyonu, öz-yönetim desteği, sağlık hizmetleri sunum planı, sağlık bilgi sistemidir (Bodenheimer ve ark. 2002a; Beaglehole ve ark. 2008; Solberg ve ark. 2005). Bütün dünyada bu altı ögenin uygulanmasında hemşireler büyük rol oynar (ICN 2010).



Şekil 2.1: Kronik Bakım Modeli (ICIC 2006).

**2.2.2.a. Toplum Kaynakları ve Politikalar (Community Resources and Policies):** Toplum kaynakları ile sağlık bakım sistemleri arasındaki ortaklığı ifade eder (Bonomi ve ark. 2002). Diğer bir ifadeyle hasta ihtiyaçlarının karşılanmasında toplum kaynaklarının harekete geçirilmesidir (ICIC 2007). Kronik bakım modeli, kaynaklar ve sayısız politikalar ile birlikte toplumu; ödeme yapıları ve hizmet örgütlenmesi ile birlikte sağlık sistemini kapsar (Piatt ve Zgibor 2007). Kronik hastalık bakımının geliştirilmesi için toplum temelli kaynaklara, politikalara ve toplum temelli bağlantılara ihtiyaç duyulmaktadır. Toplum kaynaklarına örnek olarak; araştırma programları, öz-yardım grupları, destek grupları, toplum bağlantıları (örneğin hasta eğitim sınıfları veya evde bakım hizmetlerinin organize edilmesini sağlayan vaka yöneticileri), eğitim hemşireleri, diyetisyenler, egzersiz programları verilebilir (Bodenheimer ve ark. 2002a; ICIC 2007; Wagner 2000).

**2.2.2.b. Sağlık Bakım Organizasyonu (Organization of Health Care):** Daha iyi bir kronik hastalık bakımı için ölçülebilir amaç-hedefleri içeren programların planlamasıdır (Barr ve ark. 2003). Güvenli ve yüksek kalitede bakımı gerçekleştirme kültürü, organizasyonu ve mekanizmaları yaratmaktır (ICIC 2007). Kronik hastalık bakımının özellikle güçlü liderler tarafından desteklenmesini içerir (Bonomi ve ark. 2002). Sağlık bakım yönetiminin amaçlarının ve liderlerinin belirlenmesi yenilik ve gelişim sağlamada öncelikli adımlardır. Belirlenen liderlerin kronik hastalığı olan bireylerin bakımını geliştirmede motivasyonlarının ve yeteneklerinin artırılması gerekmektedir (Landon ve ark. 2007). Liderlerin yanı sıra uygun liderlik rollerinin tüm organizasyona, özellikle de hizmet sağlayıcılara, adapte edilmesi de gerekmektedir. Bakım sağlayıcı organizasyonun geri ödeme olanakları kronik bakımın iyileştirilmesi üzerinde büyük bir etkisi vardır. Kronik bakıma gereken iyileştirme yapılırsa bakım masrafları da azalacaktır. Bu öge modelin diğer 4 ögesinin temelini oluşturur (Bodenheimer ve ark. 2002a; 2002b; Hung ve ark. 2007; ICN 2010). Bu öge aynı zamanda; bakım altyapı sistemlerinin planlanmasını, kaynakların maliyet etkin kullanılmasını ve yönetimini sağlamayı, kalite geliştirme çalışmalarını, organizasyonlar arasında koordinasyonun sağlanmasını, politika yapma ve hizmet planlamayı, etkili gelişim stratejilerinin belirlenmesini içermektedir (ICIC 2007; ICN 2010). Örnek olarak; liderler tarafından gelişmelerin desteklenmesi, bakım sağlayıcıların motivasyonu verilebilir (Barr ve ark. 2003; Landon ve ark. 2007).

**2.2.2.c. Sağlık Hizmetleri Sunum Planı (Delivery System Design):** Sağlık bakım ekibinin rollerinin açık ve net olarak tanımlanmasını içerir (Barr ve ark. 2003). Bu doğrultuda etkili hizmet sunumu, verimli klinik bakım ve öz-yönetim desteğini temin etme gibi uygulamalardan oluşmaktadır (ICIC 2007). Kronik hastalık bakım uygulamalarında, planlanmış hastalık yönetiminden akut bakıma kadar sağlık bakım ekibinin işgücü açık olarak düzenlenmelidir (Bodenheimer ve ark. 2002a; 2002b). Bu düzenlemede; tedavinin düzenlenmesinde beceri sahibi olan hemşire ve eczacı gibi hekim dışı sağlık bakım üyelerinin kullanımı kronik hastalık bakımının önemli bir parçasını oluşturmaktadır. (ICIC 2007; Landon ve ark. 2007; Rothman ve Wagner 2003; Wagner 2000). Ekipte vaka yöneticisi olarak hemşirelerin yer alması önemlidir (Bonomi ve ark. 2002; Epping-Jordan ve ark. 2004; Solberg ve ark. 2005; Wagner ve ark. 2001). Vaka yöneticisi olan hemşire; hastayı hastalığına göre sağlık kayıtlarına dahil eder, diğer ekip üyeleriyle (tıbbi uzman, diğer hemşireler, klinik eczacı, sosyal destek uzmanı, yardımcı sağlık çalışanları) iletişime geçer, temel tanılamayı yapar, semptomları takip eder, ilaç etkilerini tanılar, tedavinin eksikliklerini ve hasta sorunlarını belirler, öz yönetim desteğini başlatır ve devamı için hastayı destekler, her ziyaretten sonra hastanın istek ve ihtiyaçlarını belirler, telefonla ve ziyaretlerle (izlem) bakımın sürekliliğini sağlar (Solberg ve ark. 2005; Wagner 2000) Etkili bir vaka yönetimi için hemşirenin beceri ve yeterli eğitime sahip olması, diğer ekip üyeleriyle işbirliği ve olumlu bir iletişim içinde olması gerekmektedir (Wagner 2000). Sonuç olarak; planlı hasta ziyaretleri ve düzenli izlemler, değişen rollerin belirlenmesi, uygulama ekibinin organizasyonu bakım uygulamalarının yeniden dizaynının önemli bir parçasıdır (Bodenheimer ve ark. 2002a; Bonomi ve ark. 2002; Landon ve ark. 2007).

**2.2.2.d. Öz-Yönetim Desteği (Self-Management Support):** Öz yönetim; kişinin bir görevi uygun şekilde yönetmesi için gözlemlene, kararlar alma, gerçekçi tepkiler verme sürecidir (Clark ve Gong 2000). Kronik hastalıklarda hastalar kendi bakımlarında öncelikli kişilerdir. İnsanlar uzun yıllar kronik hastalıkla yaşadıkları için hastalıkların yönetimi öğretilmelidir. Hastalık yönetiminin önemli parçaları olan; diyet yapma, egzersiz, ölçümler (glukometre kullanımı, kan basıncı ölçümü) ve ilaç kullanımı hastanın direkt kontrolünün altındadır. Öz yönetim desteği, hastalar ve ailelerinin işbirliği ile onlara hastalıklarını yönetme güveni ve becerisi kazandırmayı, öz-bakımlarını gerçekleştirmede kaynak sağlamayı, işbirliği içinde karar vermeyi

desteklemeyi, rutin problemleri ve becerileri tanımlamada yardımcı olmayı içerir. Bu doğrultuda kendi bakımının yöneticisi olan hastaya düzenli olarak bilgi verilerek ve psikososyal yönden destekleyerek bakımlarına aktif katılımları sağlanır, daha sonra düzenli izlemlerle hastanın eksiklikleri varsa düzenlenir. (Bodenheimer ve ark. 2002a; Barr ve ark. 2003; ICIC 2007; Landon ve ark. 2007; Wagner 2000). Öz-yönetim desteği bakımın ve sonuçların geliştirilmesinde merkezdedir ve araştırmalar çoğu kronik hastalıkta en üst düzeyde sonuçların sağlanmasında gerekli olduğunu kabul etmektedir. Uzun dönemdeki faydaları için hasta ve profesyoneller arasında sürekli bir etkileşim gerekmektedir (Epping-Jordan ve ark. 2004; ICIC 2007). Öz-yönetim çabalarını destekleyen stratejileri test etmenin en iyi yolunun 5A (PACIC 5A) ölçümü olduğu belirtilmektedir (ICIC 2007).

**2.2.2.e. Karar Verme Desteği (Decision Support):** Hasta öncelikleri ve bilimsel kanıtlar doğrultusunda klinik bakımı geliştirmektir (ICIC 2007). Optimal bakım için günlük uygulamalara entegre edilebilecek standartları sağlama esas noktasıdır. Karar vermede ideal olan uzaktan sade bir telefon çağrısıdır ve her zaman yoğun uzmanlık gerektirmeyen bir boyuttur (Bodenheimer ve ark. 2002a). Hasta ve bakım sağlayıcılar arasındaki etkileşimlerde kanıta dayalı protokoller, destekleyici eğitimler ve klinik uygulama rehberleri kullanılmalıdır. Uzmanların sağlık ekibi içerisinde entegrasyonunu sağlama, rehberlik ve danışmanlığı önemlidir (Bonomi ve ark. 2002; Hung ve ark. 2007; ICN 2010; Landon ve ark. 2007; Tsai ve ark. 2005).

**2.2.2.f. Sağlık Bilgi Sistemleri (Clinical Information Systems):** Etkili ve verimli bakımı kolaylaştırmada bireysel hasta ve hasta popülasyonu hakkında zamanında ve yararlı veriyi sağlayan, organize eden bir sistemdir (Epping-Jordan ve ark. 2004; ICIC 2007). Kronik bakım modelinin merkezi bir özelliği olan kayıtlar, bir organizasyonun veya doktor listesindeki özel kronik bir durumu olan bütün hastaların listeleridir. Örneğin şeker hastalığında; hastalıkların uluslararası sınıflandırmasının olduğu bir veri, çeşitli kodlar (ICD-9 gibi), reçeteler veya laboratuvar test sonuçları sayılabilir. Kayıtların özellikle bilgisayar ortamında toplanması ve yeni teknolojilerin kullanılması önerilmektedir (Bonomi ve ark. 2002; Bodenheimer ve ark. 2002a; Epping-Jordan ve ark. 2004; ICN 2010).

Hasta kayıtlarında bilgisayar destekli veritabanı, elde hazırlananlara göre daha kolay erişim ve sorgulama olanağı sağlar (Haskett 2006). Örneğin; bakımda elektronik

veri tabanının kullanılması ile diyabetli bir hasta veya hemşire kolayca laboratuvar sonuçlarına, hasta kilosuna, kan basıncı değerlerine, koruyucu ölçümlere, öz-yönetim hedeflerine bir bilgisayar ekranından ulaşabilecektir (Haskett 2006).

Bilgisayara geçirilen bilginin, 4 önemli rolü vardır:

1. Bakım ekibi için esas noktalarıyla pratik anımsatıcı sistemlerdir,
2. Lipit düzeyi, kan basıncı değerleri, HbA1c düzeyleri gibi kronik hastalık ölçülerinde geri bildirim sağlar,
3. Bireysel hasta bakımını ve toplum temelli bakımı planlamak için kayıt sağlar.
4. Hasta ve sağlık bakım ekibi arasında iletişimi sağlar (Bodenheimer ve ark. 2002a).

Kronik bakım modelinin 6 bileşeni birbirine bağlıdır ve birbiri üzerine inşa edilmektedir. Örneğin; sağlık hizmetleri sunumunun planlanması ile bakım ekibinin işbölümü paylaşımı öz yönetimi öğrenmede gereklidir; çünkü doktorların bu uygulamalar için uygun şekilde eğitim almaya zamanları olmayabilir. Kronik hastalık kayıtlarının başarılı olması için, sağlık hizmetlerinin sunumunu tekrar tasarlamak zorunludur, bundan dolayı primer bakım ekibinin bir üyesi kayıt işlemleriyle çalışmadan sorumlu olmalıdır (Bodenheimer ve ark. 2002a).

Kronik bakım modeli öğelerini; yeniliği destekleyen liderlik, yeterli finansal destek, olumlu bir organizasyon çevresi olmadan sürdürmek olanaksızdır. Kronik bakım modeli esas olarak; bilgili, hazır, aktif ve istekli hastanın donanımlı bakım ekibiyle etkileşimini ve bu etkileşim sonucunda bakım kalitesi ile memnuniyette artış olmasını hedefler (Beaglehole ve ark. 2008; Bodenheimer ve ark. 2002a).

### **2.3. KRONİK HASTALIK BAKIMINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (Patient Assessment Of Chronic Illness Care -PACIC)**

PACIC, kronik bakım modeline dayalı olarak 2005 yılında Glasgow ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Glasgow ve ark. 2005b). Kronik hastalığı olan bireylere sunulan bakım ve hizmetlerin, hastalar tarafından değerlendirilmesini sağlayan bir araçtır. Hasta merkezli bakımın kalitesini ölçer, uygulaması kolay ve özet bir ölçektir (Glasgow ve ark. 2005b). Glasgow ve arkadaşlarına (2005b) göre; hasta güçlendirme, katılımını sağlama, otonomi sağlama ile ilgili çeşitli ölçüm araçları bulunmakla birlikte bu araçlar kronik hastalığa özgü değildir. Yapılan çalışmalar

PACIC'in kronik hastalıkların bakımının değerlendirilmesinde uygun bir araç olduğunu belirtmektedir (Aragones ve ark. 2008; Nutting ve ark. 2007; Wensing ve ark. 2008; Glasgow ve ark. 2005b; Piatt ve ark. 2006; Rosemann ve ark. 2007; Schmittiel ve ark. 2007). Kronik bakım modelinin temel 6 ögesi doğrultusunda oluşturulan PACIC, 20 maddeden ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar:

**1. Hasta Katılımı (Patient Activation):** Karar vermede hasta verisi ve kapsamını belirleme faaliyetleridir.

**2. Sağlık Hizmetleri Sunum Planı\Karar Verme Desteği (Delivery System Design\Decision Support):** Hastaların bakımları hakkındaki görüşlerini artırmak için bilgi sağlama ve bakımı organize etme faaliyetleridir.

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

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

**5. İzlem\Koordinasyon (Follow-up\Coordination):** Ofis temelli bakımı sağlamak, güçlendirmek, gelişmiş koordineli bakımı belirlemek için hastalarla verimli ilişkiler düzenlemektir (Glasgow ve ark. 2005b).

Alt boyutlar kronik bakım modelinin 6 ögesini tam olarak karşılayamamaktadır; çünkü “Sağlık Bilgi Sistemleri”, “Sağlık Bakım Organizasyonu” gibi ögelerin hastalar tarafından raporlandırılmayacağı belirtilmektedir. “Sağlık Hizmetleri Sunum Planı\Karar Verme Desteği” birleştirilerek adı geçen iki model ögesini; “Hasta Katılımı”, “Amaç Belirleme” ve “Problem Çözme” ise öz-yönetim desteğini göstermektedir. Ölçek tarafından sorgulanan “İzlem\Koordinasyon” tüm model bileşenleri için önemli bir alt boyuttur (Glasgow ve ark. 2005b).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TASARIM TİPİ

Bu araştırmanın ana amacı, kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımın değerlendirilmesinde kullanılan “Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği'nin” (PACIC) Türk dilinde geçerlik ve güvenilirliğini yapmaktır. Ayrıca bu çalışma ile kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakım hizmetlerini ve ilişkili faktörleri tanımlayarak, kronik hastalık bakım hizmetlerinin geliştirilmesine katkıda bulunmak hedeflenmiştir. Bu araştırma **metodolojik ve tanımlayıcı tipte** tasarlanmıştır.

Araştırma kapsamında yanıt aranan başlıca sorular şunlardır:

- Uyarlanan ölçek maddeleri orjinal ölçekteki maddelerin anlamını aynen veriyor mu?
- Ölçek maddelerinin güvenilirliği (iç tutarlılığı) yeterince yüksek mi?
- Ölçek puanlarının zaman içindeki değişmezliği beklenen düzeyde mi?
- Uyarlanan ölçeğin faktör yapısı orjinal ölçeğe benziyor mu?
- Ölçek maddelerinin faktör yükü yeterince yüksek ve anlamlı mı?

#### 3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ, EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma İstanbul'da Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin genel dahiliye, diyabet, hipertansiyon ve solunum hastalıkları polikliniklerinde ve kronik hastalığı olan bireylere ayaktan tedavi hizmeti veren özel bir tıp merkezi olan Suadiye Tıp Merkezi'nin genel dahiliye polikliniğinde Şubat-Nisan 2010 tarihleri arasında uygulanmıştır. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, hasta yoğunluğunun çok olduğu bir hastanedir ve farklı sosyo kültürel özellikte insanların yaşadığı, nüfusun hareketli olduğu bir bölgede bulunmaktadır. Suadiye Tıp Merkezi, genelde sosyo ekonomik düzeyi iyi olan kesimin yaşadığı bir bölgede bulunmakla beraber kronik hastalık yönetimi uygulamalarına önem veren bir sağlık kuruluşunun ayaktan, birinci basamak sağlık hizmetleri sunan bir şubesidir. Bu özellikler veri toplama alanlarının seçiminde yol gösterici olmuştur. Araştırma kapsamında verilerin %88'i (263) Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden, %12'si (37) Suadiye Tıp Merkezi'nden toplanmıştır.

**Örneklem Seçim Kriterleri:** Araştırma örneklemini ilgili kurumlardan hizmet almak için gelen;

-6 ay ve daha uzun süredir kronik hastalığı olan,

-18 yaş ve üzerinde olan,

-Araştırmaya engel olacak işitme-görme ve zihinsel problemi bulunmayan bireyler oluşturmuştur.

**Örneklem Büyüklüğü:** Metodolojik araştırmalarda örneklem hacminin hesaplanmasında, ölçek madde sayısının 5-10 kat büyüklüğünün dikkate alınması gerektiği belirtilmektedir (Burns ve Grove 1997; Talbot 1995; Yurdugül 2005). Bu çalışmada yer alan bağımlı ve bağımsız değişken sayısı dikkate alınarak örneklem büyüklüğü toplam 300 kişi olarak hesaplanmıştır.

**Örneklem Seçimi:** Araştırmanın örneklemini Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Özel Suadiye Tıp Merkezi'nde kronik hastalıkları nedeniyle muayeneye gelen, ilgili örneklem kriterlerini taşıyan kronik hastalığı olan bireyler arasından olasılıksız örnekleme ile seçilmiştir.

### 3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

#### 3.3.1. KRONİK HASTALIK BAKIMINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ-HASTA FORMU (Patient Assessment Of Chronic Illness Care -PACIC)

Glasgow ve arkadaşları tarafından 2005 yılında geliştirilen 20 maddelik araç, kronik bakım modeli doğrultusunda oluşturulmuştur (Glasgow ve ark. 2005b). Hasta bireylerin kendi-kendilerini değerlendirmelerine izin veren PACIC, uygulaması kolay ve kısa bir araçtır. Aynı zamanda kronik hastalara sunulan bakımın kalitesi hakkında da bilgi verdiği belirtilmektedir (Aragones ve ark. 2008; Glasgow ve ark. 2005b). PACIC, 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; hasta katılımı (1–3.maddeler), karar verme desteği (4–6.maddeler), amaç belirleme (7–11. maddeler), problem çözme (12–15.maddeler), izlem\koordinasyondur (16–20.maddeler) (Glasgow ve ark. 2005b; Glasgow ve ark. 2005a).

Ölçeğin çeşitli dillerde diyabet, artrit, astım, hipertansiyon, kronik ağrı, konjestif kalp yetmezliği gibi hastalıklarda bakımın kalitesini değerlendirmede uygun bir araç olduğu saptanmıştır (Aragones ve ark. 2008; Glasgow ve ark. 2005a; Glasgow ve ark. 2005b; Nutting

ve ark. 2007; Piatt ve ark. 2006; Rosemann ve ark. 2007; Schmittiel ve ark. 2007; Wensing ve ark. 2008).

Orijinal aracın geliştirilme aşamasındaki geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonuçlarına göre; iç tutarlık için aracın genel Cronbach Alpha katsayısı 0.93 iken alt ölçeklerin katsayısı ortalama 0.84 olup, 0.77 ile 0.90 arasında değişen değerlerdedir. Test-tekrar test güvenilirlik katsayısı 0.58 olarak belirtilmektedir. Doğrulayıcı faktör analizinde sadece 3 madde 0.70'in altında (0.50–0.70 arasında) iken, diğer maddeler 0.80 ve üzerinde değer almıştır, sonuç olarak tüm maddelerin alt ölçeklerde yüksek uygunluk taşıdığı görülmüştür. Kovaryant geçerlik için PACIC ve alt skalaları ile birinci basamak bakımı ve hasta katılımını ölçen ölçeklerle karşılaştırması yapılmış ve sonuçlar genel olarak uyumlu bulunmuştur (Glasgow ve ark. 2005b).

Ölçeğin skorlanması; her bir alt boyut, o alt boyutun içinde tanımlanan maddelerin basit ortalaması ile puanlanır ve aracın tamamı 20 maddenin tümünün ortalama puanı ile hesaplanır. Araç toplam puanı ve her bir alt boyut puanı 1'den 5'e (1=Hiçbir Zaman, 2= Nadiren, 3=Bazen, 4=Çoğu Zaman, 5=Her Zaman) kadar sıralanan 5'li bir ölçekle puanlanarak hesaplanır (Glasgow ve ark. 2005b). Ölçek puanlarındaki artış; kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin yüksek olduğunu gösterdiği belirtilmektedir (Rosemann ve ark. 2007). Ölçeğin Türkçe'ye çevrilmiş son hali ile orijinal formu EK 2 ve EK 3'te sunulmuştur.

### 3.3.2. GÖRÜŞME FORMU

Bu form bireylere özgü sosyo-demografik özellikler ile kronik hastalığa yönelik bilgi ve uygulamaları tanımlayan 21 sorudan oluşmaktadır (EK 1). Form literatür bilgileri doğrultusunda (Aragones ve ark. 2008; Nutting ve ark. 2007; Wensing ve ark. 2008; Glasgow ve ark. 2005b; Piatt ve ark. 2006; Schmittiel ve ark. 2007) araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

Çalışmada tanımlanan bağımsız değişkenler; sosyo-demografik özellikler (*yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma ve meslek durumu, sağlık sigortasına sahip olma*), gelir ve sağlık durumu algısı, kronik hastalık özellikleri (*kronik hastalık sayısı, hastalığın süresi\kanı yılı, ek sağlık sorunu*), kullanılan ilaçlar, ilaçları belirtilen zaman ve miktarda alıp almama durumu, sigara kullanımı, hastaneye yatma ve acile gitme durumu, hastalığı hakkında sağlık eğitimi alma durumu ve eğitimin alındığı

kişi kaynaklardır. *Sağlık durumu algısı ve gelir durumu algısı* değişkenleri her biri için ayrı sorulmak üzere tek soru ile ölçülmüştür. 1'den 5'e kadar puanlanan ve "1-çok kötü" ile "5-çok iyi" arasında değişen yanıt seçenekleri olan, “*Sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?*” ve “*Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?*” sorularının bireye sorulması ile ölçülmüştür.

Bağımlı değişken olarak hastaların “Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği’nden” aldıkları toplam ve alt ölçek puan ortalamaları alınmıştır.

Çalışmadaki veriler, bireyin kendisine doğrudan sorularak bireylerin öz-bildirimine dayalı olarak toplanmıştır.

### **3.4. KRONİK HASTALIK BAKIMINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ’NİN GEÇERLİK ve GÜVENİRLİK ÇALIŞMA AŞAMALARI**

#### **3.4.1. Ölçeğin Dil ve Kapsam Geçerliği**

Bu aşamadaki çalışmalar Dünya Sağlık Örgütü’nün başka dillerdeki araçların çeviri ve uyarlanmasında önerdiği yöntem ve süreçler dikkate alınarak yapılmıştır (WHO 2008b). İngilizce’de geliştirilen aracın İngilizce’den Türkçe’ye çevirisi araştırmacı, danışmanı ve dört dil bilimci tarafından yapılmış, elde edilen Türkçe formlar araştırmacı ve danışmanı tarafından değerlendirilerek tek form haline getirilmiştir. Oluşturulan formda İngilizce’de kullanılan terim ve uygulamalar Türkçe’ye ve Türkiye’deki uygulamalara en uygun şekilde ifade edilmeye çalışılmıştır. Gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra ölçeğin geri çevirisi; her iki dili anlayan ve konuşabilen, Türkiye’de yaşamakta olan Amerikalı başka iki dil bilimci tarafından yapılmıştır. Geri çeviri sonrasında orijinal form ile geri çevirisi yapılan formdaki maddeler tekrar gözden geçirilmiş ve anlaşılır olmayan ifadeler düzenlenerek form uzman görüşüne hazır hale getirilmiştir.

Elde edilen Türkçe form ve orijinal İngilizce form, dil ve kapsam geçerliği yönünden kronik hastalıklarla ilgili farklı uzmanlık alanlarında çalışan 12’si hemşirelikte akademisyen, 1’i klinikte uzman diyabet hemşiresi, 2’si hekim olan toplam 15 uzmanın görüşüne sunulmuştur (EK 5). Uzman görüşlerinin değerlendirilmesi için kapsam geçerlik indeksi (KGİ) kullanılmıştır (Burns ve Grove 1997; Talbot 1995). Bu doğrultuda her bir maddenin 1–4 arasında değişen derecelere göre değerlendirilmesi istenmiştir. Değerlendirme ölçütleri; “1-Uygun Değil, 2-Biraz Uygun (maddelerin\ifadelerin uygun şekilde getirilmesi gerekir), 3-Oldukça Uygun (uygun,

ancak ufak değişiklik gerekli), 4-Çok Uygun” olarak tanımlanmış ve ölçek maddelerinin %80’inin uzmanlar tarafından “oldukça uygun” veya “çok uygun” şeklinde değerlendirilmesi beklenmiştir. Bunların dışında değer alan maddeler tekrar gözden geçirilerek gerekli değişiklikler yapılmış ve ölçeğin son şekli oluşturulmuştur. Ölçek uygulama öncesinde 12 kişilik örneklemden farklı bir grupta uygulanmış ve gerekli değişiklikler yapılmıştır. Pilot çalışmaya alınan bu veriler araştırmaya dahil edilmemiş ve yapılan bu çalışma ile araç kullanıma hazır hale getirilmiştir.

### 3.4.2. Ölçeğin Yapı Geçerliği

Ölçeğin yapı geçerliği iki farklı faktör analizi tekniği kullanılarak değerlendirilmiştir. Açıklayıcı/açımlayıcı faktör analizinde (Temel Bileşenler Analizi- Principle Component Analysis) 0,40 ve üzerinde faktör yük değeri bulunan maddeler faktör yapısına alınmıştır (Nunnally ve Bernstein 1994). Doğrulayıcı faktör analizinde (Confirmatory Factor Analysis) uyumun sağlanması için bazı maddelerin hata varyansları yeniden düzenlenmiş; faktör yüklerinin belirlenmesi için 0,30 ve üzerinde faktör yük değeri bulunan maddeler faktör yapısına alınmıştır (Harrington 2009; Şimşek 2007).

### 3.4.3. Ölçeğin Güvenirliği

Güvenirlik için üç yöntem kullanılmıştır. Bu kapsamda iç tutarlık analizlerinden; madde güvenilirliği için madde toplam puan korelasyonları, homojenliğin belirlenmesi için Cronbach Alfa değerlendirmesi, ölçeğin zamana karşı değişmezliği ise test-tekrar test korelasyonları ile ölçülmüştür. Madde toplam puan korelasyon katsayısı ölçütü olarak 0.30’un üstü alınmıştır (Nunnally ve Bernstein 1994; Öner 1987).

## 3.5. ETİK KONULAR

Araştırmaya başlamadan önce ölçeğin Türkçede geçerlik ve güvenilirliğinin yapılabilmesi için ilgili kişiden e-posta yoluyla yazılı izin (EK 9), etik kurul onayı ve araştırmmanın uygulanacağı kurumlardan çalışma izni alınmıştır. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi için İl Sağlık Müdürlüğü’nden (EK 6), Suadiye Tıp Merkezi için Anadolu Sağlık Merkezi Müdürlüğü’nden (EK 7) uygulama onayı alınmıştır. Çalışmanın etik kurul izni Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi etik kurulundan 23.03.2009 tarihli 68 sayılı kurul kararıyla alınmıştır (EK 8).

Katılımcılara genel olarak çalışmanın amacı, veri toplama işlemin nasıl ve ne kadar süreceği konularında açıklama yapıldıktan sonra çalışmaya katılıp katılmayacakları sorulmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere ilave açıklamalar yapılarak araştırmacı tarafından yüz yüze olarak uygulanmış ve bireylerin görüşleri alınmıştır. Katılımcılardan **yazılı bilgilendirilmiş onam** alınmıştır. Okuryazar olmayan ya da imza atamayan/ atmak istemeyen hastalardan sözlü onam alınmıştır. Yazılı onam için katılımcılar tarafından onaylanan Bilgilendirilmiş Onam Form'u EK 4'te sunulmuştur.

### 3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma verileri yüzyüze görüşme yöntemi ile test-tekrar test verileri yüzyüze ve telefon görüşmesi yöntemleri kullanılarak toplanmıştır. Glasgow ve arkadaşları (2005b), ölçeğin kağıt-kalem testi ve telefon görüşme yöntemlerinin eşdeğer olduğunu belirtmişlerdir. Veriler muayene için bekleyen hastalardan bekleme salonunda ve görüşme için ayrılmış bir odada toplanmıştır. Çalışmada örnekleme alınma kriterlerine uygun olan hastalara çalışmanın amacı kısaca açıklanmış ve çalışmaya katılmayı kabul edenlerle veri toplama işlemi uygulanmıştır.

Veri toplama işlemi ortalama 5–7 dakika sürmüştür. Tekrar-test verilerini elde etmek için ölçek örnekleme içinden seçilen 60 kişilik bir gruba 4-8 hafta sonra ikinci kez uygulanmıştır.

### 3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Toplanan verilerin analiz ve değerlendirilmesi bilgisayar ortamında, SPSS 11.5 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Ek olarak doğrulayıcı faktör analizi için LISREL 8.7 programı kullanılmıştır. Verilerin öncelikle normal dağılım analizleri yapılarak normal dağılım gösteren verilere parametrik testler, normal dağılım göstermeyen verilere non-parametrik testler uygulanmıştır. Gerekli durumlarda ileri anlamlılık testleri kullanılmıştır.

Ölçeğin kapsam geçerliği için Kapsam Geçerlik İndeksi kullanılmıştır. Ölçeğin güvenilirliğinin incelenmesinde iç tutarlık testlerinden “madde toplam puan korelasyonları, alfa katsayısı (Cronbach Alfa) ve test-tekrar testi” kullanılmıştır.

Faktör yapı geçerliği için Açıklayıcı Faktör Analizi\Temel Bileşenler Analizi (Explanatory Factor Analysis\Principal Component Analysis) ve Doğrulayıcı Faktör

Analizi (Confirmatory Factor Analysis) kullanılmış, analiz öncesinde verilerin faktör analizi için uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri (örneklem yeterliğini kontrol eder) ile Barlett's testi (dağılımın normalliğini ölçer) kullanılarak incelenmiştir (Akgül 2005).

Tanımlayıcı verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Ölçek puanları ile değişkenlerin değerlendirilmesinde t-testi ve ANOVA kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

Çalışma bulguları genel olarak üç bölümde sunulmuştur:

1. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliğine İlişkin Bulgular
2. Örneklemi Tanıtıcı Bulgular,
3. Kronik Hastalık Bakımının Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

### 4.1. KRONİK HASTALIK BAKIMINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ'NİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİNE İLİŞKİN BULGULAR

#### 4.1.1. Ölçeğin Türkçe Çevirisi, Geri-çevirisi, Kapsam Geçerliği Bulguları

Ölçeğin Türkçe'ye çevirilmesinden sonra kapsam geçerliği açısından uygunluğunu belirlemek için kapsam geçerlik indeksi (KGİ) kullanılarak uzman görüşlerine sunulmuştur. Elde edilen uzman görüşlerine göre maddelerin büyük çoğunluğu (%84,94) “oldukça uygun” ve “çok uygun” şeklinde değerlendirilmiş olup KGİ=**0,85** olarak bulunmuştur.

Uzman görüşleri doğrultusunda; 8, 10, 11, 18 ve 19.maddelerde bazı ifadeler değiştirilmiş, anlam bütünlüğünün ve dilde sadeliğin sağlanması için çeşitli eklemeler\ çıkarmalar yapılmış, ölçekte belirtilen ve Türkiye'de olmayan uygulamaların ifadesi benzer uygulamalarla değiştirilmiştir.

#### 4.1.2. Güvenirlik Bulguları

Aracın güvenirliliğini incelemek için iç tutarlık testlerinden; madde toplam puan korelasyonu, Cronbach alfa ve test-tekrar test tekniği kullanılmıştır. Ayrıca alt ölçeklerin birbirleriyle ve ölçek toplam puanı ile korelasyonlarına bakılmıştır.

**Madde toplam puan korelasyonları** incelendiğinde tüm maddelerin  $p=0,00$  anlamlılık düzeyinde korelasyonlarının 0,46 ile 0,69 arasında değiştiği belirlenmiştir (Tablo 4.1)

**Tablo 4.1: Ölçek Maddelerinin Madde Toplam Puan Korelasyonları (N=300)**

<b>Maddeler</b>	<b>Madde Toplam Puan Korelasyonları (r)*</b>
1. Tedavi planım yapılırken görüşlerim alındı.	0,61
2. Tedavim konusunda karar vermem için başka seçenekler sunuldu.	0,58
3. İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi.	0,66
4. Sağlığım için yapmam gerekenler yazılı olarak verildi.	0,61
5. Bakımımın iyi düzenlenmiş olmasından memnun kaldım.	0,57
6. Kendi bakımımı sağlamak için yaptığım şeylerin sağlığımı nasıl etkileyeceği açıklandı.	0,65
7. Kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu.	0,65
8. Beslenme ya da egzersiz yapma davranışlarımı geliştirmem için yardım edildi.	0,61
9. Tedavi planımın bir kopyası\örneği bana verildi.	0,63
10. Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edildim	0,49
11. Sağlık alışkanlıklarım ile ilgili sorular soruldu.	0,68
12. Doktorum ya da hemşiremin gerekli olan tedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim.	0,54
13. Günlük yaşamımda uygulayabileceğim bir tedavi planı yapmam için yardım edildi.	0,62
14. Zor zamanlarımda bile kendime bakabilmem için yapmam gerekenler konusunda yardım edildi.	0,67
15. Hastalığımla hayatımı nasıl etkilediği soruldu.	0,69
16. Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı.	0,48
17. Hastalığım konusunda bana yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya teşvik edildim.	0,46
18. Diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacım olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirildim.	0,57
19. Diğer branşlardaki hekimlere gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı.	0,58
20. Diğer hekimlerle yaptığım görüşmeler konusunda sorular soruldu.	0,58

\*Pearson korelasyonu,  $p < 0,01$  düzeyinde anlamlı.

Toplam ve alt ölçeklerin **Cronbach alfa** değerleri ve **alt ölçek-toplam ölçek korelasyonları** Tablo 4.2’de sunulmuştur. Buna göre ölçek toplam Cronbach alfa değeri 0,91 olup alt boyutlarda alfa değeri 0,71 ile 0,79 arasında değişmiştir. Türkçeleştirilen ölçeğin her bir alt boyutun puanları ile toplam ölçek puanı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde güvenilirlik katsayılarının 0.72 ile 0.90 arasında değiştiği ve tüm maddeler için ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ( $p < 0.01$ ) bulunmuştur.

**Tablo 4.2: Cronbach Alfa ve Alt Ölçek-Toplam Ölçek Korelasyonları (N=300)**

Ölçek ve Alt Ölçekler	Cronbach $\alpha$	Alt Ölçek ve Toplam Ölçek Korelasyonları*
Hasta Katılımı (1-3.maddeler)	0,72	0,77
Karar Verme (4-6.maddeler)	0,72	0,76
Amaç Belirleme (7-11.maddeler)	0,71	0,90
Problem Çözme (12-15.maddeler)	0,75	0,83
İzlem\Koordinasyon (16-20.maddeler)	0,79	0,72
<b>Toplam Ölçek (1-20 madde)</b>	<b>0,91</b>	

\*Pearson korelasyonu,  $p < 0,01$  düzeyinde anlamlı.

Aracın **test-tekrar test** puan korelasyonları Tablo 4.3’de sunulmuştur. Araştırma evreninden seçilen 60 kişilik örneklem grubuna 4-8 hafta ara ile uygulanan aracın test-tekrar test korelasyonu  $r=0,93$  ( $p=0,00$ ) olarak bulunmuştur.

**Tablo 4.3: Ölçeğin Test-Tekrar Test Korelasyonu (n=60)**

Zaman Aralığı	r	p
4-8 hafta /Tekrar Test	0,93*	0,00

\*Pearson korelasyonu,  $p < 0,01$  düzeyinde anlamlı.

### 4.1.3. Geçerlik Bulguları

Aracın geçerliği faktör yapı geçerliği kullanılarak değerlendirilmiştir. Analiz öncesinde Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri ve Barlett's testi sonuçlarına bakılmış, KMO=0,89 ve Barlett's testi p=0,00 anlamlılık düzeyinde bulunmuştur (Tablo 4.4).

**Tablo 4.4: Ölçeğin Faktör Modeli Yönünden İncelenmesi (N=300)**

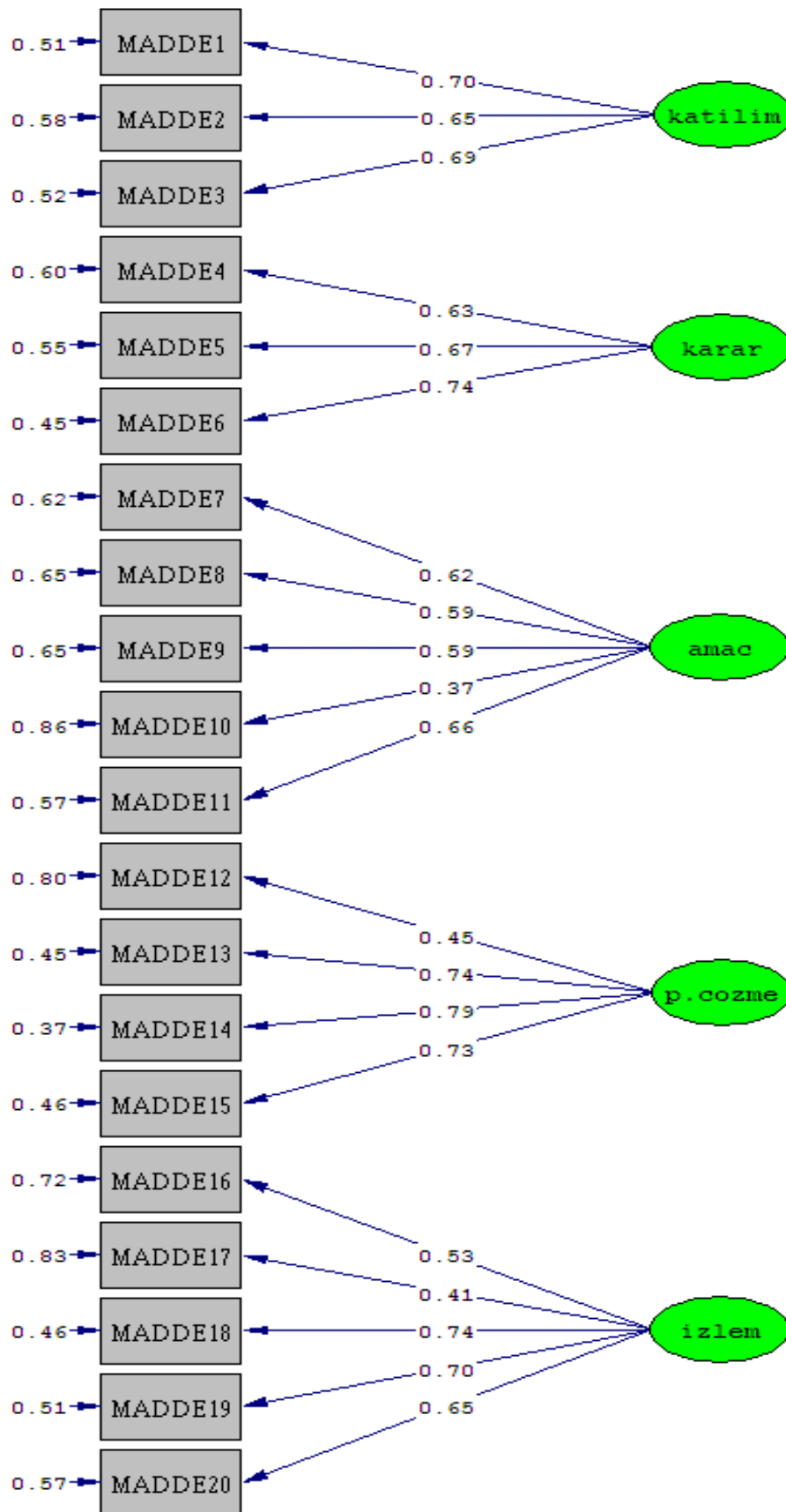
<b>Kaiser-Meyer-Olkin Değeri</b>	0,89
<b>Barlett's Testi</b>	X <sup>2</sup> =2668,681 p=0,00

Açımlayıcı Faktör Analizi\Temel Bileşenler Analiz sonuçları; ölçeğin 5 faktörlü yapıda olduğunu göstermiştir. Beş faktör tarafından açıklanan toplam varyans %63,74'tür. Buna göre Faktör 1 toplam varyansın % 36,45'ini, Faktör 2 % 9,98'ini, Faktör 3 % 6,85'ini, Faktör 4 % 5,95'ini ve Faktör 5 % 4,49'unu açıklamaktadır (Tablo 4.5). Tablo 4.5 incelendiğinde; faktör korelasyonları 0,42 ile 0,89 arasında değişmiş olup tüm maddeler referans değer olarak alınan 0,40'ın üstünde bulunmuştur.

**Tablo 4.5: Ölçek Maddelerinin Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları**

FAKTÖR 1		FAKTÖR 2		FAKTÖR 3		FAKTÖR 4		FAKTÖR 5	
Madde	F.Yükü	Madde	F.Yükü	Madde	F.Yükü	Madde	F.Yükü	Madde	F.Yükü
1	0,731	13	0,788	18	0,687	4	0,669	9	0,432
2	0,742	14	0,807	19	0,893	5	0,689	10	0,863
3	0,446	15	0,657	20	0,887	6	0,577	16	0,423
7	0,709					8	0,597	17	0,867
11	0,468								
12	0,466								
<b>Özdeğer</b>	<b>7,291</b>	<b>1,997</b>		<b>1,371</b>		<b>1,190</b>		<b>0,900</b>	
<b>Varyans</b>	<b>36,457</b>	<b>9,986</b>		<b>6,855</b>		<b>5,952</b>		<b>4,499</b>	

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlamasında faktörlerin uyumunu doğrulamak amacıyla ikincil olarak doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır (Şekil 4.1). Şekilde soldaki değerler herbir maddeye ait hata varyanslarını, ortadaki değerler faktör yüklerini göstermektedir. Buna göre; tüm maddelerin kendi boyutu ile olan faktör yükleri 0,37 ile 0,79 arasında olup herbiri 0,30'un üzerinde bulunmuştur.



Chi-Square=422.33, df=157, P-value=0.00000, RMSEA=0.075

Şekil 4.1: Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi

İlk analizde bazı uyum değerlerinin istendik düzeyde olmadığı görülmüş; 6 ile 7, 10 ile 17, 19 ile 20. maddelerin hata varyansları arasında modifikasyon yapıldıktan sonra elde edilen doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum indeksleri yeterli düzeyde bulunmuştur. Korelasyon ve uyum değerleri Tablo 4.6’da verilmiştir.

**Tablo 4.6: Ölçeğin Uyumluluk Değerleri**

Uyumluluk Değerleri	Sonuçlar
Ki-kare / p değeri	422,33 / p=0,00 (p<0,05)
Serbestlik Derecesi	157
RMSEA (Tahminin Ortalama Karekök Hatası) /p değeri	0,075/ p<0,05
SRMR (Standart Temel Ortalama Düzeltmesi Sonucu)	0,067
CFI (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)	0,97
NNFI (Biçimlendirilmemiş Uyum İndeksi)	0,96
GFI (Uyum İyiliği İndeksi)	0,88
AGFI (Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi)	0,83

## 4.2. ÖRNEKLEMİ TANITICI BULGULAR

### Sosyo-Demografik Özellikler

Araştırmaya katılanların yaş ortalaması  $57,02 \pm 11,73$  (min-max= 20-91) olup büyük çoğunluğu (%94,6) 40 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların çoğunluğu, kadın (%71,8), ilkokul mezunu (%48,7), sağlık güvenceli (%86) ve evlidir (%79). Örneklem grubunun çalışma durumları incelendiğinde; %88,3’ünün gelir getiren herhangi bir işte çalışmadığı ve %51,4’ünün serbest meslek sahibi oldukları belirlenmiştir (Tablo 4.7).

**Tablo 4.7: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=300)**

<b>Özellik</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş Grubu</b>		
20-39 yaş	16	5,4
40-59 yaş	160	53,3
60 yaş ve üzeri	124	41,3
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	85	28,3
Kadın	215	71,7
<b>Eğitim</b>		
Okuryazar değil	48	16
Okuryazar	14	4,7
İlkokul	146	48,7
Ortaokul	26	8,7
Lise	36	12
Yüksekokul ve üzeri	30	10
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	237	79
Bekar	13	4,3
Boşanmış\Dul	50	16,7
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışmıyor	265	88,3
Çalışıyor	35	11,7
<b>Meslekler (n=35)</b>		
Serbest Meslek	18	51,4
Memur	4	11,4
İşçi	5	14,3
Yönetici	6	17,1
Diğer	2	5,8
<b>Sağlık Sigortası</b>		
Sigortası Yok	22	7,3
SGK	258	86
Özel	11	3,7
SGK+Özel	7	2,3
Yeşil Kart	2	0,7

### Gelir ve Sağlık Durumu Algısı

Araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğu gelir (%74,3) ve sağlık (%51,3) durumlarının orta düzeyde olduğunu belirtmektedir (Tablo 4.8). Gelir durumu algısı puan ortalaması  $2,94 \pm 0,6$ , sağlık durum algısı puan ortalaması  $2,90 \pm 0,7$  olarak hesaplanmıştır (min-max=1-5).

**Tablo 4.8: Hastaların Gelir ve Sağlık Durumu Algılarının Dağılımı (N=300)**

Özellik	n	%
<b>Gelir Durumu Algısı</b>		
Çok Kötü	12	4
Kötü	31	10,3
Orta	223	74,3
İyi	29	9,7
Çok İyi	5	1,7
<b>Sağlık Durumu Algısı</b>		
Çok Kötü	13	4,3
Kötü	70	23,3
Orta	154	51,3
İyi	60	20
Çok İyi	3	1

### Hastalık Özellikleri

Çalışmaya katılanların polikliniğe\sağlık merkezine gelme nedeni olan doktor tarafından tanı konmuş kronik hastalıkları sorgulandığında, en fazla oranda hipertansiyon (%52,7) ve diyabet (%39,7) gelmektedir. Katılımcıların hastalık süresi 6 ay ve 51 yıl arasında (ortalama  $8,78 \pm 8,17$ ) değişmekte olup, hastaların çoğunun (%73,3) 10 yıl ve altında süreyle hastalığı bulunmaktadır. Hastaların %55,7'sinin ilave olarak başka hastalıklarının da olduğu belirlenmiştir. Eşlik eden hastalık ortalaması  $0,8 \pm 0,86$ 'dır (min-max= 0-3). Hastalığın akut ataklarından dolayı son 6 ayda hastaneye yatanların oranı %12,3 olup hastaneye yatanların çoğunun (%75,7) bir kez yattığı

belirlenmiştir. Hastanede yatış ortalaması  $0,85 \pm 3,16$  gündür (min-max= 0-30 gün). Son 6 ayda kronik hastalıkları nedeniyle acil servise gidenlerin oranı %33 olup yaklaşık yarısı (%51,5) en az bir kez acil servise gitmiştir (Tablo 4.9).

**Tablo 4.9: Hastaların Hastalık Özelliklerinin Dağılımı (N=300)**

<b>Özellik</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Hastalık*</b>		
Diyabet	119	39,7
Hipertansiyon	158	52,7
Kalp Hastalığı	5	1,7
Kanser	6	2
Astım-KOAH	7	2,3
Diğer (depresyon, romatizma vb)	5	1,6
<b>Hastalık Süresi</b>		
5 yıl ve altı	144	48
6-10 yıl	76	25,3
11-15 yıl	38	12,7
16-20 yıl	24	8
21 yıl ve üzeri	18	6
<b>Eşlik Eden Hastalık</b>		
Yok	133	44,3
Var	167	55,7
<b>Son 6 Ayda Hastanede Yatma Durumu</b>		
Evet	37	12,3
Hayır	263	87,7
<b>Son 6 Ayda Hastanede Yatma Sıklığı (n=37)</b>		
1 kez	28	75,7
2 kez ve üzeri	9	24,3
<b>Son 6 Ayda Acile Gitme Durumu</b>		
Evet	99	33
Hayır	201	67
<b>Son 6 Ayda Acile Gitme Sıklığı (n=99)</b>		
1 kez	51	51,5
2 kez ve üzeri	48	48,5

\* Birden fazla cevaplama yapılmıştır.

### İlaç Kullanma Durumu

Araştırmaya katılan kronik hastaların %98,7'si ilaç kullanmaktadır. Kullanılan ortalama ilaç sayısı  $2,46 \pm 1,63$  (min-max= 0-14) olup ilaçların önerilen/reçete edilen zamanlarda kullanılma oranı %84,3, önerilen/reçete edilen dozda/miktarda kullanılma oranı %85'dir.

İlaç kullananların %12,8'inin (n=38) kullandığı ilaçların adını ve sayısını bilmediği belirlenmiştir (Tablo 4.10).

**Tablo 4.10: Hastaların İlaç Kullanma Durumuna İlişkin Bulgular (N=300)**

Özellikler	n	%
<b>İlaç Kullanımı</b>		
Kullanmıyor	4	1,3
Kullanıyor	296	98,7
<b>Kullanılan İlacın Adını ve Sayısını Bilme Durumu (n=296)</b>		
Bilmiyor	38	12,8
Biliyor	258	87,2
<b>İlaçları Doğru Zamanda Alma</b>		
Evet	253	84,3
Hayır	11	3,7
Bazen	36	12
<b>İlaçları Doğru Dozda Alma</b>		
Evet	255	85
Hayır	12	4
Bazen	33	11

### Sigara Kullanma Durumu

Katılımcıların olumsuz sağlık alışkanlıklarından sigara kullanım durumu sorgulanmış ve sadece %15,4'ünün sigara kullandığı belirtilmiştir (Tablo 4.11).

**Tablo 4.11: Hastaların Sigara Kullanma Alışkanlığına İlişkin Bulgular (N=299)**

Özellik	n	%
<b>Sigara Kullanımı</b>		
Hayır, hiç içmedim	189	63,2
Bıraktım	64	21,4
Evet, içiyorum	46	15,4

**Sağlık Eğitimi Alma Durumu**

Araştırmaya katılan hastaların %46'sı kronik hastalığıyla ilgili sağlık eğitimi\bilgilendirme eğitimi almış olup, bu eğitimleri en fazla oranda sırasıyla; doktordan (%35,9), hemşireden (%25,8) ve televizyon/radyodan (%14,5) aldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.12).

**Tablo 4.12: Hastaların Sağlık Eğitimi Alma Durumuna İlişkin Bulgular (N=300)**

Özellikler	n	%
<b>Sağlık Eğitimi Alma Durumu</b>		
Hayır	162	54
Evet	138	46
<b>Sağlık Eğitimi Kaynakları* (n=138)</b>		
Doktor	121	35,9
Hemşire	87	25,8
TV\Radyo	49	14,5
Dergi\Broşür	33	9,8
İnternet	32	9,5
Diyetisyen	11	3,3
Diğer (diğer hastalar, yakınlar)	4	1,2
<b>TOPLAM</b>	<b>337</b>	<b>100</b>

\* Birden fazla cevaplama yapılmıştır.

### 4.3. KRONİK HASTALIK BAKIMININ DEĞERLENDİRİLMESİNE İLİŞKİN BULGULAR

#### Hastaların Kronik Hastalık Bakım Değerlendirme Ölçeği'nden Aldıkları Madde Puan Ortalamaları

Toplam ölçek ve alt ölçek madde puan ortalamaları Tablo 4.13'te incelendiğinde; alt ölçekler arasında en düşük ortalama izlem\koordinasyon (1,94±1,0) boyutunda iken, en yüksek ortalama değer karar verme (3,36±1,1) boyutunda olduğu bulgulanmıştır. Ölçeğin toplam puan ortalaması (min-max=20-100) ise 50,87±18,74 olarak bulunmuştur.

**Tablo 4.13: Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği'nin Madde Puan Ortalamaları (N=300)**

Ölçek ve alt ölçekler	Ortalama (min-max= 1-5)	±SD
Hasta Katılımı	2,57	1,33
Karar Verme	3,36	1,17
Amaç Belirleme	2,39	1,06
Problem Çözme	2,83	1,32
İzlem\Koordinasyon	1,94	1,03
<b>Toplam Ölçek Puanı</b>	<b>2,54</b>	<b>0,94</b>

#### Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Kronik Hastalık Bakım Değerlendirme Ölçek Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek toplam madde puan ortalaması ile sosyo-demografik özellikler karşılaştırıldığında (Tablo 4.14); yaş, eğitim durumu, gelir getiren bir işte çalışma ve sağlık sigortası bulunma ile anlamlı ilişkiler bulunduğu belirlenmiştir. 20-39 yaş grubundaki bireylerde (p=0,01), lise-yüksek okul ve üzeri eğitimlilerde (p=0,00), gelir getiren bir işte çalışanlarda (p=0,00) ve sağlık sigortası olanlarda (p=0,00) ölçek madde puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksektir. Cinsiyet (p=0,07) ve medeni duruma (p=0,58) göre ölçek madde puan ortalaması farksızdır.

**Tablo 4.14: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Ölçek Madde Puan Ortalamaları (N=300)**

<b>Özellik</b>	<b>Ortalama ± SD</b>	<b>İstatistik</b>
<b>Yaş</b>		
20-39 yaş	3,21 ± 1,17	F=4,50
40-59 yaş	2,48 ± 0,98	p=0,01
60 yaş ve üzeri	2,52 ± 0,80	
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	2,69 ± 0,88	t=1,79
Kadın	2,48 ± 0,95	p=0,07
<b>Eğitim</b>		
Okuryazar değil	2,18 ± 0,80	
Okuryazar	2,40 ± 0,79	F=8,54
İlkokul	2,40 ± 0,79	p=0,00
Ortaokul	2,59 ± 0,74	
Lise	2,91 ± 1,14	
Yüksekokul ve üzeri	3,34 ± 1,15	
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	2,55 ± 0,94	t=55
Bekar ve Boşanmış/Dul	2,48 ± 0,91	p=0,58
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışmıyor	2,46 ± 0,89	t=-4,13
Çalışıyor	3,14 ± 1,07	p=0,00
<b>Sağlık Sigortası</b>		
Yok	2,04 ± 0,58	t=-3,91
Var	2,58 ± 0,94	p=0,00

### **Gelir ve Sağlık Durumu Algısına Göre Kronik Hastalık Bakım Değerlendirme Ölçek Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Gelir ve sağlık durumu algısı ile ölçek toplam puanları arasında ( $p=0,00$ ) olumlu yönde ancak zayıf bir korelasyon bulunmuştur (Tablo 4.15). Buna göre gelir ve sağlık durumu algısı arttıkça hastaların aldıkları kronik hastalık bakımından da memnuniyetleri artmaktadır.

**Tablo 4.15: Hastaların Gelir ve Sağlık Durumu Algısı İle Ölçek Madde Puan Ortalamalarının Korelasyonu (N=300)**

<b>Özellik</b>	<b>Türkçe PACIC (r)</b>	<b>p</b>
<b>Gelir Durumu Algısı</b>	0,25	0,00
<b>Sağlık Durumu Algısı</b>	0,22	0,00

### **Hastalık Özelliklerine Göre Kronik Hastalık Bakım Değerlendirme Ölçek Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Çalışma kapsamındaki kronik hastalığı olan bireylerin hastalık özelliklerine göre kronik hastalık bakım değerlendirme puan ortalamaları Tablo 4.16’da karşılaştırılmıştır. Buna göre sahip olunan hastalıklar ile ölçek toplam puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,00$ ). İleri analizlerde diyabetik olan hastaların hipertansiyonlu ve diğer hastalara göre ölçek toplam puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $p=0,00$ ). Kronik hastalığı olan bireylerin hastalık süresi puan ortalaması  $2,54\pm 0,93$  olup, ölçek toplam puanıyla arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Araştırmaya katılanların eşlik eden başka hastalık durumlarına göre kronik hastalık bakım değerlendirme puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır ( $p=0,62$ ). Kronik hastalık bakım değerlendirme puan ortalamaları ile hastanede yatma durumu ( $p=0,80$ ), yatış sayısı ( $p=0,48$ ), acile gitme durumu ( $p=0,16$ ) ve acile gitme sayısı ( $p=0,48$ ) arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.16).

**Tablo 4.16: Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Ölçek Madde Puan Ortalamaları (N=300)**

<b>Özellik</b>	<b>Ortalama ± SD</b>	<b>İstatistik</b>
<b>Hastalık</b>		
Diyabet	2,77 ± 0,94	F=9,53
Hipertansiyon	2,32 ± 0,84	p=0,00
Diğer hastalıklar	2,82 ± 1,16	
<b>Hastalık Süresi</b>		
5 yıl ve altı	2,42 ± 0,98	
6-10 yıl	2,53 ± 0,88	F=2,33
11-15 yıl	2,92 ± 1,02	p=0,05
16-20 yıl	2,51 ± 0,73	
21 yıl ve üzeri	2,73 ± 0,62	
<b>Eşlik Eden Hastalık</b>		
Yok	2,57 ± 1,03	t=0,48
Var	2,51 ± 0,85	p=0,62
<b>Hastanede Yatma Durumu</b>		
Hayır	2,53 ± 0,94	t=-0,25
Evet	2,57 ± 0,88	p=0,80
<b>Hastanede Yatma Sayısı</b>		
1 kez	2,68 ± 0,85	F=0,71
2 kez ve üzeri	2,26 ± 0,96	p=0,48
<b>Acile Gitme Durumu</b>		
Hayır	2,59 ± 0,95	t=1,37
Evet	2,43 ± 0,90	p=0,16
<b>Acile Gitme Sayısı</b>		
1 kez	2,40 ± 0,88	F=1,02
2 kez ve üzeri	2,47 ± 0,92	p=0,36

### İlaç Kullanma Durumuna Göre Kronik Hastalık Bakım Değerlendirme Ölçek Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

İlaç kullanma durumunda; ilaç kullanan ve kullanmayan gruplar eşdeğer olmadığı için analiz yapılamamış olup, ilaçların doğru zamanda ( $p=0,07$ ), doğru miktarda ( $p=0,10$ ) alınması ile ölçek madde puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır (Tablo 4.17). İlaç sayısı ( $p=0,09$ ,  $n=262$ ) ile ölçek madde puan ortalamaları karşılaştırıldığında da anlamlı fark bulunmamıştır.

**Tablo 4.17: Hastaların İlaç Kullanma Durumlarına Göre Ölçek Madde Puan Ortalamaları (n=262)**

Özellik	Ortalama $\pm$ SD	İstatistik
<b>İlaçları Doğru Zamanda Alma</b>		
Evet	2,59 $\pm$ 0,93	F=2,57
Hayır	2,22 $\pm$ 0,76	p=0,07
Bazen	2,27 $\pm$ 0,93	
<b>İlaçları Doğru Dozda Alma</b>		
Evet	2,58 $\pm$ 0,94	F=2,23
Hayır	2,42 $\pm$ 1,01	p=0,10
Bazen	2,23 $\pm$ 0,82	

### Sağlık Eğitimi Alma Durumu İle Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanı İlişkisi

Sağlık eğitimi alanların toplam puanlarının eğitim almayanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur ( $p=0,00$ ). Sağlık eğitimi kaynakları incelendiğinde; hemşireden ( $p=0,00$ ), TV\ radyodan ( $p=0,02$ ), dergi\ broşürden ( $p=0,01$ ) ve internetten ( $p=0,01$ ) eğitim alma durumu ile ölçek toplam puanları arasında anlamlı fark olduğu gözlenmiş olup; doktordan ( $p=0,14$ ), diyetisyenden ( $p=0,22$ ) ve diğer kaynaklardan (hastalar, yakınlar) ( $p=0,35$ ) eğitim alma durumu ile ölçek toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.18).

**Tablo 4.18: Hastaların Sağlık Eğitimi Alma Durumlarına Göre Ölçek Madde Puan Ortalamaları (N=300)**

Özellik	Ortalama $\pm$ SD	İstatistik
<b>Sağlık Eğitimi Alma Durumu</b>		
Hayır	2,17 $\pm$ 0,78	t=-7,98
Evet	2,97 $\pm$ 0,91	p=0,00
<b>Doktordan Sağlık Eğitimi Alma Durumu (n=138)</b>		
Hayır	2,68 $\pm$ 0,84	t=-1,45
Evet	3,01 $\pm$ 0,92	p=0,14
<b>Hemşireden Sağlık Eğitimi Alma Durumu (n=138)</b>		
Hayır	2,65 $\pm$ 0,78	t=-3,33
Evet	3,16 $\pm$ 0,94	p=0,00
<b>TV\Radyodan Sağlık Eğitimi Alma Durumu (n=138)</b>		
Hayır	2,83 $\pm$ 0,81	t=-2,25
Evet	3,22 $\pm$ 1,04	p=0,02
<b>Dergi\Broşürden Sağlık Eğitimi Alma Durumu (n=138)</b>		
Hayır	2,85 $\pm$ 0,84	t=-2,46
Evet	3,35 $\pm$ 1,04	p=0,01
<b>İnternette Sağlık Eğitimi Alma Durumu (n=138)</b>		
Hayır	2,85 $\pm$ 0,83	t=-2,52
Evet	3,38 $\pm$ 1,09	p=0,01
<b>Diyetisyenden Sağlık Eğitimi Alma Durumu (n=138)</b>		
Hayır	2,94 $\pm$ 0,93	t=-1,23
Evet	3,30 $\pm$ 0,71	p=0,22
<b>Diğer Kaynaklardan Sağlık Eğitimi Alma Durumu (n=138)</b>		
Hayır	2,98 $\pm$ 0,92	t=0,93
Evet	2,55 $\pm$ 0,59	p=0,35

## 5. TARTIŞMA

Kronik Bakım Modeli doğrultusunda 2005 yılında geliştirilen Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (*Patient Assessment of Chronic Illness Care-PACIC*) hastaların aldıkları bakımı kendilerinin değerlendirmesine olanak veren, aynı zamanda bakımın kalitesini de ölçtüğü ileri sürülen, uygulanması kolay, kısa bir ölçektir (Glasgow ve ark. 2005b). Kronik hastalıkların yoğun olduğu günümüzde bu hastalara verilen bakımın değerlendirilmesi giderek daha fazla önem taşımaktadır. Kronik hastalıklara yönelik çeşitli kaynaklarda; kronik hastalık bakımının ve kalitesinin değerlendirilmesinin mümkün olduğu ancak bu konuda kullanılacak yeterli sayıda araç olmadığı için yeni araçların geliştirilmesi veya geliştirilmiş olanların farklı alanlarda kullanımının sağlanması gerektiği belirtilmektedir (Aragones ve ark. 2008; Nutting ve ark. 2007; Wensing ve ark. 2008; Glasgow ve ark. 2005a; Glasgow ve ark. 2005b; Piatt ve ark. 2006; Schmittiel ve ark. 2007). Ülkemizde de bu konuya ilişkin yaşam kalitesini ölçen ve kronik hastalık bakımında genellikle hekimlerin hizmetlerine yönelik çalışmalar olmakla beraber, hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin sunduğu bakım hizmetlerinin değerlendirilmesinde kullanılacak basit, kullanımı kolay ölçme araçlarına ihtiyaç duyulmaktadır (Aktürk ve ark. 2002; Kaya ve ark. 2007). Bu bağlamda araştırmanın temel amacı; kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımı kendilerinin değerlendirmesine olanak sağlayan bir aracın geçerlik ve güvenilirliğini yaparak Türk literatürüne kazandırmaktır. Ayrıca bu araştırma ile kronik hastalığı olan bireylerin sağlık çalışanlarından aldıkları sağlık hizmetleri hasta gözüyle değerlendirilmiş ve bazı faktörler ile ilişkiler incelenmiştir. Elde edilen verilerin kronik hastalara sunulan bakım hizmetlerinin ve kalitesinin geliştirilmesine katkı yapması hedeflenmektedir. Bu kapsamda araştırma verileri; Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği, kronik hastalık bakımının değerlendirilmesi olmak üzere iki başlıkta tartışılacaktır.

### **Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliği**

Bir ölçeğin başka bir dile çevrilmesi sırasında psikolinguistik farklılıklardan kaynaklanan bazı kusurluluklar meydana gelir. Farklılıkların azaltılması ve dilde standardizasyonun sağlanması ölçek uyarlamasının temelini oluşturur. Bu işlemler deneysel yöntem ve istatistiksel tekniklerle gerçekleştirilir (Öner 1987). Elde edilen

ölçekler ile birçok kavram ölçülebilmekte, uluslararası ve kültürlerarası tartışma olanağı sağlanmaktadır. Ölçek uyarlama çalışmaları daha kolay gibi görünse de ölçeğin geliştirilmesindeki adımların neredeyse hepsi ölçek uyarlaması için gerekli ve zorunludur (Aksayan ve Gözüm 2002).

Ölçeğin orjinal dilden hedef dile çevrilmesi ve geri çeviri teknikleri ölçek uyarlamalarında ilk ve en çok kullanılan adımdır (Aksayan ve Gözüm 2002; WHO 2008b). Bu çalışmada da ölçeğin çeviri ve geri çevirisi yapılmıştır. Daha sonra Türkçeleştirilen form, kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi için uzman görüşlerine sunulmuştur. Ölçekteki ifadelerin hedef kültüre uygun olarak ifade edilmesinde orjinal formda bazı değişiklikler yapılması kaçınılmazdır (Aksayan ve Gözüm 2002). Bu çalışmalar sonucunda da bazı maddelerde değişiklikler gerekmiştir. 8. maddedeki “*Beslenme ve egzersiz durumumu geliştirmem için özel amaçlar geliştirmeme yardım edildi*” ifadesi katılımcılar tarafından yeterince anlaşılmayacağı düşünülerek “*Beslenme ya da egzersiz yapma davranışlarımı geliştirmem için yardım edildi*” şeklinde değiştirilmiştir. 10.maddedeki “*özel grup ve sınıflar*” ifadesi ülkemizde kronik hastalıklarla ilgili yaygın olarak bilinen ve kullanılan özel destek grupları, sınıfları olmadığı için “*eğitimler*” olarak değiştirilmiş ve madde “*Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edildim*” şeklinde ifade edilmiştir. 11. maddede “*direkt veya araştırma yoluyla*” ifadesi çıkarıldığında maddenin anlamının değişmediği görülmüş ve madde “*Sağlık alışkanlıklarım ile ilgili sorular soruldu*” şeklinde değiştirilmiştir. 18. maddede “*sağlık eğitimcisi ve danışman*” ifadesinde anlaşılabilirliğin sağlanması için ülkemizdeki uygulamalar dikkate alınmış ve madde “*Diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacım olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirildim*” şeklinde değiştirilmiştir. Orijinal ölçekteki 19. maddede yer alan “*göz doktoru, cerrah gibi*” ifadesi kronik hastalıkların hepsinde aynı tür hekime ihtiyaç olamayacağından, anlam karışıklığını önlemek için çıkarılmış ve madde “*Diğer branşlardaki hekimlere gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı*” şeklinde değiştirilmiştir. Kapsam geçerlik indeksi için önerilen referans değerler dikkate alındığında (Talbot 1995), bu çalışmadaki KGİ= 0.85 değeri ölçme aracında bulunan maddelerin ölçülmek istenen özellik alanını yeterli düzeyde temsil ettiğini göstermiştir.

**Güvenirlilik**, ölçme aracının verileri doğru topladığını ve yinelenebilir olduğunu belirlemektedir (Erefe 2002). Diğer bir ifadeyle, aynı değişkenin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılıktır (Gözüm ve Aksayan 2003; Öner 1993). Ölçeğin güvenirliliğini

değerlendirmek için güvenilirlik ölçütlerinden birisi iç tutarlık analizleridir. Ölçeğin belli bir amaçla, bağımsız birimlerden oluştuğu ve bunların bir bütün içinde, bilinen ve birbirine eşit ağırlıkları olduğu varsayımına dayanan bir kavramdır (Erefe 2002; Gözüm ve Aksayan 2003). Bir ölçeğin iç tutarlık güvenilirliğine sahip olduğunu söyleyebilmek için ölçeğin tüm alt boyutlarının aynı özelliği ölçtüğünü kanıtlamak gerekmektedir (Gözüm ve Aksayan 2003). İç tutarlık güvenilirliğini değerlendirmek için çeşitli yöntemler olmakla beraber bu çalışmada madde analizleri ve Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır.

Ölçekteki maddeler eşit ağırlıkta ve bağımsız üniteler şeklinde ise her madde ile toplam puan arasındaki korelasyonun yüksek olması beklenmektedir. Bu doğrultuda bir maddenin toplam puanla düşük korelasyon göstermesi o maddenin diğer maddelerden farklı bir nitelik ölçtüğünü göstermektedir. İlgili literatürde korelasyon katsayısının 0,30'un üzerinde olması gerektiği ifade edilmektedir (Nunnally ve Bernstein 1994; Öner 1987). Bu doğrultuda belli bir değer altında olan maddelerin çıkarılması ve toplam puan hesabına katılmaması gerekebilmektedir (Gözüm ve Aksayan 2003). Bu çalışmada ölçeğin madde toplam puan korelasyonları incelendiğinde, 0,46 ile 0,69 arasında yeterli düzeyde korelasyon değerleri gösterdiği ve tüm maddelerin 0,30'dan yüksek değerler aldığı görülmüştür. Sonuçta ölçekten hiçbir madde çıkarılmamış ve madde toplam puan korelasyon değerleri uygun güvenilirlik düzeyinde bulunmuştur.

Bazı yayınlarda, likert tipinde puanlanan bir ölçeğin iç tutarlığının Cronbach alfa katsayısı ile ölçülmesinin uygun olduğu belirtilmektedir (Ercan ve Kan 2004; Gözüm ve Aksayan 2003). Alfa katsayısı ne kadar yüksekse ölçekteki maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini kapsayan maddelerden oluştuğu varsayılmaktadır (Gözüm ve Aksayan 2003). Bu doğrultuda alfa katsayısının mümkün olduğu kadar 1'e yakın olması beklenmektedir (Erefe 2002; Gözüm ve Aksayan 2003). Orjinal ölçeğin geliştirilmesine yönelik çalışma bulgularında alt ölçeklere ait Cronbach alfa katsayıları 0,77 ile 0,90 arasında olup toplam ölçek alfası 0,93 olarak belirtilmektedir (Glasgow ve ark. 2005b). Literatür taramaları, yakın dönemde geliştirilen ölçeğin farklı dillere çevrilerek kültürel uyumunun yapıldığını göstermektedir. Bu çalışmalarda Cronbach alfa katsayıları İspanyolca'da 0,87 (Aragones ve ark. 2008), Hollanda dilinde 0,93 (Wensing ve ark. 2008) ve Almanca'da 0,90'dır (Rosemann ve ark. 2007). Bu çalışma ile Türk diline uyarlaması yapılan ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,91, alt ölçek alfa katsayıları ortalama 0,74 (alt ölçekler için 0,71-0,79) olup elde edilen iç tutarlık değerinin diğer araştırma bulgularına benzer olduğu söylenebilir. Literatürde güvenilirlik katsayısının

0,70 ve üzerinde olmasının yeterli olacağı belirtilmekle birlikte 0,85-0,95 aralığının ve bireylerin gelecekları hakkında önemli kararlar verilmesine yönelik ölçmelerde 0,95 ve üzerinde seçilmesinin daha iyi olacağı belirtilmektedir (Erefe 2002; Gözüm ve Aksayan 2003). Bu bağlamda çalışmada elde edilen ölçek toplamı ve alt ölçek alfa katsayılarının yüksek ve anlamlı olması nedeniyle iç tutarlığın yüksek olduğu söylenebilir.

Test-tekrar test güvenilirliği ise bir ölçeğin zamana karşı değişmezliğini değerlendiren bir teknik olup bu çalışmada test-tekrar test korelasyon katsayısı 0,93 ( $p=0,00$ ) olarak bulunmuştur. Bu konuda yapılan araştırma raporlarına göre test-tekrar test korelasyonları orjinal çalışmada 0,58 (Glasgow ve ark. 2005b) olup diğer çalışmalarda 0,81 (Rosemann ve ark. 2007), 0,77'dir (Aragones ve ark. 2008). Kronik hastalık bakımını değerlendirmeye yönelik diğer çalışmalar incelendiğinde, test-tekrar test uygulamasının farklı zaman dilimlerinde yapıldığı görülmektedir. Test-tekrar test süresini Glasgow ve ark. (2005b) 3 ay, Aragones ve ark. (2008) 2-4 ay, Rosemann ve ark. (2007) 2 hafta olarak almışlardır. Wensing ve ark. (2008) çalışmasında tekrar test güvenilirliğine bakılmamıştır. Öner (1987) test-tekrar test yönteminde korelasyon katsayısının 0,70'in üzerinde olması gerektiğini belirtmektedir. Sonuçta bu çalışmada tekrar test korelasyonlarının yüksek olması sebebiyle ölçeğin tekrarlayan ölçümlerinde benzer ölçüm değerlerini sağlama özelliğine sahip ve tutarlı olduğu söylenebilir.

**Geçerlik**, bir ölçme aracının “neyi”, ne denli “isabetli” olarak ölçtüğüyle ilgili kavramdır (Öner 1993). Bir ölçmenin geçerli sayılabilmesi için aynı zamanda güvenilir olması gerekmektedir (Ercan ve Kan 2004; Gözüm ve Aksayan 2003). Geçerlik belirleme yöntemlerinden olan yapı geçerliği ise ölçeğin ilgili kavram veya kavramsal yapının tümünü ölçme yeteneğini gösterir. Yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde en sık kullanılan yöntemlerden biri faktör analizidir. Faktör analizi, ölçekteki maddelerin farklı boyutlar altında toplanıp toplanmadığını değerlendirmek için yapılan bir işlemdir (Gözüm ve Aksayan 2003).

Çalışmada ölçek yapı geçerliğinin belirlenmesinde açımlayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır. Analiz öncesinde verilerin açımlayıcı faktör analizi için uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri ve Barlett's testi ile incelenmiş; KMO=0,89 iken Barlett's testi  $p=0,00$  anlamlılık düzeyinde bulunmuştur. KMO'nun 0,60'dan yüksek ve Barlett testinin anlamlı çıkmasının verilerin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir (Büyüköztürk 2007). Ölçeğin diğer dillerdeki geçerlik çalışmaları ile karşılaştırıldığında Wensing ve ark. (2008) çalışmasında benzer

sonuçlar ( $KMO=0,84$ ,  $p=0,00$ ) görülmüştür. Sonuç olarak verilerin faktör analizi için uygun olduğu sonucuna varılmıştır. Faktörlere ait varyans ve özdeğerler incelendiğinde; ölçeğin toplam varyansının yeterli olduğu (%63,74) ve en yüksek varyansın Faktör 1’de toplandığı görülmektedir. Bu sonuç en fazla maddenin bu faktörde toplandığını göstermekte olup, Wensing ve ark. (2008) çalışmasındaki elde edilen değerle (%70) benzerdir. Ölçeğin 5 faktörlü yapısının yanısıra, bazı maddelerin orijinal ölçekteki faktörler dışındaki faktörlerde toplandığı görülmüştür. Maddelerin faktörlere dağılımındaki bu kayma durumu Wensing ve ark. (2008) çalışması ile benzerlik göstermektedir. Faktör yüklerine bakıldığında, Açıklayıcı faktör analizinde bir maddenin belirlenen faktörün altında toplandığını söyleyebilmek için o maddenin 0,40 ve üzerinde faktör yükü değeri alması gerekmektedir (Nunnally ve Bernstein 1994). Bu doğrultuda ölçek maddelerinin faktör yükleri 0,42 ile 0,89 arasında değişmekte olup analizden madde çıkarma işlemi yapılmamıştır. Açıklayıcı faktör analizinde sonuç olarak; ölçeğin orijinal çalışmaya benzer olarak beş faktörlü yapı göstermekle birlikte maddelerin faktörlere dağılımında farklılıklar olduğu ve bu farklılığın Hollanda çalışması ile benzerlik gösterdiği, faktör yüklerinin tüm maddelerde 0,40’dan büyük olduğu ve tüm maddelerin analize alındığı, toplam varyansın Hollanda çalışmasındaki varyansa yakın ve yüksek olduğu bulunmuştur.

Doğrulayıcı faktör analizinde ölçeğin 5 faktörlü yapı gösterdiği ve tüm maddelerin faktörlere orijinal ölçekle benzer şekilde dağıldığı görülmüştür. Bu sonucun Aragonés ve ark. (2008) çalışmasıyla benzerlik gösterdiği; Wensing ve ark. (2008) ile Rosemann ve ark. (2007) çalışmasından farklı olduğu görülmüştür. Doğrulayıcı faktör analizinde faktör yüklerinin 0,30 ve üzerinde olması önerilmektedir (Harrington 2009; Şimşek 2007). Bu çalışmada tüm maddelerin faktör yükleri 0,37 ile 0,79 arasındadır. Bu değer Glasgow ve ark. (2005b) ile Aragonés ve ark. (2008) çalışmalarından düşük olmakla birlikte 0,30’un üzerinde bulunmuştur. Doğrulayıcı faktör analizinde uyum iyiliği istatistiklerinin istenilen düzeyde olması gerekmektedir. Bu çalışmadaki doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre ki-kare değeri= $422,33/157=2,69$  olarak bulunmuş ve bu değer modelin kabul edilebilir olduğunu göstermektedir. Analiz sonucunda elde edilen RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation: Tahminin Ortalama Karekök Hatası), SRMR (Standardized Root Mean Square Residual: Standart Temel Ortalama Düzeltmesi Sonucu), CFI (Comparative Fit Index: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi), NNFI (Non-Formed Fit Index: Biçimlendirilmemiş Uyum İndeksi), GFI

(Goodness of Fit Index: Uyum İyiliği İndeksi , AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index: Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi) değerlerine göre ölçeğin uyumunun iyi düzeyde (Harrington 2009) olduğu bulunmuştur.

Sonuç olarak her iki faktör analizinde de ölçeğin orjinal dildeki çalışma sonuçlarına benzer olarak 5 faktörlü yapı göstermiş ve tüm faktör yüklerinin referans değerlerin üzerinde bulunmuş olması yapı geçerliğinin yeterli olduğunu göstermektedir.

### **Kronik Hastalık Bakımının Değerlendirilmesi**

Örnekleme grubundaki kronik hastalar kendilerine sunulan kronik bakım hizmetlerini  $2,54 \pm 0,9$  düzeyinde, diğer bir ifadeyle “nadiren” ile “bazen” arasında değerlendirmiştir. Bu değer Aragonés ve ark. (2008) çalışmasından düşük ( $3,17 \pm 0,8$ ), Glasgow ve ark. (2005b) çalışması ( $2,60 \pm 1,0$ ) ile Rosemann ve ark. (2007) çalışmasına ( $2,44 \pm 1,1$ ) benzer bulunmuştur.

Alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; Glasgow ve ark. (2005b) ile Aragonés ve ark. (2008) çalışmasına benzer şekilde, ölçek alt boyutları arasında *İzlem\Koordinasyon* madde puan ortalaması en düşük ( $1,94 \pm 1,0$ ), *Sağlık Hizmetleri Sunum Planı\Karar Verme* madde puan ortalaması en yüksek ( $3,36 \pm 1,1$ ) bulunmuştur. Rosemann ve ark. (2007) geçerlik çalışmasında ise en düşük ortalama yine *İzlem\Koordinasyon* ölçeğinde iken, en yüksek ortalama *Hasta Katılımı* alt ölçeğinde bulunmuştur.

Bu çalışma kapsamında yer alan hastaların çoğunluğu 40 yaş üstünde, kadın, evli, ilkokul mezunu, çalışmayan, orta gelirli ve sağlık sigortasına sahiptir. Hastaların yarıdan fazlası gelir ve sağlık durumlarının orta düzeyde olduğunu belirtmiştir. Hastalık özellikleri arasında en sık görülen ilk iki hastalık hipertansiyon ve diyabettir. Katılımcıların yarıdan fazlasında ek olarak başka bir kronik hastalık bulunmaktadır. İlaç kullanma durumları incelendiğinde; katılımcıların hemen hemen tümü (%99) hastalığı ile ilgili ilaç kullanmakta, ilaç kullananların çoğu ilaçlarını önerilen zamanda ve miktarda aldığını belirtmektedir. Hastaların yaklaşık yarısı (%46) sağlık eğitimi almış olup eğitimlerin büyük oranda doktor, hemşire ve televizyon/radyo yoluyla alındığı bulgulanmıştır.

Bu çalışmada ayrıca toplam ölçek madde puanları ile bazı değişkenler arasındaki ilişkiler araştırılmış ve *yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık sigortalı olma durumu, gelir ve sağlık durum algısı, hastalık türü, sağlık eğitimi alma durumu* ile anlamlı sonuçlar bulunmuştur. Çalışmada 20-39 yaş arasında olanlar lise-yüksekokul ve

üzeri eğitilmişler, çalışanlar, sağlık sigortası olanlar, gelir ve sağlık durum algı puan ortalaması yüksek olanlar, diyabetliler, sağlık eğitimi alanlar kendilerine sunulan kronik bakım hizmetlerini anlamlı olarak daha iyi değerlendirmişlerdir. Bu konuda yapılan uluslararası bazı çalışma bulgularında da benzer sonuçlar bulunmuştur. Glasgow ve ark. (2005b), yaş, cinsiyet, eğitim durumu, hastalık sayısı ve hastalık türü ile; Rosemann ve ark. (2007) yaş, eğitim durumu ve hastalık türü ile; Wensing ve ark.(2008) hastalık türü ile kronik hastalık bakım puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulmuştur. Bu çalışmanın asıl amacı kronik hastalık bakımının değerlendirilmesine yönelik olmamakla birlikte, elde edilen bulgular gelecekte yapılacak çalışmalarda sağlık profesyonellerine fikir verebilir. Bu doğrultuda incelen bazı değişkenlerle toplam ölçek puan ilişkileri bir ön çalışma olarak düşünülmeli ve farklı kronik hastalığı olan bireyleri temsil eden örneklem gruplarında benzer yönde araştırmalar yinelenmelidir.

**Araştırmanın Sınırlılıkları:** Bu araştırmadaki sınırlılıklar şunlardır:

- Örneklemin sadece belli bir bölgede yaşayan ve iki kurumdan hizmet alan hastalar arasından olasılıksız olarak seçilmesi,
- Örneklemin farklı kronik hastalığı olan bireyleri kapsamaması,
- Çalışmada değerlendirilen sağlık hizmetlerinin kronik bakım modeline dayalı hizmetler olmamasıdır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkçe'ye çevrilen Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği, çeviri çalışmaları ve uzman görüşleri sonucunda Türk toplumunda kullanılabilir olduğu belirlenmiştir. Kapsam geçerlik indeksi puanı 0,85'tir. Ölçeğin güvenilirliğinin belirlenmesinde iç tutarlık analiz sonuçları incelendiğinde; madde toplam puan korelasyonları 0,46-0,69 arasında olup maddelerin hiçbiri 0,40'ın altında puan almadığı için ölçekten hiçbir madde çıkarılmamış ve madde toplam puanları uygun güvenilirlik düzeyinde bulunmuştur, ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,91, alt boyutlarda 0,71 ile 0,79 arasında olup ölçek toplamı ve alt ölçek alfa katsayıları 0,70'den yüksek ve anlamlı bulunmuştur, test-tekrar test analizi sonucunda korelasyon katsayısı 0,93 olarak bulunmuş ve ölçeğin iç tutarlığının oldukça yüksek olduğu görülmüştür. Geçerliğin belirlenmesinde yapı geçerliği kapsamında faktör analizi incelenmiştir. Doğrulayıcı ve açımlayıcı faktör analizi sonucunda ölçek 5 faktörlü yapı göstermiş olup maddelerin faktör yükleri yeterli olduğundan tüm ölçek maddeleri analize alınmıştır. Faktör analizlerinde, varyansın %63,75'ini açıkladığı ve uyum iyiliği istatistiklerinde ölçeğin uyumunun iyi olduğu bulunmuştur.

Geçerlik ve güvenilirlik ölçümlerinde sonuç olarak; Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği'nin kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımı değerlendirmelerinde Türkçe'de geçerli ve güvenilir olarak kullanılabilir kısa ve özet bir araç olduğu söylenebilir. Ölçek yüksek iç tutarlık, tekrar test sonuçları göstermiş ve yapılan faktör analizlerinde orijinal ölçeğe benzer şekilde 5 faktöre dağılmıştır.

Kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımı değerlendirme puan ortalaması  $2,54 \pm 0,9$ 'dur. Alt ölçek puan ortalamaları; Hasta Katılımı= $2,57 \pm 1,33$ , Karar Verme= $3,36 \pm 1,17$ , Amaç Belirleme= $2,39 \pm 1,06$ , Problem Çözme= $2,83 \pm 1,32$ , İzlem\Koordinasyon= $1,94 \pm 1,03$  şeklindedir. Alt ölçeklerin puan ortalaması diğer çalışmalarla benzer olup en düşük ortalama İzlem\Koordinasyon alt ölçeğinde, en yüksek ortalama Sağlık Sistem Tasarımı\Karar Verme alt ölçeğindedir.

Katılımcıların çoğunluğu 40 yaş ve üzeri, kadın, ilkokul mezunu, çalışmayan, sağlık sigortalı, gelir ve sağlık durumu orta düzeyde, hipertansiyonludur. Katılımcıların yarısından fazlasında ilave hastalık bulunmaktadır. Ölçek madde puan ortalamaları ile yaş,

*eğitim durumu, çalışma durumu, sigortalı olma durumu, gelir ve sağlık durum algıları, hastalıklar, sağlık eğitimi alma durumu* arasında anlamlı sonuçlar bulunmuştur.

**Bu doğrultuda öneriler;**

- Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirliği yapılan Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği; daha büyük ve farklı özelliklere sahip geniş örneklem gruplarında, farklı alanlarda ve farklı hastalıklarda tekrar uygulanmalı ve değişmezliği araştırılmalıdır,

- Ölçeğin kronik hastalığı olan bireylere sunulan bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi ve bakım kalitesinin geliştirilmesi için sağlık profesyonelleri tarafından kullanılması önerilir.

## KAYNAKLAR

Acaroğlu, R., Şendir, M., Kaya, H., Sosyal, E. (2007) Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımının Hasta Memnuniyeti ve Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesine Etkisi. *İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yyksek Okulu Dergisi*, 59, 61-67.

Adams, S.G., Smith, P.K., Allan, P.F. ve ark (2007) Systematic Review of the Chronic Care Model in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Prevention and Management. *Arch Intern Med*, 167, 551-561.

Akdemir N. (2005) Kronik Hastalıklar ve Sorunları. İçinde N. Akdemir, L. Birol, *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. 2. Baskı, Ankara: Sistem Ofset; 193-200.

Akgyl, A. (2005) *Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri "SPSS Uygulamaları"*. 3.Baskı, Ankara: Emek Ofset.

Akın, S., Erdoğan, S. (2007) The Turkish Version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale Used on Medical and Surgical Patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 646-653.

Aksayan, S., Gzyym, S. (2002) Kylturlerarası Olçek Uyarlaması İçin Rehber I: Olçek Uyarlama AŞamaları ve Dil Uyarlaması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 4(1), 9-14.

Aktyrk, Z., Dağdeviren, N., Őahin, E.M., Ozer, C., Yaman, H., GoktaŐ, O., Filiz, T.M., Topsever, P., Onganer, E., Aydın, S., YarıŐ, F., MaraŐ, İ. (2002) Hastalar Hekimleri Değerlendiriyor: Eoropep Olçegi. *Dokuz Eylyl Yniversitesi Tıp Fakyltesi Dergisi*, 1-8.

Aragones, A., Schaefer, E.W., Stevens, D. , Gourevitch, M.N., Glasgow, R.E., Shah, N.R. (2008) Validation of the Spanish Translation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) Survey. *Preventing Chronic Disease*, 5(4), 1-10.

Barr, V.J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L. Dotts, A., Ravensdale, D., Salivaras, S. (2003) The Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 7(1), 73-82.

Beaglehole, R., Epping-Jordan, J., Patel, V., Chopra, M., Ebrahim, S., Kidd, M. ve ark. (2008) İmproving the Prevention and Management of Chronic Disease in Low-Income and Middle-Income Countries: A Priority for Primary Health Care. *Lancet*, 372, 940-949.

Bilir, N. (2006) Değişen Sağlık Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü: Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25(3), 1-6.

Bilir, N. ve Subaşı, N. P. (2006) Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kontrolü. İçinde Ç. Güler, L. Akın, (Ed.), *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 1032-1034.

Bodenheimer, T., Wagner, E.H. ve Grumbach, K. (2002a) İmproving Primary Care for Patients With Chronic Illness. *JAMA*, 288(14), 1775–1779.

Bodenheimer, T., Wagner, E.H. ve Grumbach, K. (2002b) İmproving Primary Care With Chronic Illness: The Chronic Care Model, Part 2. *JAMA*, 288(15), 1909-1914.

Bonomi, A.E., Wagner, E.H., Glasgow, R.E. ve VonKorff, M. (2002) Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): A Practical Tool to Measure Quality Improvement. *Health Services Research*, 37(3), 791-820.

Burns, N., Grove, S.K. (1997) *The Practice of Nursing Research Conduct, Critique&Utilization*. Third Edition, Philadelphia: W.B.Saunders Company.

Büyüköztürk, Ş. (2007) *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizleri El Kitabı İstatistik, Araştırma Deseni, SPSS Uygulamaları ve Yorum*. 8. Baskı, Ankara: Pegama Yayıncılık.

Carlini, B.H., Schauer, G., Zbikowski, S. ve Thompson, J. (2009) Using the Chronic Care Model to Address Tobacco in Health Care Delivery Organizations: A Pilot Experience in Washington State. *Health Promotion Practice*, 1-9.

Clark, N.M. ve Gong, M. (2000) Management of Chronic Disease By Practitioners and Patients: Are We Teaching The Wrong Things? *BMJ*, 320, 572-575.

Cranston, J. (2006) *Australian Primary Health Care Research Institute Primary Care Respiratory Unit Discipline of General Practice University of Adelaide South Australia*. Canberra: The Australian National University; 1-114.

Davis, R.M., Wagner, E.H. ve Groves, J. (1999) Managing Chronic Disease. *BMJ*, 318, 1090-1091.

Demirağ, S.A. (2009) Kronik Hastalıklar ve Yaşam Kalitesi. *Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi*, 2, 58-65.

Epping-Jordan, J.E., Pruitt, S.D., Bengoa, R. ve Wagner, E.H. (2004) Improving the Quality of Health Care for Chronic Conditions. *Qual Saf Health Care*, 13, 299-305.

Ercan, İ., Kan, İ. (2004) Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3), 211-216.

Erefe, İ. (2002) Veri Toplama Araçlarının Niteliği. İçinde Erefe, İ. (Ed.), *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri*. İstanbul: Odak Ofset; 169-188.

Geyman, J.P. (2007) Disease Management: Panacea, Another False Hope, or Something in Between? *Ann Fam Med*, 5, 257-260.

Glasgow, R.E., Orleans, T.C. ve Wagner, E.H. ve ark. (2001) Does the Chronic Care Model Serve Also as a Template for Improving Prevention? *The Milbank Quarterly*, 79 (4), 579-612.

Glasgow, R.E., Nelson, C.C., Whitesides, H. ve King, D.K. (2005a) Use of The Patients Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) With Diabetic Patents. *Diabetes Care*, 28, 2655–2661.

Glasgow, R.E., Wagner, E.H., Schaefer, J., Mahoney, L.D., Reid, R.J. ve Greene, S.M. (2005b) Development and Validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). *Med Care*, 43(5), 436–444.

Gözüm, S., Aksayan, S. (2003) Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(1), 3-14.

Harrington, D. (2009) *Confirmatory Factor Analysis*. New York: Oxford University Press.

Haskett, T.(2006) Chronic Illness Management: Changing the System. *Home Health Care Management Practice*, 18, 492–496.

Hung, D.Y., Rundall, T.G., Tallia, A.F. Cohen, D.J. ve ark (2007) Rethinking Prevention in Primary Care: Applying the Chronic Care Model to Address Health Risk Behaviors. *The Milbank Quarterly*, 85 (1), 69–91.

Improving Chronic Illness Care [ICIC] (2007) *Does the Chronic Care Model Work?* Erişim: 09.03.2010,  
[http://www.improvingchroniccare.org/downloads/does\\_the\\_chronic\\_care\\_model\\_workp df.pdf](http://www.improvingchroniccare.org/downloads/does_the_chronic_care_model_workp df.pdf)

Improving Chronic Illness Care [ICIC] (2006) *The Chronic Care Model*. Erişim: 03.04.2010,

<http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Chronic+Care+Model&s=124>

International Council of Nurses [ICN] (2010) Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care. International Nurses Day 2010. 1–69.

International Diabetes Federation [IDF] (2001) *Diabetes and Cardiovascular Disease: Time to Act*. Erişim:09.03.2010,

<http://www.idf.org/webdata/docs/Diabetes%20and%20CVD.pdf>

International Diabetes Federation [IDF] (2007) *World Diabetes Day Media Kit*. Erişim:09.03.2010,

[http://www.idf.org/websdata/docs/World\\_Diabetets\\_Day\\_Media\\_Kit.pdf](http://www.idf.org/websdata/docs/World_Diabetets_Day_Media_Kit.pdf)

İrgil, E. (2006) *Kronik Hastalıklar Epidemiyolojisi*. Erişim: 05.02.2010, [http://halksagligi.uludag.edu.tr/emel\\_irgil\\_3011/kronik\\_Hast\\_Epidemiyolojisi.pdf](http://halksagligi.uludag.edu.tr/emel_irgil_3011/kronik_Hast_Epidemiyolojisi.pdf)

Kaya, N., Solmaz, Ş., Bolol, N. (2007) Larinjektomili Bireylerin Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesini Değerlendirmede Euroqol Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerliği. *İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 15(58): 30-39.

Landon, B.E., Hicks, L.S., O'Malley, A.J., Lieu, T.A. ve ark. (2007) Improving the Manager of Chronic Disease at Community Health Centers. *The New England Journal Medicine*, 356, 921-934.

Mcevoy, P., Barnes, P. (2007) Using the Chronic Care Model to Tackle Depression Among Older Adults Who Have Long-Term Physical Conditions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 233–238

Metintaş, S., Tayfur, M., Ünlüoğlu, A. ve Akşit, A. (2002) Kronik Hastalıklar. İçinde F. Akyürek (Ed.) *Aile Sağlığı*. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayın No: 1375, 213-217.

Mollahaliloğlu, S., Hülür, Ü., Yardım, N., Özbay, H., Çaylan, A.K., Ünüvar, N. Ve ark. (Ed.) (2007) *Türkiye’de Sağlığa Bakış*. Ankara: Bölük Ofset Matbaacılık.

Nunnally, J.C., Bernstein, I.H. (1994). *Psychometric Theory*. Third Ed. New York: McGraw-Hill, Inc.

Nutting, P.A., Dickinson W.P., Dickinson, L.M., Nelson, C.C., King, D.K., Crabtree, B.J. ve ark. (2007) Use of Chronic Care Model Elements is Associated with Higher-Quality Care for Diabetes. *Ann Fam Med*, 5, 14–20.

Onat, A. (Ed.) (2009) *TEKHARF 2009 Türk Halkının Kusurlu Kalp Sağlığı Sırrına Işık, Tıbbı Önemli Katkı*. İstanbul: Figür Grafik ve Matbaacılık.

Ornstein, S.M. ve Jenkins, R.G. (1999) Quality of Care for Chronic Illness in Primary Care: Opportunity for Improvement in Process and Outcome Measures. *The American journal of Managed Care*, 5, 621-627.

Öner, N. (1987) Kültürlerarası Ölçek Uyarlamasında Bir Yöntembilim Modeli. *Psikoloji Dergisi IV. Ulusal Psikoloji Kongresi Özel Sayısı*, 6(21), 80-82.

Öner, N. (1993) *Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler Bir Başvuru Kaynağı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayını.

Özpancar, N. ve Fesci, H. (2008) *Hipertansiyon ve Yaşam Kalitesi*. Erişim: 27.01.2010, [http://www.universite-toplum.org/pdf/pdf\\_UT\\_381.pdf](http://www.universite-toplum.org/pdf/pdf_UT_381.pdf)

Piatt, G.A., Orchard, T.J., Emerson, S., Simmons, D., Songer, T.J., Brooks, M.M. ve ark. (2006) Translating The Chronic Care Model into the Community. *Diabetes Care*, 29, 811–817.

Piatt, G.A., Zgibor, J.C. (2007) Current Opinion in Endocrinology. *Diabetes & Obesity*, 14, 158-165.

Rosemann, T., Laux, M.D., Droesemeyer, S., Gensichen, J. ve Szecsenyi, J. (2007) Evaluation of a Culturally Adapted German Version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) Questionnaire in a Sample of Osteoarthritis Patients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13, 806–813.

Rosemann, T., Laux, G., Szecsenyi, J., ve Grol, R. (2008) The Chronic Care Model: Congruency and Predictors Among Primary Care Patients with Osteoarthritis. *Qual. Saf. Health Care*, 17, 442-446.

Rothman, A.A. ve Wagner, E.H. (2003) Chronic Illness Management: What Is the Role of Primary Care? *Ann Intern Med*, 138, 256–261.

Schmittiel, J., Mosen, D.M., Glasgow, R.E., Hibbard, J., Remmers, C. ve Bellows, J. (2007) Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) Patient-Centered Outcomes for Chronic Conditions. *J Gen Internal Medicine*, 23(1), 77–80.

Solberg, L.I., Trangle, M.A. ve Wineman, A.P. (2005) Follow-Up and Follow-Through of Depressed Patients in Primary Care: The Critical Missing Components of Quality Care. *J Am Board Fam Pract*, 18, 520–7.

Talbot, L.A. (1995) *Principles And Practice Of Nursing Research*. St.Louis: Mosby Year Book, Inc.

Tsai, A.C., Morton, S.C., Mangione, C.M. ve Keeler, E.B. (2005) A Meta-Analysis of Interventions to Improve Care for Chronic Illnesses. *Am J Manag Care*, 11, 478-488.

Ünüvar, N., Mollahaliloğlu, S. ve Yardım, N. (Ed.) (2006) *Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004*. Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık San. Ve Tic Ltd. Şti.

Wagner, E.H. (2000) The Role of Patient Care Teams in Chronic Disease Management. *BMJ*, 320, 569-572.

Wagner, E.H. (2004) Chronic Disease Care. *BMJ*, 328, 177–178.

Wagner, E.H., Austin, B.T., Davis, C., Hindmarsh, M. ve ark. (2001) Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action Interventions that Encourage People to Acquire Self-Management Skills are Essential in Chronic Illness Care. *Health Affairs*, 20 (6), 64-78.

Wang, H.M., Beyer, M., Gensichen, J. ve Gerlach, F.M. (2008) Health Related Quality of Life Among General Practice Patients with Differing Chronic Disases in Germany: Cross Sectional Survey. *BMC Public Health*, 8, 246-258.

Wensing, M., Lieshoud, J.V., Jung, H.P., Hermsen, J. ve Rosemann, T. (2008) The Patients Assessment Chronic Illness Care (PACIC) Questionnaire in the Netherlands: A Validation Study in Rural General Practice. *BMJ*, 8, 182–188.

World Health Organization [WHO] (2001) Adherence to Long-Term Therapies: Policy for Action. Meeting Report. WHO/MNC/CCH/01.02,1-21.

World Health Organization [WHO] (2005) *Chronic Disease*. Erişim 07.09.2008, [http://www.who.int/topics/chronic\\_disease/en/](http://www.who.int/topics/chronic_disease/en/)

World Health Organization [WHO] (2008a) *2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Erişim: 09.03.2010, <http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf>

World Health Organization [WHO] (2008b) *Process of Translation and Adaptation of Instruments*. Erişim 30.10.2008, [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/translation/en/print.html](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/print.html)

World Health Organization [WHO] (2009a) *Diabetes*. Erişim: 09.03.2010, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>

World Health Organization [WHO] (2009b) *Cardiovascular Diseases*. Erişim: 09.03.2010, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>

World Health Organization [WHO] (2009c) *Respiratory Diseases*. Erişim:09.03.2010, <http://www.who.int/respiratory/en/>

Yurdugöl, H. (2005) *Davranış Bilimlerinde Ölçek Geliştirme Çalışmaları İçin Bazı Ayrıntılar*. Erişim: 11.11.2008, [http://yunus.hacettepe.edu.tr/~yurdugul/3/indir/FA\\_OrneklemGenislikleri.pdf](http://yunus.hacettepe.edu.tr/~yurdugul/3/indir/FA_OrneklemGenislikleri.pdf)

**EKLER**

**EK 1: GÖRÜŞME FORMU**

**EK 2: KRONİK HASTALIK BAKIMINI DEĞERLENDİRME ARACI-HASTA FORMU**

**EK 3: PATIENT ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS CARE QUESTIONNAIRE (PACIC)**

**EK 4: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

**EK 5: ÖLÇEĞİN KAPSAM GEÇERLİĞİ İÇİN GÖRÜŞLERİ ALINAN UZMANLARIN LİSTESİ**

**EK 6: ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KURUM İZİNİ**

**EK 7: ASM ÖZEL SUADİYE TIP MERKEZİ KURUM İZİNİ**

**EK 8: ETİK KURUL KARARI**

**EK 9: KRONİK HASTALIK BAKIMINI DEĞERLENDİRME ARACI'NIN ARAŞTIRMADA KULLANIM İZİNİ**

**EK 1: GÖRÜŞME FORMU****GÖRÜŞME TARİHİ: ... \ ... \ 2010****Form No:**

Ad-Soyadınız:

Adres\Telefonunuz:

1. KURUM:
2. Yaşınız:
3. Cinsiyetiniz:  1 Erkek  2 Kadın
4. Eğitim Durumunuz (En son mezun olduğunuz okul):  
 1 Okur-yazar değil  2 Okur-yazar  3 İlkokul  
 4 Ortaokul  5 Lise  6 Yüksekokul ve üzeri
5. Medeni Durumunuz:  
 1 Evli  2 Bekar  3 Boşanmış\Dul  4 Diğer .....
6. Gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor musunuz?  
 1 Hayır  2 Evet (Mesleğiniz nedir?).....
7. Sağlık sigortası durumunuz:  
 1 Yok  2 Var (Belirtiniz).....
8. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?  
 1 Çok Kötü  2 Kötü  3 Orta derecede  4 İyi  5 Çok İyi
9. Sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?  
 1 Çok Kötü  2 Kötü  3 Orta derecede  4 İyi  5 Çok İyi
10. Şu anda polikliniğe\ sağlık merkezine gelme nedeniniz olan doktorunuz tarafından tanı konmuş kronik hastalığınız nedir? Bu hastalığınıza ne zaman tanı kondu?  
Hastalığınız  Ne Zaman Tanı Kondu?  
.....  
.....
11. Yukarıda belirtilen hastalığınız dışında kronik hastalığınız\hastalıklarınız var mı?  
 1 Hayır, yok  2 Evet, var
12. Cevabınız “Evet” ise hastalığınızı ve ne zaman tanı konduğunu yazınız?  
Hastalığınız  Ne Zaman Tanı Kondu?  
.....  
.....
13. Kronik hastalığınız için sürekli kullandığınız ilaçlarınız nelerdir?  
.....

14. İlaçlarınızı her zaman size önerildiği\reçete edildiği zamanlarda alıyor musunuz?  
 1 Hayır                       2 Bazen                       3 Evet
15. İlaçlarınızı her zaman size önerildiği\reçete edildiği dozda\miktarında alıyor musunuz?  
 1 Hayır                       2 Bazen                       3 Evet
16. Sigara içiyor musunuz?  
 1 Hayır, hiç içmedim     2 Bıraktım                       3 Evet, içiyorum. Miktarı(    paket\yıl)
17. Hastalığınız nedeniyle son 6 ayda hastanede yattınız mı?  
 0 Hayır, hiç yatmadım                       1 Bir defa                       2 İki defa  
 3 Üç defa                       4 Dört                       5 Beş ve üzeri
18. Cevabınız “Evet” ise kaç gün\ay yattınız?  
 Yatış süreniz.....
19. Kronik hastalığınız nedeniyle son 6 ayda acil servise gittiniz mi?  
 0 Hayır, hiç yatmadım                       1 Bir defa                       2 İki defa  
 3 Üç defa                       4 Dört                       5 Beş ve üzeri
20. Kronik hastalığınızla ilgili hiç sağlık eğitimi\bilgilendirme eğitimi aldınız mı?  
 1 Hayır                       2 Evet
21. Cevabınız “Evet” ise hastalıkla ilgili eğitim\bilgiyi nereden aldınız?  
 Doktorunuzdan                       1 Hayır                       2 Evet  
 Hemşirenizden                       1 Hayır                       2 Evet  
 Televizyon ve Radyodan                       1 Hayır                       2 Evet  
 Dergilerden ve Broşürlerden                       1 Hayır                       2 Evet  
 İnternette                       1 Hayır                       2 Evet  
 Diğer.....                       1 Hayır                       2 Evet

## EK 2: KRONİK HASTALIK BAKIMINI DEĞERLENDİRME ARACI-HASTA FORMU

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

Lütfen aşağıda yer alan her bir ifadeyi dikkatlice okuyarak, **son 6 ay içinde hastalığınız ile ilgili aldığınız bakımı değerlendiriniz**. Bakımınızla ilgili olan ifadeleri sıklık derecesini düşünerek, her bir ifadeye ilişkin görüşlerinizi en iyi yansıtan ya da size en uygun gelen seçeneği (X) şeklinde işaretleyiniz. Burada doğru ya da yanlış fikir yoktur. Lütfen her bir ifadenin cevaplanmış olmasına dikkat ediniz.

Son 6 ay içinde kronik hastalığımla ilgili bakım aldığımda;	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Tedavi planım yapılırken görüşlerim alındı.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Tedavim konusunda karar vermem için başka seçenekler sunuldu.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Sağlığım için yapmam gerekenler yazılı olarak verildi.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Bakımımın iyi düzenlenmiş olmasından memnun kaldım.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Kendi bakımı sağlamak için yaptığım şeylerin sağlığımı nasıl etkileyeceği açıklandı.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Beslenme ya da egzersiz yapma davranışlarımı geliştirmem için yardım edildi.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

<b>Son 6 ay içinde kronik hastalığımla ilgili bakım aldığımda;</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Çoğu zaman</b>	<b>Her zaman</b>
9. Tedavi planımın bir kopyası\örneği bana verildi.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edildim.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Sağlık alışkanlıklarım ile ilgili sorular soruldu.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Doktorum ya da hemşiremin gerekli olan tedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Günlük yaşamımda uygulayabileceğim bir tedavi planı yapmam için yardım edildi.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Zor zamanlarımda bile kendime bakabilmem için yapmam gerekenler konusunda yardım edildi.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. Hastalığımla hayatımı nasıl etkilediği soruldu.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Hastalığım konusunda bana yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya teşvik edildim.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacım olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirildim.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19. Diğer branşlardaki hekimlere gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. Diğer hekimlerle yaptığım görüşmeler konusunda sorular soruldu.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**EK 3: PATIENT ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS CARE QUESTIONNAIRE (PACIC)**

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

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

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

	None of the Time	A Little of the Time	Some of the Time	Most of the Time	Always
<b>11. Asked questions, either directly or on a survey, about my health habits.</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>12. Sure that my doctor or nurse thought about my values, beliefs, and traditions when they recommended treatments to me.</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>13. Helped to make a treatment plan that I could carry out in my daily life.</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>14. Helped to plan ahead so I could take care of my condition even in hard times.</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>15. Asked how my chronic condition affects my life.</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>16. Contacted after a visit to see how things were going.</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>17. Encouraged to attend programs in the community that could help me.</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>18. Referred to a dietitian, health educator, or counselor.</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>19. Told how my visits with other types of doctors, like an eye doctor or surgeon, helped my treatment.</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>20. Asked how my visits with other doctors were going.</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

#### **EK 4: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

Sayın katılımcı\hasta,

Bu çalışma hekim, hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından kronik hastalığı olan bireylere sunulan bakımın hasta tarafından değerlendirilmesine olanak veren bir aracın geçerlik ve güvenilirliğinin yapılmasını amaçlamaktadır. Hastalığınız konusunda size yardım edebilmemiz için, hekim, hemşire gibi sağlık görevlileri tarafından size sunulan bakım hakkında görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Bu konuda vereceğiniz bilgiler, gelecekte sizin gibi kronik sağlık sorunu olan hastaların daha iyi bakım almalarını sağlamak için yol gösterici olacaktır.

Çalışmada “Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği” ve araştırmacı tarafından hazırlanan “Görüşme Formu” kullanılacaktır. Formların doldurulması 5-6 dakikanızı alacaktır. Anket ve formdaki ifadeleri değerlendirmeniz, sizi en iyi yansıtan veya size en uygun gelen seçeneği belirtmeniz beklenmektedir.

Bu araştırma kapsamında size hiçbir girişim yapılmayacaktır. Dolayısıyla herhangi bir istenmeyen etki riski bulunmamaktadır. Bize verdiğiniz bilgiler gizli tutulacak ve doktorunuz, hastanemiz veya kliniğiniz ile paylaşılmayacaktır. Kişisel olarak verdiğiniz bilgiler yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve kullanılacaktır. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılmayacaktır. Araştırma süresince katılmayı ret etme ve istediğiniz anda çalışmadan çekilebilme hakkına sahip olacaksınız. Araştırmayı kabul etmeniz durumunda veya herhangi bir nedenle çalışmadan çıkmanız halinde, hastalığınız ile ilgili tedavi ve bakımınızda bir aksama olmayacaktır. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir ödeme yapmak zorunda kalmayacaksınız ve şahsınıza herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

#### **KATILIMCI\HASTA BEYANI**

Ben hasta olarak katılmam istenen çalışmanın kapsamı ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmadan katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın Adı-Soyadı:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı:

Tarih (gün\ay\yıl):

Tarih (gün\ay\yıl):

İmzası:

İmzası:

**EK 5: ÖLÇEĞİN KAPSAM GEÇERLİĞİ İÇİN GÖRÜŞLERİ ALINAN UZMANLARIN LİSTESİ\***

Prof.Dr. Neriman Akyolcu	İ.Ü.F.N.H.Y.O. Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı
Prof.Dr. Sevim Buzlu	İ.Ü.F.N.H.Y.O. Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Prof.Dr. Taner Damcı	İ.Ü.C.T.F. İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Prof.Dr. Semra Erdoğan	İ.Ü.F.N.H.Y.O. Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Prof.Dr. Nevin Kanan	İ.Ü.F.N.H.Y.O. Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı
Prof.Dr. Nursen Nahcivan	İ.Ü.F.N.H.Y.O. Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç.Dr. M.Nihal Esin	İ.Ü.F.N.H.Y.O. Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Yard. Doç.Dr. Ergül Aslan	İ.Ü.F.N.H.Y.O. Kadın Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı
Yard. Doç.Dr. Gülbeyaz Can	İ.Ü.F.N.H.Y.O. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yard. Doç.Dr. Ümran Oskay	İ.Ü.F.N.H.Y.O. Kadın Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı
Yard. Doç.Dr. Şeyda Özcan	İ.Ü.F.N.H.Y.O. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yard. Doç.Dr. Gülay Rathfisch	İ.Ü.F.N.H.Y.O. Kadın Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı
Yard. Doç.Dr. Zeliha Tülek	İ.Ü.F.N.H.Y.O. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Uzm. Dr. Mutlu Niyazoğlu	İ.Ü.C.T.F. İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Uzm. Hemş. Emine Kır Biçer	İ.Ü.C.T.F. İç Hastalıkları Anabilim Dalı

**\*İsimler alfabetik ve ünvan sırasına göre dizilmiştir.**

## EK 6: ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KURUM İZİNİ

### PROTOKOL

#### Taraflar:

Madde 1-

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Sağlık Müdürlüğü ile *İstanbul Üniversitesi / Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu* arasında düzenlenmiştir.

**Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar:** *Şişli Etfal EAH*

**Çalışmanın adı:** *“Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Aracının Geçerlik ve Güvenilirliği”*

**Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler** ..... *Kübra İNCİRKUŞ*...dur.

#### Konusu:

Madde 2-

a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

b)Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

c)Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

d)Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

#### Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

#### Protokolün süresi:

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda .....**3 ay**.....süre ile çalışmasını yürütecektir.

b) **Başlangıç**.....*10.02.2010*.../**Bitiş**.....*10.05.2010*.....

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d)Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

#### İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

#### Yürürlük:

a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesine teslim edilecektir.

c)Yürürlük bölümündeki a ve b maddelerinin yerine getirilmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez ....vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.

d)Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

e) Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

f)Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

g)Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

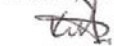
**Ek Bilgi:** Araştırma verilerinizin .../.../2010 tarihine kadar Müdürlüğümüz **Strateji Geliştirme Birimi**'ne getirilmesi gerekmektedir.

#### Taraflar:

...../...../2010

Adı-Soyadı

**Kübra İNCİRKUŞ**



OLUR

...../...../2010

Vali a.

**Doç. Dr. Ali İhsan DOKUCU**

Sağlık Müdürü



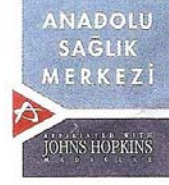
...../...../2010

**Uz. Dr. İbrahim TOPÇU**

Sağlık Müdür Yardımcısı



## EK 7: ASM ÖZEL SUADIYE TIP MERKEZİ KURUM İZİNİ



TH-014/09

44 44 276  
www.anadolusaalik.org

T.C.  
İstanbul Üniversitesi  
Florence Nightingale  
Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürlüğü' ne

15/12/2009


**İlgi :** Kübra İncirkuş-Yüksek Lisans Tez çalışması

10 Aralık 2009 tarihli yazınızda Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Kübra İncirkuş'un, tez çalışması izin isteğiniz bildirilmiştir.

Öğretim üyelerinizden Prof.Dr. Nursen Nahcivan danışmanlığında yapılacak olan "Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Aracının Geçerlik ve Güvenirliği" başlıklı tez çalışması, hastanemiz yetkili birimlerince değerlendirilmiş ve hastanemizde yapılmasının uygun olduğuna karar verilmiştir.

Saygılarımızla,

  
Dr. Elif Sözer  
Başhekim

  
Devrim Eren Tekin  
Hemşirelik Hizmetleri Direktör Yardımcısı

  
Prof. Dr. Metin Çakmakçı  
Tıbbi Hizmetler Direktörü



Özel Anadolu Sağlık Merkezi  
Hastanesi  
Anadolu Caddesi No.1  
Bayramoğlu Çiğlişi, Gebze 41400 Kocaeli

Özel Anadolu Sağlık  
Ataşehir Tıp Merkezi  
Halk Caddesi Ortahisar Sokak No.1  
Yenisahra, Kadıköy 34746 İstanbul

Özel Anadolu Sağlık  
Suadiye Tıp Merkezi  
Bağdat Caddesi No.455  
Suadiye, Kadıköy 34740 İstanbul

## EK 8: ETİK KURUL KARARI

**S.B. ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ETİK KURULU**  
**ETHICS COMMITTEE OF ŞİŞLİ ETFAL TRAINING AND RESEARCH HOSPITAL,**  
**Şişli, İSTANBUL-TÜRKİYE**

**ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI**

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	PROTOKOL KODU	
	PROTOKOL ADI	<b>Kronik hastalık bakımını Değerlendirme Aracının Geçerlik ve Güvenirliği</b>
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	<b>Prof.Dr.Nursen Nahcivan</b>
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	<b>İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yük.Ok.Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim dalı</b>
	DESTEKLEYİCİ FİRMA	
FAZİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	<input type="checkbox"/> Tek Merkez <input type="checkbox"/> Çok Merkez <input type="checkbox"/> Ulusal <input type="checkbox"/> Uluslararası

<b>DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER</b>	<b>Belge Adı</b>	<b>Değişiklik No./ Tarihi</b>	<b>Dili</b>
	PROTOKOL		Türkçe
	ARAŞTIRICI BROŞÜRÜ	-	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLURU		Türkçe
	OLGU RAPOR FORMU	-	Türkçe

<b>ÇALIŞMA ESASI</b>	İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KILAVUZU
----------------------	---------------------------------

<b>KARAR BİLGİLERİ</b>	<b>Karar No : 68</b>	<b>Tarih : 23.03.2009</b>
	Hastanemiz <b>İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yük.Ok. Yük.Ok.Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim dalı</b> tarafından Kurulumuzdan <b>23.03.2009</b> tarih ve <b>68</b> sayılı ile onaylı <b>Kronik hastalık bakımını Değerlendirme Aracının Geçerlik ve Güvenirliği</b> adlı çalışmaya ilişkin başvuru dosyaları incelenerek bilgi edinilmiş ve değerlendirilerek uygunluğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

<b>ETİK KURUL ÜYELERİ</b>						
Ünvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti E/K	İlişki (* )	Katılım (**)	İmza
<b>Prof. Dr. Ünal Kuzgun</b> Başkan	Ortopedi	Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi Kliniği	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
<b>Prof. Dr. Erbil Ergenekon</b> Üye	Üroloji	Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
<b>Op. Dr. Nimet Göker</b> Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
<b>Bio. Uzm. Dr. Nezaket Eren</b> Üye	Biyokimya	Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Biyokimya Ana Bilim Dalı	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
<b>Doç. Dr. Fevziye Kabukçuoğlu</b> Üye	Patoloji	Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Ana Bilim Dalı	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
<b>Prof.Dr.Yağız Üresin</b> Üye	Klinik Farmakolog	İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji ABD	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
<b>Ecz.Songül Yılmaz</b> Üye	Eczane	Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eczanesi	K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
<b>Prof.Dr.Asiye Nuhuğlu</b> Üye	Çocuk	Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2.Çocuk Kliniği	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

\* Araştırma ile İlişki  
\*\* Toplantıda Bulunma

## EK 9: KRONİK HASTALIK BAKIMINI DEĞERLENDİRME ARACI'NIN ARAŞTIRMADA KULLANIM İZİNİ

### RE: ICIC Web Inquiry

Kimden: **Schaefer, Judith** (schaefer.jk@ghc.org)

Gönderme tarihi: 29 Ekim 2008 Çarşamba 22:32:17

Kime: 'turkuaz.k@hotmail.com' (turkuaz.k@hotmail.com)

Bilgi: Hindmarsh, Mike (hindmarsh.m@ghc.org)

Ekler: [INST 2484.pdf \(863,9 KB\)](#), [INST 2797.pdf \(399,6 KB\)](#)



Hello Kubra,

You may certainly use the PACIC for your study, and to translate it for your own use. If you wish to make an official version that can be posted to the website for others' use, you must utilize the standards put out by WHO at the following site:

[http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/translation/en/print.html](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/print.html)

I have attached the two papers written on the validation of the PACIC. Let me know if you have any other questions, and best of luck with your work.

Judith Schaefer

Director, Self-Management Support Learning Community

New Health Partnerships: Improving Care by Engaging Patients

Research Associate, Improving Chronic Illness Care

Group Health Cooperative

1730 Minor Avenue, Suite 1600

Seattle, WA 98101-1448

(206) 287-2077

FAX (206) 287-2138

[www.ImprovingChronicCare.org](http://www.ImprovingChronicCare.org)

[www.NewHealthpartnerships.org](http://www.NewHealthpartnerships.org)

***All journal articles in PDF format are provided with the understanding and belief that the documents are for your private use, and that your use of these documents will be limited to private study, scholarship, or research.***

**\*\*\* THIS MATERIAL MAY BE PROTECTED BY COPYRIGHT LAW (TITLE 17 U.S. CODE)\*\*\***

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Kübra	<b>Soyadı</b>	İNCİRKUŞ
<b>Doğ.Yeri</b>	Beyoğlu	<b>Doğ.Tar.</b>	14.10.1984
<b>Uyruğu</b>	T.C.	<b>TC Kim No</b>	-
<b>Email</b>	turkuaz.k@mynet.com	<b>Tel</b>	-

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
<b>Yük.Lis.</b>	İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu	.....
<b>Lisans</b>	İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu	2007
<b>Lise</b>	Beylerbeyi Hacı Sabancı Anadolu Lisesi	2001

### İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	2009-Devam ediyor

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	İyi	İyi	62,50	

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı			

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office (excel, power point, word)	İyi
SPSS	Orta
Windows Vista	İyi

### Yayımları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Balcı, F., Birgün, H., **İncirkuş, K.**, Kızılkaya Beji, N, Aslan, E. (2007) İstanbul İlinde Yaşayan Kadınların Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Belirlenmesi [Poster Sunusu No: 428]. 6.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Bildiri Özet Kitabı, İstanbul.

**Özel İlgi Alanları (Hobileri):** Resim yapmak, kitap okumak, gitar çalmak.

