

PAPER DETAILS

TITLE: Hastanede Yatan Hastalarin Kronik Hastalik Bakiminin Degerlendirilmesi

AUTHORS: Semra AY,Pinar ARPACI

PAGES: 527-532

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/290073>

Hastanede Yatan Hastaların Kronik Hastalık Bakımının Değerlendirilmesi

Semra AY¹, Pınar ARPACI¹

Gönderim Tarihi / Received: 14.02.2017

Kabul Tarihi / Accepted: 23.03.2017

¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Manisa, Türkiye

*Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Semra AY, e-mail: aysemra@windowslive.com

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, sağlık profesyonellerinin kronik hastalık bakımını hasta perspektifinden değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki araştırma Kasım-Aralık 2015 tarihleri arasında, Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi dahiliye kliniklerinde yatan, çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar ile gerçekleştirilmiştir (n=211). Verilerin toplanmasında sosyo-demografik bilgi formu ve Kronik Hastalık Bakımı Değerlendirme Ölçeği (KBDO)- Hasta Formu kullanılmıştır. Verilerin analizi, SPSS 18.0 programı kullanılarak, student t testi, tek yönlü varyans analizi (Kruskal Wallis), Mann Whitney U ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Ölçeğin iç tutarlılığına ait Cronbach alfa katsayısı 0,90 olarak bulunmuştur. Ölçek ortalama puanı 2.65±0.57'dir (min.:1.20, mak.:3.76). Kronik hastalık bakımını değerlendirmeölçeği alt-boyut puan ortalamaları; hasta katılımı 2.14±0.69, karar verme desteği 2.13±0.65, amaç belirleme/rehberlik 3.10±0.99, problem çözme 2.78±0.75, izlem/koordinasyon 3.09±1.11 olarak belirlendi. Ölçek ortalama puanı ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (p<0.05). Ölçek ortalama puanı ile hangi kronik hastalığa sahip olduğu (1.sırada kalp hastalığı), gelir-gider durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0.05).

Sonuçlar: Kronik hastalığı olan bireylerin, ölçek ortalama puanı ile hastanın sahip olduğu kronik hastalık tipi ve gelir durumu sağlık bakım algısını etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik hastalık, Hastane, Sağlık Bakım Hizmetleri, PACIC, Hastalık yönetimi

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to evaluate chronic diseases care of the health professional from the patient perspective.

Material and Methods: This cross-sectional study was conducted between November and December 2015,

with patients who hospitalized in internal medicine clinics in Celal Bayar University Hafsa Sultan Hospital and accepted to participate (n=211). Data were collected using socio-demographic form and Chronic Disease Assessment Scale-Patient Care Form. Data were analyzed using SPSS 18.0 program and assessed using student's t-test, one-way analysis of variance, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U and chi-square test.

Results: Participants' average age was 57.6 ± 15.8, and 56.4% female, 21.8% were married, 60.2% of revenues over expenses, the primary education level of 71.6%. Cronbach's alpha coefficient of the scale was found to be 0.90. The scale average score was 2.65 ± 0.57. PACIC sub-size mean scores; patient participation 2.14 ± 0.69, to support decision-making 0.65 ± 2:13, goal setting / guidance 3:10 ± 0.99, problem solving 2.78 ± 0.75, monitoring / coordination was set at 3:09 ± 1.11. It was determined that a significant relationship between the scale average score and chronic disease which is to have (heart disease 1), income and expenditure situation (p<0.05).

Conclusions: Perception of health care of individuals with chronic disease is affected by the scale average score, chronic disease which is to have and having revenues.

Keywords: Chronic disease, Hospital, Health Care Services, PACIC, Disease Management,

GİRİŞ

Batılı ülkelerde birçok enfeksiyöz ve akut hastalıklarla başarılı bir şekilde mücadele edilirken, kronik hastalıkların görülme sıklığı ve yaygınlığı istikrarlı bir şekilde artmıştır (1). Mortalite ve morbidite verileri bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişmekte olan ülkelerde artış eğiliminde olduğunu göstermektedir (2). Kronik hastalıklar dünya sağlık harcamalarının %60'ından fazlasına karşılık gelmektedir. Yaş ilerledikçe kronik hastalıkların artmasına paralel olarak 2020 yılında dünyada tüm ölümlerin %75'inin kronik hastalıklardan kaynaklanacağı öngörülmektedir (3). Giderek artış gösteren kronik hastalıklar, kronik hastalık kontrolü ve toplum temelli hastalık yönetimi programlarının önemini arttırmakla birlikte, ekonomik ve sosyal yükü fazla olan kronik hastalıkların kontrolüne yönelik etkin sağlık politikalarına ve girişimlere ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Kronik hastalıklar ve risk faktörleri konusunda var olan bilimsel bilgi ve deneyimler ülkelerin

olanaklarıyla birleştirilerek uygulamaya dönüştürülürse hastalıkların topluma olan yükü önemli ölçüde azaltılabilir (4,5).

Başarılı, devamlı ve etkili bir kronik hastalık bakım modelinin, hastaneye yatış gereksinimini, acil başvurularını ve kronik hastalıklar nedeniyle oluşabilecek psikolojik ve fizyolojik etkileri azalttığı, ilaç uyumunu arttırdığı bildirilmektedir (6-8).

Kronik Bakım Modeli, kronik hastalıklar için proaktif, planlı bakım ve planlanmamış faaliyetleri kapsayan kavramsal bir çerçeveyi temsil eder. Aynı zamanda klinik araştırma bulguları ve gerçek uygulama arasındaki artan ve iyi belgelendirilmiş boşluğun üstesinden gelmeyi amaçlayan "Kronik Bakım Modeli'nin" kanıta dayalı nitelikli iyi bir gereç olduğu çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir (9-13).

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu kesitsel tipteki araştırma Kasım-Aralık 2015 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırma için Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan etik onay ve Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Anabilim Dallarından gerekli izinler alınmıştır. Araştırmanın evrenini Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi; Dahiliye, Nöroloji ve Onkoloji servislerinde yatan hastalar oluşturmıştır. Örneklem grubunu olasılıksız yöntemle seçilen 18 ve üzeri yaş grubunda olan, altı ay ve daha uzun süredir kronik hastalığı olan ve görme, işitme, zihinsel engeli olmayan, onam formu alınmış gönüllüler oluşturmaktadır (n=211). Bu kriterleri taşımayanlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Veriler, yaklaşık 15 dakika yüz yüze görüşme yoluyla sosyo-demografik özellikler ve Kronik Hastalık Bakımı Değerlendirme Ölçeği (KBDÖ) kullanılarak elde edilmiştir. Kronik hastalık bakımının hastalar tarafından değerlendirilmesini sağlayan ve 2005 yılında Glasgow ve arkadaşları tarafından geliştirilen KBDÖ'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği İncirkuş ve Nahçıvan (2011) tarafından yapılmıştır (10). Kronik hastalara sunulan sağlık bakım hizmetlerinin hastalar tarafından değerlendirilmesine izin veren, sunulan bakımı ekip yaklaşımı doğrultusunda ele alan bir ölçek olmasının yanı sıra sağlık ekibinin kronik bakım modelini uygulamalarına entegre etmelerinde; sunulan bakımın düzenli, objektif ve tarafsız raporlandırılmasında; hastaların bakış açılarını tanılamada yardımcı olan, hasta merkezli bir araçtır. Bu ölçeğin orijinaline uygun olarak çeşitli dillere çevrilerek bazı kronik hastalıklarda hasta bakımının kalitesini değerlendirmede kullanmak için uygun bir araç olduğu bildirilmiştir (10-14).

Ölçek, kronik hastalık bakımını hasta perspektifinden değerlendiren 20 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar: Hasta katılımı 1-3. sorular; Karar verme 4-6. sorular; Amaç belirleme/rehberlik 7-11. sorular; Problem çözme 12-15. sorular; İzlem/koordinasyon 16-20. sorulardır (10). Her bir madde 5'li Likert skala ile değerlendirilmektedir: 1 (hiçbir zaman) ve 5 (her zaman). Ölçeğin toplam puanı 20 maddenin tümünün ortalama puanı ile hesaplanır. Ölçeğin toplam puanı ve her bir alt boyutun ortalama puanı, 1=hiçbir zaman, 2 = nadiren, 3 =bazen, 4=çoğu zaman ve 5= her zaman şeklinde 5'li likert tipi bir derecelemeyle ölçülür. Ölçek puanlarındaki artış, kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin yüksek ve kronik hastalık yönetiminin yeterli olduğunu gösterir.

Verilerin analizi, SPSS 18.0 programı kullanılarak, parametrik test varsayımlarının gerçekleştirildiği iki ortalamanın karşılaştırmasında student t testi, üç veya daha fazla ortalamanın karşılaştırmasında nonparametrik tek yönlü varyans analizi (Kruskal Wallis), parametrik test varsayımlarının sağlanmadığı ikili karşılaştırmalarda Mann Whitney U ile değerlendirildi ve p<0.05 değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalaması 57.6±15.8 (min. 17-mak. 96), %56,4' ü kadın, %21,8'i evli, %60,2'sinin geliri gidere denk, %72'sinin eğitim düzeyi ilkökuldür.

Katılımcıların %20,9'unda diyabet, %15,2'sinde hipertansiyon, %6,2'inde kanser var iken %48,3'ünde birden fazla kronik hastalık mevcuttur. Kronik hastalığı 3 yıldan fazla olanların oranı %63'tür. Hastaların %86,7'si son 3 ayda muayene olmuştur (Tablo 1).

Ölçeğin iç tutarlılığına ait Cronbach alfa katsayısı 0,90 olarak bulunmuştur. Ölçek ortalama puanı 2.65±0.57'dir (min.:1.20, mak.:3.76). KBDÖ alt-boyut puan ortalamaları; hasta katılımı 2.14±0.69, karar verme desteği 2.13±0.65, amaç belirleme/rehberlik 3.10±0.99, problem çözme 2.78±0.75, izlem/koordinasyon 3.09±1.11 olarak belirlendi. Hastaların ölçek alt-boyut puan ortalamaları, medyan ve çeyrekler arası yüzdelik dağılımı Tablo 2'de sunulmuştur.

Ölçek ortalama puanı ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p<0.05). Ölçek ortalama puanı ile hangi kronik hastalığa sahip olduğu (1.sırada kalp hastalığı), gelir-gider durumu arasında anlamlı ilişki saptandı (p<0.05).

Tablo 3'de görüldüğü gibi diyabet hastalığı olanlarda ölçeğin karar verme, amaç belirleme, problem çözme alt boyutlarında ve ölçek toplam puanı diğer hastalıklardan yüksek olup, arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0.05).

Ölçeğin problem çözme alt boyutuyla hipertansiyonlu hastalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi (p<0.05). Tiroid hastalığı olanlarla amaç belirleme alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (p<0.05).

TARTIŞMA

Ölçek ortalama puanı 2.65±0.57'dir. Bu konuyla ilgili yapılan araştırmalarda KBDÖ ortalama puanı 2.44-3.17 arasında olduğu bildirilmiştir (12,13,15-18). Bu araştırmadaki toplam KBDÖ puan ortalaması, bazı çalışmalardan daha yüksek, bazılarında ise daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmada KBDÖ puan ortalaması, İncirkuş ve Nahçıvan'ın Türkçe geçerlik güvenilirliğini devlet hastanesinde yaptığı çalışmadan (2.57) daha yüksek bulundu (7). Bu fark hasta örnekleminin üniversite hastanesinde yatarak tedavi gören hastalardan oluşmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Dede ve ark. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi İç Hastalıkları polikliniklerinde izlenen hastalarla yürüttükleri çalışmada ölçek toplam puanı 2.81 olup, bu çalışmadan daha yüksektir. Çalışma kapsamındaki hastaların poliklinikte izlenen hastalardan oluşurken, bu araştırmada ise yatarak izlenen hastalardan oluşması bu puan farkını açıklayabilir (19).

Yapılan uluslararası çalışmalar incelendiğinde, Glasgow ve ark.'nın yaptıkları araştırmada birinci basamak sağlık hizmetlerinde 50 yaş ve üstü kronik hastalığı olanlarda KBDÖ puan ortalaması 2.6'dır (11). Bu çalışma ile araştırmamız benzerlik göstermektedir. Hollanda'da birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılan çalışmada ise puan ortalaması 1.94 olup, bu çalışmadan daha düşüktür (20). Çalışma bulgularının farklılıklarının hasta

popülasyonun hastane ve birinci basamak sağlık hizmetlerinden hizmet alan hastalar ile çalışılmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Bu çalışmada KBDÖ alt-boyut puan ortalamaları; hasta katılımı 2.14 ± 0.69 , karar verme desteği 2.13 ± 0.65 , amaç belirleme/rehberlik 3.10 ± 0.99 , problem çözme 2.78 ± 0.75 , izlem/koordinasyon 3.09 ± 1.11 olarak belirlendi. Araştırmada hastaların, en fazla puanı amaç belirleme/rehberlik boyutuna, en az da karar verme desteği alt boyutuna puan verdikleri belirlendi. Diyabetli ve hipertansiyonlu hastalarda ise problem çözme puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Kaya ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada ise bu oranın karar/destek ve problem çözme boyutunda en yüksek olduğu belirlendi (18). Bu bulgular çalışma ile benzerlik taşımakta olup, hastaların karar/destek verme ve problem çözme konusunda kendi bakımlarına katılma düşüncesinde olduklarını göstermektedir. Çalışmada diyabetli hastalarda amaç belirleme ve ölçek toplam puan ortalaması diğer hastalıklardan daha yüksek olup ve diğer çalışmalardan farklı olduğu belirlendi.

Schmittiel ve arkadaşlarının (2008), Kaya ve arkadaşlarının (2013) diyabet, Roseman ve ark.'nın da iskemik kalp hastalığı olan hastalarda yaptıkları araştırmalarda izlem/takip boyut puanının düşük olduğu belirtildi (13,15,18). Bu çalışmada da benzer bulgular elde edildi.

KOAH ve astımlı hastalarda KBDÖ toplam puanı 2.65 olup, Üstünova ve Nahçıvanın birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarında gerçekleştirdiği çalışmadan (1.69) daha yüksek bulundu (21). Bu farkın hasta popülasyonundan ve çalışmanın yapıldığı sağlık kurumlarının farklılığından kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırma bulgularına göre kronik hastalığı olan bireylerin, ölçek ortalama puanı ile sahip olduğu kronik hastalığının tipi, gelir durumu, hastaların sağlık bakımı algısını etkilediği saptanmıştır. Diğer araştırmalarla karşılaştırıldığında bu bulgular farklılık göstermektedir. Randell ve ark. osteoartrit ve hassas barsak sendromlu hastalarda, Cramm ve Nieboer'in kardiyovasküler hastalığı olanlarda (16,22), Kaya ve ark., Jansen, Heijmans, Rijken ve Glasgow ve ark.'ının birinci basamak sağlık ortamlarında yaptıkları çalışmalarda bu çalışma ile benzer olarak, KBDÖ puan ortalaması ile yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve kronik hastalığın süresi arasında bir farklılık bulunmamıştır (11,18,20).

Araştırmada diyabet ve tiroid hastalığı olanlarda amaç belirleme puanı diğer kronik hastalıklardan daha yüksek bulundu. Bu sonuçlar Kaya ve arkadaşlarının çalışmasındaki bulgular ile benzerdir (18).

Rosemann ve ark.'nın KOAH veya kardiyovasküler hastalığı olan kişilerde yaptıkları çalışmada eğitim düzeyinin artması ile KBDÖ puanlarının arttığı bildirilmiştir (13). Bu çalışmada ise hastaların eğitim düzeyi düşüktür ve etkilememektedir. Bu araştırmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Çalışmanın sadece belirli bir ilde ve üniversite hastanesinde yatan hastalar ile yapılması, çalışmanın tasarımının kesitsel tipte olması

nedeniyle sonuçlar topluma genellenemez. KBDÖ hastaların kendi kendilerini değerlendirmeleri için geliştirilmiş bir form olmasına karşın bu araştırmanın verileri hasta grubunun eğitim düzeyinin düşük olması nedeniyle araştırmacılar tarafından anket yöntemi ile elde edilmiştir.

SONUÇLAR

Hastalar, en fazla puanı amaç belirleme/rehberlik boyutuna, en az da karar verme desteği alt boyutuna puan vermişlerdir. Kronik hastalığı olan bireylerde, hasta katılımı alt boyut ortalama puanı ile yaş arttıkça bakıma hasta katılımı da artmaktadır. Ayrıca gelirin-giderden fazla olması hastaların aldıkları sağlık bakımı algısını olumlu yönde etkilemektedir. Bu nedenle toplumda düşük sosyo-ekonomik düzeydeki kronik hastalığı olan bireylerin kronik hastalık izlem niteliğinin geliştirilerek birinci basamakta izlenmesi önerilir. Bu çalışmada kronik hastalığın tipi hastaların aldıkları sağlık bakım hizmeti memnuniyetini etkilediği saptandı. Diyabet hastalığı olanlarda ölçeğin karar verme, amaç belirleme, problem çözme alt boyutlarında ve ölçek toplam puanı diğer hastalıklardan yüksek olup, hastaların kendi bakımına daha fazla katıldığını ve hastaneden aldıkları sağlık bakım hizmetlerinden memnun olduklarını belirlenmiştir.

Hipertansiyonlu hastalarda problem çözme alt boyutu ile tiroid hastalığı olanlarda amaç belirleme alt boyutu puan ortalaması yüksek olup, hastaların bu boyutlarda kendi bakımlarına daha fazla katılabildiklerini düşündürmektedir. Diğer hastalıklarda ise hastaların KBDÖ puan ortalamaları hastaların memnuniyetinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, karar verme desteği ve izlem/koordinasyondaki yetersizliklerden; hasta katılımı, amaç belirleme ve problem çözme kapsayan, hasta odaklı kronik hastalık bakım hizmetlerinin planlaması önerilir.

Tablo 1. Hastaların bazı sosyodemografik özellikleri (n=211)

Yaş (min. 17-mak. 96)	Sayı (%)
18-49	59 (28)
50 ve üzeri	152 (72)
Cinsiyet	
Kadın	119 (56.4)
Erkek	92 (43.6)
Eğitim Durumu	
İlkokul ve altı	152 (72)
Ortaokul ve üstü	59 (28)
Sosyoekonomik Olarak Kendi Gelir Algısı	
Gelir giderden az	71 (33.6)
Gelir gідere denk	127 (60.2)
Gelir giderden çok	13 (6.2)
Kronik Hastalık Tipi	
Diyabet	44 (20.9)
Hipertansiyon	32 (15.2)
Kanser	13 (6.2)
Kalp hastalığı	11 (5.2)
Tiroid hastalığı	3 (1.4)
Astım ve KOAH	6 (2.8)
Birden fazla kronik hastalığa sahip	102 (48.3)
Kronik Hastalığın Süresi	
6 ay-3 yıl	78 (37)
>3 yıl	133(63)
En Son Muayene Zamanı	
0-3 ay	183 (86.7)
>3 ay	28 (13.3)

Tablo 2. Hastaların Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçek ve Alt-boyut Puan Ortalamaları, Medyan ve Çeyrekler Arası Yüzdelik Dağılımı

Ölçek ve Alt-Boyut Ölçekler	Ortalama±SD	Medyan	Çeyrekler arası aralık		
			25	50	75
Hasta Katılımı (1–3.maddeler)	2.14±0.69	2.40	1.60	2.40	2.60
Karar Verme (4–6.maddeler)	2.13±0.65	2.20	1.60	2.20	2.60
Amaç Belirleme (7–11.maddeler)	3.10±0.99	3.20	2.40	3.20	3.80
Problem Çözme (12–15.maddeler)	2.78±0.75	3.00	2.20	3.00	3.40
İzlem/Koordinasyon(16–20.maddeler)	3.09±1.11	3.20	2.20	3.20	4.00
Toplam Ölçek (1–20. madde) (min.1.20, mak.3.76)	2.65±0.57	2.72	2.20	2.72	3.12

Tablo 3. Hastaların Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçek ve Alt-boyut Ölçek Puan Ortalamaları ile sosyodemografik ö. yararlanma durumları arasındaki ilişki

	Hasta Katılımı	Karar Verme Desteği	Amaç Belirleme	Problem Çözme
Yaş 18-49 (n=59) ≥50 (n=152)	1.97±0.77 p=0.036 * 2.19±0.65	2.11±0.67 p=0.74* 2.13±0.63	3.08±1.06 p=0.90* 3.10±0.97	2.74±0.84 p=0.001* 2.80±0.72
Cinsiyet Kadın (n=119) Erkek (n=92)	2.14±0.70 p=0.78* 2.12±0.68	2.13±0.62 p=0.87* 2.12±0.68	3.13±1.00 p=0.52* 3.05±0.98	2.80±0.77 p=0.001* 2.77±0.73
Medeni durum Evli (n=46) Bekar (n=165)	2.17±0.67 p=0.67* 2.12±0.67	2.04±0.75 p=0.32* 2.15±0.61	3.12±1.04 p=0.87* 3.09±0.98	2.79±0.84 p=0.001* 2.78±0.73
Eğitim Düzeyi İlkokul ve altı (n=152) Ortaokul ve üstü (n=59)	2.10±0.67 p=0.33* 2.21±0.73	2.14±0.64 p=0.57* 2.19±0.67	3.08±0.98 p=0.73* 3.13±1.02	2.83±0.75 p=0.001* 2.66±0.76
Sosyoekonomik olarak kendi gelir algısı				
Gelir giderden az (71)	2.14±0.63	1.93±0.73	2.84±0.90	2.58±0.74
Gelir giderden denk (127)	2.15±0.69 p=0.98***	2.16±0.55 p=0.01***	2.90±0.99 p=0.01***	2.76±0.86 p=0.01***
Gelir giderden fazla (13)	2.13±0.72	2.23±0.58	3.26±1.01	2.90±0.73
Kronik hastalığın süresi				
< 6 ay-3 yıl (78)	2.05±0.73 p=0.18*	2.18±0.58 p=0.34*	3.10±1.00 p=0.99*	2.78±0.75 p=0.001*
≥ 3 yıl (133)	2.18±0.66	2.09±0.68	3.10±0.99	2.79±0.76
En son muayene zamanı				
0-3 ay	2.13±0.70 p=0.77*	2.13±0.65 p=0.87*	3.08±0.96 p=0.63*	2.80±0.74 p=0.001*
>3 ay	2.17±0.63	2.11±0.62	3.18±1.17	2.72±0.86
Diyabet Var (n=44) Yok (n=167)	2.06±0.77 p=0.43* 2.15±0.67	1.88±0.65 p=0.004* 2.19±0.63	2.80±0.98 p=0.002* 3.17±0.98	2.68±0.84 p=0.001* 2.81±0.73
Hipertansiyon Var (n=32) Yok (n=179)	2.34±0.60 p=0.06* 2.39±0.70	1.96±0.78 p=0.11* 2.16±0.62	3.00±1.07 p=0.53* 3.11±0.98	2.51±0.99 p=0.001* 2.83±0.69
Kanser Var (n=13) Yok (n=198)	2.13±0.69 p=0.37**	2.13±0.65 p=0.17**	3.10±0.99 p=0.30**	2.78±0.75 p=0.90
Kalp hastalığı Var (n=11) Yok (n=200)	2.13±0.69 p=0.73*	2.13±0.65 p=0.79**	3.10±0.99 p=0.57**	2.78±0.75 p=0.39
Tiroid hastalığı Var (n=3) Yok (n=208)	2.13±0.69 p=0.38**	2.13±0.65 p=0.94**	3.10±0.99 p=0.02**	2.78±0.75 p=0.27
Astım ve KOAH Var (n=5) Yok (n=206)	2.13±0.69 p=0.05**	2.13±0.65 p=0.51**	3.10±0.99 p=0.15**	2.78±0.75 p=0.76

*Student's t test ; ** Mann Whitney -U ; ***Tek yönlü varyans analizi (Kruskal Wallis)

KAYNAKLAR

1. Rijken M, Bekkema N, Boeckxstaens P, Schellevis FG, De Maeseneer JM and Groenewegen PP. Chronic Disease Management Programmes: an adequate response to patients needs? *Health Expect.* 2014; 17(5): 608–621.
2. Jackson JE, Doescher MP, Saver BG, Hart LG. Trends in professional advice to lose weight among obese adults, 1994 to 2000. *J Gen Intern Med.* 2005; 20(9): 814-8.
3. World Health Organization [WHO] (2008). 2008–2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. <http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf>. Erişim tarihi: 10.01.2017.
4. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;16(2):CD000165.
5. Davis RM, Wagner EH, Groves J. Managing chronic disease. *British Medical Journal.* 1999; 318:1090–1091.
6. Bonomi AE, Wagner EH, Glasgow RE, VonKorff M. Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. *Health Serv Res.* 2002;37(3):791-820.
7. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Affairs (Millwood).* 2009; 28(1):75-85.
8. Mackey K, Parchman ML, Leykum LK, LAnham HJ, Noel PH, Zeber JE. Impact of the Chronic Care Model on medication adherence when patients perceive cost as a barrier. *Prim Care Diabetes.* 2012;6(2):137-42.
9. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q.* 1996;74:511–544.
10. İncirkuş K, Nahcivan N. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu'nun Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliliği. *DEUHYO.* 2011;4(1):102-109.
11. Glasgow RE, Whitesides H, Nelson CC, King DK. Use of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) with diabetic patients: relationship to patient characteristics, receipt of care, and self-management. *Diabetes Care.* 2005; 28:2655-266.
12. Shah NR, Aragonés A, Schaefer EW, Stevens D, Gourevitch MN, Glasgow RE. Validation of the Spanish translation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) Survey. *Preventing Chronic Disease.* 2008; 5(4):1–10.
13. Rosemann T, Laux MD, Droeemeyer S, Gensichen J, Szecsenyi J. 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.* 2007;13:806–813.
14. Wensing M, Lieshout JV, Jung HP, Hermens J, Rosemann T. The Patients Assessment Chronic Illness Care (PACIC) questionnaire in The Netherlands: a validation study in rural general practice. *BMC Health Services Research.* 2008;8(182):2-6.
15. Schmittdiel J, Mosen DM, Glasgow RE, Remmers HJ, Bellows J. Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and Improved Patientcentered Outcomes for Chronic Conditions. *J Gen Intern Med.* 2008;23(1):77-80.
16. Cramm JM, Nieboer AP. Factorial validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) and PACIC short version (PACIC-S) among cardiovascular disease patients in the Netherlands. *Health and Quality of Life Outcomes.* 2012;10(104):2-7.
17. Ludt S, Lieshout JV, Campbell SM. et. al. Identifying factors associated with experiences of coronary heart disease patients receiving structured chronic care and counselling in European primary care. *BMC Health Services Research.* 2012;12(221):2-11.
18. Kaya ÇA, Akturan S, Şimşek S, Uğuz K, İçen F, Akman M. Kronik Hastalık Bakımının Hasta Perspektifinden Değerlendirilmesi. *Turkish Family Physician.* 2013;4(3):1-9.
19. Dede B, Sarı M, Gürsul A. ve ark. Kronik hastalığı nedeniyle ayaktan izlenen hastaların aldıkları sağlık hizmetlerinin niteliğini etkileyen değişkenler. *TAF Prev Med Bull.* 2016;5(3): 238-247.
20. Jansen DL, Heijmans M, Rijken M. Individual care plans for chronically ill patients within primary care in the Netherlands: Dissemination and associations with patient characteristics and patient-perceived quality of care. *Scand J Prim Health Care.* 2015;33(2):100-6.
21. Üstünova E, Nahcivan N. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Kronik Hastalık Yönetimine İlişkin Değerlendirmeleri ve İlişkili Faktörler. *F.N. Hem. Derg.* 2015; 23(1): 11-22.
22. Randell RL, Long MD, Martin CF et. al. Patient perception of chronic illness care in a large inflammatory bowel disease cohort. *Inflamm Bowel Dis.* 2013;19(7):1428-33.

<http://edergi.cbu.edu.tr/ojs/index.php/cbusbed> isimli yazarın CBU-SBED başlıklı eseri bu Creative Commons Atıf-Gayriticari 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

