T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

AİLE HEKİMLİĞİNDE KRONİK HASTA YÖNETİMİNDE ‘KRONİK HASTALIK BAKIMINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ+ (PACIC+)’NİN TÜRKÇE ÇEVİRİSİ VE ÖLÇEĞİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI

Arş. Gör. Dr. Kübra AKŞİT

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa BAYRAKTAR

ERZURUM-2021

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER ..... **I**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **III**
ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **IV**
EKLER DİZİNİ ..... **V**
KISALTMALAR DİZİNİ ..... **VI**
TEŞEKKÜR ..... **VII**
ÖZET ..... **VIII**
ABSTRACT ..... **X**
1. GİRİŞ ve AMAÇ **1**
2. GENEL BİLGİLER **3**
2.1. Kronik Hastalık Tanımı ve Epidemiyolojisi 3
2.1.1. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü 6
2.1.2.Yaşlılık ve Kronik Hastalık 7
2.2. Kronik Hastalık Yönetimi 8
2.2.1. Aile Hekimliğinin Yeri 9
2.3. Kronik Hastalık Bakım Modeli 10
2.3.1. Kaynaklar ve Politikalar 12
2.3.2. Sağlık Sistemi 12
2.3.3. Öz Yönetimin Desteklenmesi 13
2.3.4. Hizmet Sunum Sisteminin Tasarımı 14
2.3.5. Karar Desteği 14
2.3.6. Klinik Bilgi Sistemleri 14
2.4. Genişletilmiş Bakım Sistemi 15
2.5. Yenilikçi Kronik Bakım Modeli 15
2.5.1. Mikro Seviye 16
2.5.2. Mezo Seviye 16
2.5.3. Makro Seviye 17
2.6. Kronik Hasta Bakımı 17
2.6.1. Kronik Hastalık Bakımının Değerlendirilmesi (Assessment of Chronic Illness Care (ACIC)) 18
2.6.2. Kronik Hastalık Bakımı Değerlendirme Ölçeği (The Patient Assessment of Chronic Illnesscare -PACIC) 18

2.6.3. Kronik Hastalık Bakımı Değerlendirme Ölçeği + (The Patient Assessment of Chronic Illnesscare Plus –PACIC+) 20
2.7. Geçerlilik ve Güvenirlik 20
2.7.1. Geçerlilik 21
2.7.2. Güvenilirlik 23
3. GEREÇ ve YÖNTEM 25
3.1. Araştırmanın Tasarımı 25
3.2. Araştırmanın Niteliği 25
3.3. Örneklem Miktarı ve Seçimi 25
3.4. Etik Kurul ve İzinler 25
3.5. Araştırma Protokolü 26
3.6. Veri Toplama Araçları 26
3.6.1. Demografik Veri Toplama Formu 27
3.6.2. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği+ 27
3.7. İstatistiksel Analiz 27
4. BULGULAR 29
4.1. Demografik Bulgular 29
4.2. Ölçeğin Geçerliliğine İlişkin Veriler 33
4.2.1. Açıklayıcı Faktör Analizi 33
4.2.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi 37
4.3. Ölçeğin Güvenilirliğine İlişkin Veriler 42
5. TARTIŞMA 49
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER 55
7. KAYNAKLAR 56
EKLER 64

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların eğitim durumlarının dağılımı 30
Tablo 2. Katılımcıların sosyoekonomik seviyeleri 30
Tablo 3. Katılımcıların kronik hastalıklarının dağılımı 31
Tablo 4. Katılımcıların önerilen miktarda ve dozda ilaç kullanım özellikleri 32
Tablo 5. Katılımcıların sağlık hizmetlerini kullanım özellikleri 32
Tablo 6. Katılımcıların kronik hastalıkları ile ilgili eğitim aldığı sağlık uzmanları 33
Tablo 7. Maddelerin temel bileşenler analizi değerleri 34
Tablo 8. Tek faktörün açıkladığı varyans ve toplam varyans 35
Tablo 9. Faktör matriksi 37
Tablo 10. Birinci düzey DFA modelinde maddelerin faktörlere katkılarının önemliliği 39
Tablo 11. Birinci düzey DFA için öngörülen uyum iyiliği referans değerleri ve analiz sonuçları 40
Tablo 12. İkinci düzey DFA modelinde maddelerin faktörlere katkılarının önemliliği 41
Tablo 13. İkinci düzey DFA için öngörülen uyum iyiliği referans değerleri ve analiz sonuçları 42
Tablo 14. Maddelerin ortalama puan ve standart sapma değerleri 43
Tablo 15. Faktörlere ait ortalama puanlar 43
Tablo 16. Çalışmanın toplam ve alt faktörlerinin Cronbach alfa değerleri 44
Tablo 17. Faktör ortalama puanlarının ölçek ortalama puanlarına göre korelasyonları 44
Tablo 18. Sınıf İçi Korelasyon Testi 45
Tablo 19. Maddelerin düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları ve madde olmadığında Cronbach alfa değeri 45
Tablo 20. Yarıya Bölme Testi 46
Tablo 21. Hotelling t-kare testi 46
Tablo 22. Tukey Toplanamazlık Testi(Tukey's Test for Nonadditivity) 47
Tablo 23. Ölçekteki sosyodemografik özelliklerin ölçek ortalama puanı ve faktör ortalaması üzerine etkisi 48

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Kronik Bakım Modeli bileşenleri..... 12
Şekil 2. Katılımcıların cinsiyet özellikleri..... 29
Şekil 3. Katılımcıların medeni durumları..... 29
Şekil 4. Faktör analizi çizgi grafiği 36
Şekil 5. Birinci düzey DFA modeli sonuçları 38
Şekil 6. İkinci düzey DFA modeli..... 40

EKLER DİZİNİ

EK 1. Orijinal PACIC+ Ölçeğini Geliştiren Ph.D. H.W. Dreves'ten Elektronik Posta Yoluyla Alınan İzin 64
EK 2. Orijinal PACIC Ölçeğini Geliştiren MacColl Center for Health Care Innovation'dan ve Ph.D. R. Glasgow'dan Elektronik Posta Yoluyla Alınan İzinler 65
EK 3. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı 66
EK 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu 67
EK 5. Veri Toplama Formu 69

KISALTMALAR DİZİNİ

ACIC : Assessment of Chronic Illness Care

AFA : Açıklayıcı Faktör Analizi

CFI : Karşılaştırmalı Uyum İndeksi

CMIN/df : Ki Kare Serbestlik Derecesi

DALY : Disability Adjusted Life Years

DFA : Doğrulayıcı Faktör Analizi

DSÖ : Dünya Sağlığı Örgütü

GFI : İyilik Uyum İndeksi

KMO : Kaiser-Meyer-Olkin

KOAH : Kronik obstrüktif akciğer hastalığı

NFI : Normlaştırılmış Uyum İndeksi

PACIC : The Patient Assessment Of Chronic Illnesscare

PACIC+ : The Patient Assessment Of Chronic Illnesscare+

RMSEA : Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü

TAHUD : Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği

TLI : Normlaştırılmamış Uyum İndeksi

TUİK : Türkiye İstatistik Kurumu

TURDEP 2 : Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi aldığım süre boyunca deneyimleri ve bilgileri ile bana rehberlik eden, yaşadığım her sorunda yanına gitmekten çekinmediğim, desteğini ve yardımlarını hiçbir zaman benden esirgemeyen, bilgi birikimi ve tecrübelerini her fırsatta benimle paylaşan, birlikte çalışma fırsatı bulduğum içim mutlu olduğum, değerli hocam, anabilim dalı başkanımız sayın Doç. Dr. Yasemin ÇAYIR'a,

Asistanlık eğitimim ve tez çalışmamın her aşamasında bana yardımcı ve destek olan, bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren değerli tez danışman hocam Dr. Öğretim Üyesi Mustafa BAYRAKTAR'a,

Aile hekimliği uzmanlık eğitimimde bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren değerli hocalarım Doç. Dr. Kenan TAŞTAN ve Dr. Öğretim Üyesi Suat SİNCAN'a,

Hem tez çalışmam hem de istatistik konusunda danışmanlık aldığım, bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan ve yardımlarını benden esirgemeyen Dr. Öğretim Üyesi Kamber KAŞALİ'ye,

Uzmanlık eğitimim boyunca hep yanımda olan, tez çalışmamın her aşamasında destek ve katkılarından dolayı Uzm. Dr. Gökburak ATABAY ve Uzm. Dr. Sümeyye TAŞ'a

Uzmanlık eğitimim boyunca dostça bir çalışma ortamını paylaştığım, her zaman destek ve yardımlarını gördüğüm tüm asistan arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca her zaman yanımda olan, hiç bir zaman sevgi ve desteklerini benden esirgemeyen, evlatları olmaktan gurur duyduğum, değerli annem Dilek AKŞİT ve babam Arif AKŞİT'e,

Hep yanımda olan ve benden sevgi ve desteklerini hiç esirgemeyen değerli kardeşlerim Uğur AKŞİT ve Büşra AKŞİT'e,

Hayatıma girdiği günden beri yanımda olan, beni her zaman destekleyen, varlığıyla bana güç veren, hayat arkadaşım Murat TUNA'ya,

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Kübra AKŞİT

ÖZET

Aile Hekimliğinde Kronik Hasta Yönetiminde 'Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği + (PACIC+)'nin Türkçe Çevirisi ve Ölçeğin Geçerlilik ve Güvenirliğinin Araştırılması

Amaç: Çalışmamızda orijinal adı "The Patient Assessment Of Chronic Illnesscare Plus" olan "Kronik Hastalık Bakımı Değerlendirme Ölçeği +" nin Türkçeye uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirliğinin yapılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması olarak tasarlanan bu çalışma metodolojik tipte bir araştırma olup Mart-Nisan 2021 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı beş birimli Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde yürütülmüştür. Çalışmaya bu polikliniklere başvuran ve dâhil edilme kriterlerini karşılayan 321 kişi alınmış, 290 kişiye tekrar test uygulanmıştır. Çalışmada katılımcılara Sosyodemografik özellikler formu, Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği+ yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır.

Verilerin analizi için SPSS 22.0 ve AMOS programları kullanılmıştır. Geçerlilik analizinde verilerin faktör analizine uygunluğu belirlemek için Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı ve Barlett Sphericity testi uygulanmıştır. Doğrulayıcı Faktör Analizi modelinde RMSEA, TLI, CFI, IFI iyilik uyum indeksleri uygulanmıştır. Açıklayıcı Faktör Analizi olarak temel bileşenler analizi testi kullanılmıştır. Güvenilirliği Cronbach alfa korelasyon katsayısı, test-tekrar test analizi, düzeltilmiş madde-toplam madde korelasyonları ve yarıya bölme yöntemi ile değerlendirilmiştir. Ayrıca ölçek ortalama puanı, faktör ortalama puanı, faktör ortalama puanı ile ölçek ortalama puan korelasyonu, Tukey Toplanamazlık Testi, Hotelling t-kare testi de hesaplanmıştır. İstatistiksel olarak önemlilik sınırı $p<0,05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza 321 hasta katıldı. Katılımcıların yaş ortalaması 54,5±13 yıl idi. Katılımcıların %67,3'ü kadın, %32,7'si erkekti. En sık görülen kronik hastalıklar, hipetansiyon, diyabetes mellitus, hipotiroidi, koroner arter hastalığı ve kronik solunum yolu hastalıkları idi. Katılımcıların %44,8'i kronik hastalıkları ile ilgili eğitim almıştı. Çalışmamızda temel bileşenler analizi ile çıkartma değeri 0,40 altında değere sahip iki soru çalışmanın açıklayıcılığını azaltması nedeniyle çıkarıldı. Doğrulayıcı faktör analizi incelendiğinde CMIN/df değeri dışında hiçbir değer kabul edilebilir aralıkta görülmedi.

Ölçek Cronbach alfa katsayısı 0,899 ve test-tekrar test analizi değeri 0,854 olup oldukça güvenilir aralıkta bulundu. Ölçeğin beş faktör yapısı altında toplandığı ancak faktörlerdeki maddelerin orijinal ölçek maddeleri ile örtüşmediği görülmekteydi. Madde-toplam korelasyonuna bakıldığında 0,27 ile 0,64 arasında bulundu. Ölçek ortalama puanı 2,42 idi. Faktör ortalama puanlarının ölçek puan ortalaması ile korelasyonu tüm faktörler için anlamlı olarak bulundu.

Sonuç: Çalışmamızda kronik hasta bakımını değerlendirme ölçeği+'nın Türkçe dilinde geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: PACIC+, kronik bakım modeli, geçerlilik, güvenilirlik, ölçek

ABSTRACT

Investigation of the Validity and Reliability of the Turkish Version of the "Patient Assessment of Chronic Illness Care Plus" (PACIC+) Questionnaire

Objective: In our study, it was aimed to translate and adapt the "Patient Assessment of Chronic Illness Care Plus" questionnaire into Turkish and to verify its validity and reliability.

Material and Method: This methodological validity and reliability study was conducted between March-April 2021, at five units of the Education Family Health Center affiliated to Atatürk University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine. Of those who met the inclusion criteria, 321 were included in the study and 290 were retested. The participants were asked to answer the sociodemographic characteristics and the "Patient Assessment of Chronic Illness Care Plus" questionnaire, by face-to-face interview technique.

For the analysis of the data, SPSS 22.0 and AMOS programs were used. In the validity analysis, Kaiser-Meyer-Olkin coefficient and Barlett Sphericity test were used to determine the suitability of the data for factor analysis. In the Confirmatory Factor Analysis model, RMSEA, TLI, CFI, IFI well-being indexes were applied. Principal component analysis test was used as Explanatory Factor Analysis. Its reliability was evaluated by Cronbach's alpha correlation coefficient, test-retest analysis, corrected item-total item correlations, and split-half methods. In addition, Tukey Inadmissibility Test, Hotelling t-square test were also calculated. Statistical significance was accepted as $p<0.05$.

Results: The average age of the 321 participants was 54.5±13 years, 67.3% were women and 32.7% were men. The most common chronic diseases were hypotension, diabetes mellitus, hypothyroidism, coronary artery disease and chronic respiratory diseases. 44.8% of the participants had received training on their chronic diseases. In our study, two questions with a subtraction value below 0.40 with principal component analysis were removed. When the confirmatory factor analysis was examined, no value other than the CMIN/df value was found within the acceptable range. The scale's Cronbach alpha coefficient was 0.899 and test-retest analysis value was 0.854, and it was found to be within a good reliable range. It was observed that the scale was gathered under a five factor

structure, but the items in the factors did not match the original scale items. When the item-total correlation was examined, it was found between 0.27 and 0.64. Scale mean score was 2.42. Correlation of factor mean scores with mean scale score was found to be significant for all factors.

Conclusion: In our study, it was determined that the "Patient Assessment of Chronic Illness Care Plus" is a valid and reliable scale in Turkish language.

Keywords: PACIC+, chronic care model, validity, reliability, questionnaire

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kronik hastalıklar, kişilerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen, genellikle komplike bir sürece sahip, sürekli ve düzenli tedavi, bakım ve takip gerektiren uzun süreli sağlık problemleridir (1, 2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bulaşıcı olmayan hastalıklar olarak da ifade edilen kronik hastalıklar, dünya genelinde mortalite ve morbiditenin önemli sebeplerinden biridir (3). Dünyada ve ülkemizde yaşam süresinin uzaması ile bu sağlık sorunlarının görülme oranı sürekli artmakta ve toplumların sağlık sisteminde de geleceğe dönük tehdit oluşturmaktadır (4, 5). DSÖ'nün 2020 verilerine göre yıllık 41 milyon kişi kronik hastalık nedeni ile yaşamını kaybetmektedir. Küresel olarak bu sayı tüm ölümleri yaklaşık %70'ini oluşturmaktadır. Bu ölümlerin yaklaşık %40'ı (15 milyon kişi) erken ölüm olarak tanımlanan 30-69 yaş aralığında gerçekleşmektedir (5). Kronik hastalıklara bağlı ölümlerin içinde kardiyovasküler hastalıklar ilk sırada olup (%43,6), onu kanserler (%21,9), solunum yolu hastalıkları (%9,5) ve diyabet (%3,9) takip etmektedir. Bu dört hastalık tüm kronik hastalıkların yaklaşık %80'ini oluşturmaktadır (5, 6).

Gelişmekte olan ülkelerde kronik hastalıklara yönelik sağlık bakımı; daha çok ikinci ve üçüncü basamak sağlık merkezlerinde, çoğunlukla akut ve acil bakım şeklinde hizmetleri içermektedir. Bu durum, ekonomik açıdan iş yükünü ve maliyeti arttırmaktadır. Bu nedenle kronik hastalıkların birinci basamağa entegre edilmesi gerektiği ifade edilmektedir (7).

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan sağlık istatistiği verilerine göre ikinci ve üçüncü basamak sağlık merkezlerine başvuru oranı, tüm başvuruların yaklaşık üçte ikisini oluşturmaktadır (8). Bu durum, Aile Hekimliğinde kronik hastalıklara yönelik koruyucu sağlık, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerine daha fazla yer verilmesi gerekliliğini gözler önüne koymaktadır. Birinci basamakta sunulacak sağlık hizmetleri geliştirildiğinde, kronik hastalıklarla etkin mücadeleyle mortalite ve morbidite oranlarında gözle görülür azalma öngörülmüştür (9).

Kronik hastalıkların sürekli artması, bu hastalıkların kontrolünü ve toplum merkezli hastalık yönetimi programlarının önemini gündeme getirmektedir (10). Kronik hastalık yönetimi, hastalığın tedavisi ile beraber hastaya öz yönetim becerisi kazanması amacıyla birçok eğitim öğretim teknikleriyle hazırlanmasını ve güçlendirilmesini içermektedir (3).

Kronik hastalık yönetimi için çeşitli modeller ileri sürülmüştür. Bu modeller içinde en çok tercih edilen ve en etkin olarak kabul göreni "Kronik Bakım Modeli" dir (3, 11). Kronik Bakım Modeli, kronik hastalık yönetiminde toplumsal ve ekonomik yükün devam eden artışı sonucunda bakım kalitesini iyileştirmek ve bakımın maliyet etkin olması için bir kılavuz olarak ortaya konmuştur (12). Kronik Bakım Modeline rehberliğinde düzenlenen kronik hastalık yönetimi sayesinde, hastaların rutin olarak tanısı konur, ayrıntılı olarak bilgilendirilmeleri ve aktif katılımları sağlanır, öz yönetim becerisi için desteklenir. Bu kapsamda en uygun tedavi ve izlem planı oluşturularak bakım kalitesinde ve sonuçlarında iyileşme; sonuç olarak da hasta memnuniyetinin artması beklenir (12, 13).

Glasgow ve ark. 2005 yılında Kronik Bakım Modelini esas alarak, *"The Patient Assessment Of Chronic Illnesscare (PACIC)"* ölçeğini geliştirmiştir (14). Bu ölçeğin, Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu olarak çevirisi yapılarak, Türkçe'de geçerlik ve güvenirliği araştırılmış, ölçeğin bulaşıcı olmayan hastalığı olan kişilerin aldığı bakım hizmetlerinin değerlendirilmesinde sağlık sunucuları tarafından kolay bir şekilde kullanılabilir olduğu sonucuna varılmıştır (15).

PACIC, Drewes ve ark. tarafından, 2012 yılında, Hollanda kronik hastalıklar panelinde, multidisipliner ekip işleyişi, işbirliği ve koordinasyonu ile altı ek soru dâhil edilerek *"The Patient Assessment Of Chronic Illnesscare+ (PACIC+)"* geliştirilmiştir. Kronik bakım modeli ile uyumludur. PACIC+; PACIC maddelerine eklenen altı ek soru ile "5Ö (öğren, öner, ölç, önderlik et, örgütle)" modeline uyumunun sağlanması amaçlanmıştır (16). PACIC+ puanlaması, PACIC ile aynı puanlara ve yanıt kategorilerine sahiptir (17).

PACIC+ ölçeğinin, henüz Türkçe çevirisi, geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmamıştır.

Çalışmamızda, PACIC+ ölçeğinin Türkçeye uyarlanması ve ölçeğin geçerlilik ve güvenirliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Hastalık Tanımı ve Epidemiyolojisi

Kronik hastalıklar kişilerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen, genellikle komplike bir sürece sahip olup progresif, sürekli ve düzenli tedavi, bakım ve takip gerektiren uzun süreli sağlık problemleridir (1, 2). DSÖ kronik hastalıkları, uzun süreli devam eden, sürekli hastalık yönetimi gerektiren sağlık durumları olarak tanımlamaktadır (18). Diğer bir tanımlamaya göre, en az altı ay boyunca var olan veya olması beklenen, nükslerin veya kötüleşmelerin görüldüğü, kötü prognozlu, kişilerin hayat kalitesini kötü etkileyebilecek sonuçlar veya sekeller ortaya çıkarması muhtemel hastalıklardır (19).

Avustralya'da yapılan bir çalışmaya göre, kronik durumların tanımları genellikle sinsi ve tedrici başlangıç terimlerini içerdiği, problemlerin tekrarlayıcı doğası olduğu, prognozunun kötü olduğu, sekel gelişme riskinin arttığı, kişiye göre değişen bir öneme sahip olduğu tespit edilmiştir. Yapılan bu çalışmada, sürenin kronik durumları tanımlamak için kullanılan en yaygın ve bazen tek kriter olarak belirtmiş olup; nüks veya kötüleşme modelinin olması, kötü prognoza sahip olması ve kişinin hayat kalitesini etkileyecek psikolojik veya fiziksel sekeller oluşturması gibi kriterlerin de pek çoğunun süre kriterine eşlik ettiği gösterilmiştir (19).

Kronik hastalıklar başlıca kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, solunum yolu hastalıkları, obezite ve diabetes mellitus, nörobilişsel sağlık sorunları, psikiyatrik sorunlar, devam etmekte olan fiziksel ve yapısal bozukluklar, kronik renal, endokrinolojik ve diğer sistemik kronik hastalıklar, genetik ve metabolik nedenler gibi az görülen kronik hastalıklar şeklinde sınıflandırılabilir (20). Bütün bu hastalıkların ortak özelliği, genellikle kişinin hayatını psikolojik, sosyal ve ekonomik yönlerden etkiliyor olması, aile öyküsü ve genetik alt yapı gibi değiştirilemeyen unsurların yanında birçoğunda altta yatan önlenebilir risk faktörlerinin varlığının olmasıdır. Bu önlenebilir risk faktörleri içinde mortalite riskini en çok arttıran risk faktörleri tütün ürünlerinin kullanımı, alkol tüketimi, sağlıksız ve dengesiz beslenme düzeni ve fiziksel inaktivitedir. Hastalarda yaşam tarzı değişikliği ve uzun süreli sağlık bakım yönetimi ve izlemi olmadığı takdirde; kronik hastalıkların ve hastalıklara bağlı sekellerin önlenmesi mümkün olmamakta ve hastalık yönetimindeki eksiklikler fiziksel engellilikler gelişmesine neden olabilmektedir (6, 20, 21).

Günümüzde hastalık yükü çalışmaları incelendiği zaman bulaşıcı olan hastalıklar için hastalık yükünün azaldığı görülmesine rağmen bulaşıcı olmayan hastalıklar için hastalık yükünün arttığı ifade edilmektedir (22). DSÖ'nün 2020 yılı verilerine göre yılda 41 milyon kişi kronik hastalık olarak da bilinen bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeni ile hayatını kaybetmekte olup bu sayı dünya üzerindeki tüm ölümlerin yaklaşık %70'ini oluşturmakta, bunların üçte birinden fazlası 30-69 yaş arasında görülmektedir. 2030 yılında bu sayının yılda 60 milyona yaklaşacağı tahmin edilmektedir (5).

Kronik hastalıklara bağlı ölümlerin içinde kardiyovasküler hastalıklar ilk sırada olup (yıllık ölen kişi sayısı 17,9 milyon %43,6), onu kanserler (yıllık ölen kişi sayısı 9 milyon %21,9), solunum yolu hastalıkları (yıllık ölen kişi sayısı 3,9 milyon %9,5) ve diyabet (yıllık ölen kişi sayısı 1,6 milyon %3,9) takip etmektedir. Bu dört hastalık tüm kronik hastalıkların yaklaşık %80'ini oluşturmaktadır (5, 6).

Kronik hastalıkların sanıldığı gibi çoğunlukla gelişmiş ülkelerin sorunu olmadığı, düşük ve orta gelirli ülkelerde de ölümlerin %80'inin üzerinde kronik hastalıklara bağlı olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (5, 6). Bu nedenle kronik hastalıklar, içinde olduğumuz yüzyılın en önemli halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir (23).

Hollanda'da birinci basamakta multimorbidite eğilimi ve multimorbidite prevalansının; yaşa, cinsiyete, sosyoekonomik düzeye göre sınıflandırmak amacıyla yapılan analizde, son 20 yılda kronik hastalık prevalansının iki katına çıktığı, artan sayının ileri yaş, cinsiyetin kadın olması ve düşük sosyoekonomik seviye ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Dört veya daha fazla kronik hastalığı olan kişi sayısının da %300 arttığı ifade edilmiştir (24).

Ülkemizde 2010 yılında "Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP - II)" na göre, 20 yaş ve üzeri nüfusta 15,2 milyon kişide (%31,2) obezite, yaklaşık 12,5 milyon kişide (%25,6) hipertansiyon, 8,5 milyon kişide de (%13,7) diyabet olduğu tespit edilmiştir (25). Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) 2019 verilerine göre, 2019 yılında %36,8 ile kardiyovasküler hastalıklar ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer alırken, bunu %18,4 ile kanserler, %12,9 ile solunum sistemi hastalıkları takip etmiştir (26).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2013 yılında yayınlanan hastalık yükü çalışmasına göre bulaşıcı olmayan hastalık yükü artmış olup 2000 yılında %68 olan kronik hastalık yükü %81'e yükseldiği görülmüştür (27). Ölüm oranlarına bakıldığında 30-69 yaş aralığındaki ölümlerin dörtte üçünün kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser ve kronik solunum yolu

hastalıkları nedeniyle olduğu görülmüştür. Son yıllarda aşıyla önlenebilen hastalıkların azalması, ana çocuk sağlığı izlemleri sonucunda bebeklerin ve çocukların ölümlerinde önemli düşüş görülmesiyle beraber, beklenen yaşam süresinin de artmasıyla, "soğan kabuğu" prensibine uygun olarak bulaşıcı olmayan hastalıklar ön plana çıkmış olup küresel pandemi gibi yaygınlaşmıştır. Kronik hastalıklar ile ilgili gerekli önlemler alınmayıp, etkin bir şekilde kronik durum yönetimi gerçekleşmediği takdirde bu rakamların gittikçe yükseleceği tahmin edilmektedir (22).

Kronik hastalıkların önde gelen sebeplerinden biri olan Hipertansiyon, kan basıncı yükseldikçe prognozun kötüleştiği multifaktöryel bir hastalıktır. Hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, kronik böbrek yetmezliği, inme gibi komplikasyonları olan, ülkemizde ve dünyada mortalite ve morbiditenin en önemli sebeplerinden biridir (28). DSÖ verilerine göre dünya çapında 1,13 milyar kişi hipertansiyon hastasıdır. Her beş kadından ve her dört erkekten birinde hipertansiyon hastalığı vardır ve hastaların %20'den azının hipertansiyonunun kontrol altında olduğu görülmektedir (29). Ülkemizde ise yetişkin yaş grubunda hipertansiyon prevalansının %30,3-%35,9 arasında olduğu görülmektedir (28). Ciddi komplikasyonlara sebep olması ve toplumda yaygın olarak görülmesi sebebiyle kontrol altında tutmak esastır.

Diğer sık görülen kronik hastalıklardan biri olan kanser, önemi giderek artan bir sağlık ve yaşam sorunudur. Anormal hücrelerin kontrolsüz bir şekilde artıp vücutta yayılarak tüm vücudu etkileyen, mortalite ve morbiditesi yüksek bir hastalıktır. Küresel olarak ikinci sırada yer alan ölüm sebebidir. DSÖ verilerine göre 2018 yılında 9,8 milyon kişi bu hastalık nedeniyle hayatını kaybetmiş olup bu yaklaşık dünyadaki her altı ölümden birini oluşturmaktadır. (30). Ülkemizde ise 2018 yılında 200 binin üzerinde insidans görülmüş olup ölüm sayısı yaklaşık 120 bin olduğu tespit edilmiştir (31).

Diyabetes mellitus, kardiyovasküler hastalığın da içinde olduğu makro ve mikrovasküler komplikasyonları olan, ülkemizde ve dünyada mortalite ve morbisitesi yüksek bir metabolik hastalıktır (32). DSÖ verilerine göre dünyada yaklaşık 422 milyon insan diyabetes mellitus hastasıdır. TURDEP 2 çalışması verilerine göre ülkemizdeki erişkin nüfusun %42'sinin prediyabetik veya diyabetik olduğu görülmüştür (25). Son otuz yılda diyabetes mellitus prevalansı, tüm gelir düzeylerine sahip ülkelerde önemli oranda artmıştır (32, 33).

Kronik solunum yolu hastalıkları dünyada yaklaşık 235 milyon kişiyi etkilemekte olup en sık görüleni kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH)dır. KOAH dünyanın çeşitli bölgelerinde farklılık göstermekle beraber prevalansı %5-20 arasında değişmektedir (34). Ülkemizdeki sıklığı ise %19,2 olup 40 yaş üzeri her beş yetişkinden birinde KOAH mevcuttur (35). DSÖ'nün hastalık yükü değerlendirmede kullandığı '*Disability Adjusted Life Years (DALY)*' e göre KOAH dünyada en çok sakatlığa neden olan hastalıklar arasında 13. sırada, ülkemizde ise 11. sırada olup dünyada ve Türkiye'de en sık öldüren 3. hastalıktır (34, 35).

2.1.1. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü

DSÖ 2013 yılında bulaşıcı olmayan hastalıkların kaçınılabilir yükünden arınmak, toplumsal, bölgesel ve dünya çapında çok sektörlü işbirlikleri vasıtasıyla toplumların tüm yaş gruplarında erişilebilir en iyi sağlık ve üretkenlik standartlarına ulaşmalarını ve mortalite, morbidite ve engellilik durumlarının ortadan kaldırmak amacıyla Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesine ve Kontrolüne İlişkin Eylem Planı'nı yayınlamıştır. (36). Buna göre gönüllü küresel hedefler:

- Kardiyovasküler hastalıklar, kronik akciğer hastalıkları, kanser veya diyabetes mellitus hastalıkları nedeniyle gerçekleşen ölümlerde %25 azalma,
- Ulusal bağlamda alkol tüketiminde minimum %10 azalma,
- Toplumda ortalama sodyum/tuz kullanım miktarında %30 azalma,
- 15 yaş üstü kişilerde tütün ve tütün mamulleri kullanım sıklığında %30 azalma,
- Ulusal bağlamda toplumdaki yüksek kan basıncı prevalansının %25 azalması veya kontrol altına alınması,
- Diyabetes mellitus ve obezite artış hızının durdurulması,
- Miyokard enfarktüsü ve inmeleri önlemek amacıyla (glisemik kontrol de dahil) danışmanlık ve medikal tedavi alabilecek kişilerin en az yarısının tedaviye ulaşabilmesi,
- Sık görülen kronik hastalıkların tedavisi için gereken uygun maliyetli teknolojilerin ve eşdeğerleri dahil temel ilaçların kamu ve özel kuruluşlara sunulabilirliğinin %80 oranına arttırılması olarak belirlenmiştir (36).

Ülkemizde 2017 yılında sağlık sisteminin bulaşıcı olmayan hastalıklar yönünden geliştirilmesi, sağlık politikalarının tüm kurumlar tarafından uygulanabilmesi, çok sektörlü işbirliğinin sağlanması ve ortak bakış açısının geliştirilmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda

Sağlık Bakanlığı tarafından kronik hastalıklar ve risk faktörlerinin önlenme ve kontrolüne dönük mevcut tüm programları kapsayan "Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025"oluşturulmuştur (37).

Bulaşıcı olmayan hastalıklarda ülkemiz için hedefler;

- Kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik akciğer hastalıkları veya diyabetes mellitus hastalıklarına bağlı erken ölümlerin %25 azaltılması,
- Alkol tüketim artış hızının azalması,
- Sedanter yaşam oranında %10 azalma,
- Toplumun ortalama sodyum/tuz kullanım miktarında %30 azalma,
- Yüksek kan basıncı sıklığının %20 azaltılması,
- Obezite ve diyabetes mellitus artış hızının durdurulması,
- Toplumun kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle (Miyokard enfarktüsü ve strok geçiren kişiler dahil) danışmanlık ve medikal tedavisi hizmetleri alabilmesinde minimum %50 iyileşme sağlanması hedeflenmiştir.

Bulaşıcı olmayan hastalıkların tedavisi için gerekli olan ilaçların ve temel teknolojilerin sağlanması açısından %80'den fazla iyileşme olması nedeniyle hedefler arasında yer almadığı belirtilmiştir (37).

2.1.2.Yaşlılık ve Kronik Hastalık

DSÖ'nün yaptığı kronolojik tanımlamaya göre 65 yaş sonrası, yaşlılık dönemi olarak adlandırılmaktadır. Dünya çapında insanların yaşam süresi artmaktadır ve 2015 verilerine göre %12 olan yaşlı yetişkin nüfusunun 2025 yılına doğru %20'lere yaklaşacağı tahmin edilmektedir. 2025 yılına kadar dünyadaki yaşlı nüfusun %80'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayacak olması beklenmektedir. Daha uzun yaşam süresi pek çok fırsatı beraberinde getirmesine rağmen hastalık riskinin artmasına da neden olmaktadır (38).

Amerika Birleşik Devletleri'nde Ulusal Yaşlanma Konseyi'ne göre, 65 yaş üzeri yetişkinlerin %80'inde en az bir tane, %77'sinde ise en az iki tane kronik hastalık mevcut olup kronik hastalıklara harcanan para toplam sağlık harcamalarının dörtte üçünü oluşturmaktadır (39). Kronik hastalıkların prevalansının sürekli artması, büyük ölçüde demografik yaşlanma ve sosyoekonomik durumlara bağlı olduğundan, toplum merkezli hastalık yönetimi ve kronik hastalık kontrolü programlarının önemini ortaya çıkarmaktadır (14, 17).

2.2. Kronik Hastalık Yönetimi

Toplumda kronik hastaların önemli bir kısmının tanı almadığı, tanı almış bireylerde ise tedavi hedefine ulaşılamadığı görülmektedir (40). Sağlık sisteminde, özellikle kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, diyabet, KOAH, gibi çok görülen ve yönetim gerektiren durumların eksikliklerinin düzeltilmesine ve entegre edilmesine yönelik, daha çok morbiditeye yanıt veren bir tutum izlenmiştir. Bu durum kişinin sağlığını korumaya, nüksleri engelleyemeye ve kronik hastalıkların daha uygun yönetilmesine odaklanan dinamik aktif bir sisteme dönüştürülme ihtiyacı gerektirmektedir (17).

Kronik hastalığı olan hastaların ihtiyaçlarını ve tercihlerini değerlendirebilmek için, hastaların tercihlerini ve değerlerini dikkate alan, iletişimin, psiko-fizyolojik rahatlık sağlamanın önemini vurgulayan, hastaya destek olan, koordine edilmiş hasta merkezli bir bakım, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinde anahtar role sahiptir (41).

Kronik hastalıkların doğru şekilde yönetilmesinin, küresel olarak ilaç tedavilerine uyulmamasının sonuçlarını azalttığı kanıtlanmıştır. Kronik hastalığı olan hastaların önemli bir kısmı birden fazla klinik semptoma sahip olması ve birden fazla patolojik durumdan muzdarip olması nedeniyle, daha kapsamlı bir yaklaşım ve sağlık sisteminde bir dönüşümü gerektirir (42-44).

Sağlık hizmeti sunumu için mevcut mali kaynakların yetersizliği, artan beklentiler ve nüfusun ihtiyaçlarının çeşitliliğinin artması, tıbbın etkinliğini değerlendirmenin yöntemlerini ve araçlarını bulmaya ve bu şekilde sağlık hizmetlerini sunmanın daha rasyonel bir yolunu elde etmeye yöneltmektedir (17).

Kronik hastalık yönetiminde öncelikli hedef önlenebilir risk faktörlerinin ortadan kaldırılarak kronik hastalık gelişiminin önlenmesi, ikinci hedef ise hastalık gelişmişse erken tanı ve mümkün olabildiği takdirde tedavisidir (45). Hastalıklarda mümkün olduğunca erken tanı konarak hastalar yönetim programlarına dahil edilmeli, verilecek eğitimlerle öz yönetim becerisi kazandırılmış hastaların karar alma sürecinde sorumluluk almaları sağlanmalıdır. Hekimler de koordinasyonu sağlayarak hastalık yönetiminde yol gösterici olmalı, bilimsel kanıtlar eşliğinde kanıta dayalı kılavuzlar ile tedavi planı düzenlemelidir (21).

Kronik hastalıkların uzun ve sürekli bakım gerektirmesinden dolayı, öncelikli hedef olan önlenebilir risk faktörlerinin azaltılması, hastalığın önlenmesi ve yönetimi için bütüncül bir yaklaşım ihtiyaç duyulmaktadır. Kronik hastalıklarla mücadelede risk faktörlerinin

değerlendirilmesi, yüksek risk gruplarının belirlenmesi, hastaların erken tanısı, psikososyal ve farmakolojik müdahalelerin kombine edilmesi ve tedavi uyumu için hastaların uzun süreli izlenmesi gerekmektedir. Kronik hastalıkların önlenmesi amacıyla, olumlu değişikliklere yol açabilecek maliyet etkin ve kolay ulaşılabilir yeni politika stratejileri geliştirilmelidir. Tütün mamülleri kullanımı, bozulmuş glukoz intoleransı, yüksek riskli kardiovasküler hastalıklar, alkol tüketimi ve depresif bozuklar üzerine yapılmış müdahaleler, etkinliği kanıtlanan en iyi müdahalelerdir (3).

Kronik hastalık yönetimi kronik hastalığa sahip bireylerin aldığı bakımın kalitesini yükseltmek, kişilerin yaşam kalitesini geliştirmek ve bunları yaparken aynı zamanda maliyet etkin olmayı amaçlamaktadır. Bu da ancak kapsamlı, multidisipliner ve koordine edilmiş bir yaklaşımla mümkün olabilir. Bundan dolayı bireylerin kanıta dayalı kılavuzlara uyumu sağlanmaya çalışılmalı, sağlık hizmetlerine erişimleri kolaylaştırılmalı ve tedaviye uyumları mutlaka arttırılmalıdır. Hastalara, öz yönetim becerisi kazanmalarını destekleyen eğitimlerin verildiği ve düzenli takiplerinin birlikte yapıldığı bir sistemle tedavi uygulandığında, kronik hastalıkların bakım kalitesinde artış görülmektedir (3, 12, 13).

2.2.1. Aile Hekimliğinin Yeri

Gelişmekte olan ülkelerde kronik hastalıklar için sağlık bakımı, daha çok ikinci ve üçüncü basamak sağlık merkezlerinde akut ve acil bakım hizmetlerini içermektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan 2019 yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı'na göre 2019 yılında birinci basamak sağlık merkezlerine başvuru oranı %35 iken ikinci ve üçüncü basamak sağlık merkezlerine başvuru oranının %65 olduğu görülmektedir. Bu durum ekonomik açıdan ikinci ve üçüncü basamak sağlık merkezlerinin iş yükünü ve sağlık maliyetlerini arttırmaktadır. Bu nedenle kronik hastalıkların birinci basamağa yöneltilmesi ve entegre edilmesi gerekmektedir (7, 8).

DSÖ, birinci basamak sağlık hizmetlerinin bulaşıcı olmayan hastalıklar yönetiminde önemini Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Küresel Eylem Planında vurgulamıştır. Bu kapsamda sağlık sisteminde insan odaklı, evrensel sağlık güvencesi ve birinci basamak sağlık hizmetleri aracılığıyla, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi, kontrolü ve altta yatan sosyal belirleyicileri ele alabilecek şekilde güçlendirmek ve yönlendirmek şeklinde hedefler belirlemiştir (36). Buna yönelik, Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği (TAHUD) İstanbul Şubesi tarafından 2017 yılında düzenlenen "Aile Hekimliğinde Kronik Hastalık

Yönetimi Çalıştayı'nda tüm kronik hastalıkların takibinin birinci basamağa entegrasyonunun mutlaka sağlanması gerektiği vurgulanmıştır (46).

Temel sağlık bakımı; kişisel bakımın sağlığın teşviki, hastalığın önlenmesi ve toplumun geliştirilmesi ile birleştirilmesidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin misyonu ise eşitlik, kolay ulaşılabilirlik, yetki vermek, toplumun kendi kaderini belirlemek ve sektörler arası işbirlikleri gibi birbiri ile bağlantılı ilkeleri içermektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlığın sosyal, kültürel, ekonomik, politik belirleyicilerinin anlaşılmasını kapsar. Daha klinik odaklı olan birinci basamak sağlık hizmetleri, hastalığa daha geniş bir perspektiften bakılmasını sağlamakta ve temel sağlık bakımını kapsamaktadır (47, 48).

Aile hekimlerinin görevleri arasında kronik hastalıkların önlenmesi, erken tanısı, tedavisi, diğer sağlık sistemleri ile koordinasyonu ve rehabilitasyonu vardır. Aile hekimliğini diğer disiplinlerden ayıran en önemli noktalardan biri olan kapsamlı bakım ve süreklilik, hastaların akut ve kronik sorunlarını birlikte yönetilmesini sağlar. Bireyin doğumundan ölümüne kadar olan süreçte, süregelen temaslarla oluşan bilgi birikimi, biyopsiksosyal kapsamda hasta yönetimi için kullanılır. Aynı zamanda aile hekimi, hastayla sürekli ve devamlı iletişim halinde olması nedeniyle, gerektiği zaman, ilgili uzmanlık dalları ile iş birliği yaparak koordinasyonu sağlamaktadır (40, 49).

2.3. Kronik Hastalık Bakım Modeli

Kronik bakım modeli, kronik hastalıklar için yüksek kaliteli bakımı teşvik eden sağlık sisteminin temel unsurlarını tanımlar. Toplumda sağlık hizmeti organizasyonlarında, kronik hastalığı olan kişilere en uygun bakımın sağlanmasına odaklanılmalıdır. Kronik bakım modelinin ulaşmaya çalıştığı asıl amaçlar; kronik hastalığı olan bireylere öz yönetim becerisini kazanması için destek vermek, hastalarla etkileşimi teşvik etmek, kılavuzları hastanın yaşam tarzına entegre etmek, sağlık hizmeti ekiplerini, sağlık çalışanları ve hastalar arasında düzenli etkileşimi sağlamak için koordine etmektir. Bunlara ek olarak Kronik Bakım Modeli, yukarıda belirtilen tüm öğelere önemli değişim kavramları getirerek, hastalıkların bakımında aktif olarak yer alan öz yönetim becerisi geliştirilmiş ve iyi bilgilendirilmiş hastalar ile sağlık ekibi arasındaki verimli etkileşimlerin teşvikini birleştirir. Aynı zamanda sağlık çalışanlarının uzmanlığı ile birlikte kaynakları tanıtır (17).

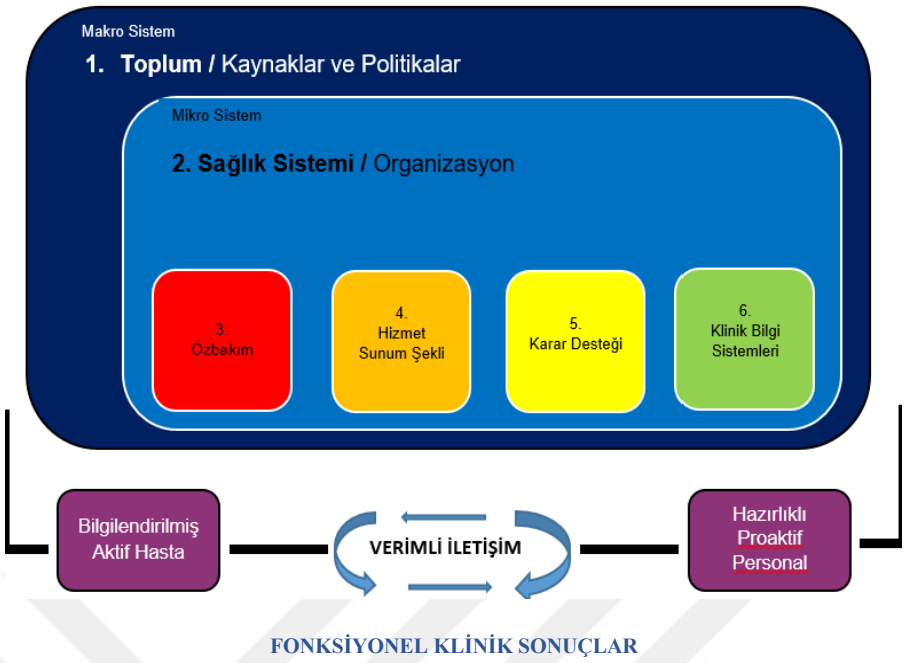
Kronik bakım modeli kronik hastalıklar için bakım kalitesini sağlamak amacıyla, kanıta dayalı çalışmaların geliştirilmesi ve klinik pratikte uygulanması için kavramsal bir

çerçeve olarak kabul edilmektedir (11, 50). Glasgow ve ark. tarafından geliştirilen 'Kronik Hastalık Bakım Modeli' en yaygın kabul gören bakım modeli olup, amaç, yöntem ve protokoller ile kronik hastalık yönetiminin daha iyi yapılmasını hedeflemektedir (13, 40). Sağlık sistemi düzeyinde Kronik Bakım Modeli uygulamasının değerlendirilmesi, kronik hastalık bakımının değerlendirilmesi gibi araçları kullanarak, öncelikle sağlık planlarına ve klinisyenin bakış açısına odaklanmıştır (51, 52).

Model özellikle birinci basamakta hizmet alan kronik hastalığı olan bireyler için, sağlık sonuçlarını değiştirmek amacıyla hastalara uygulanan sağlık uygulamalarındaki değişiklikleri açıklar. Uygulamalardaki bu değişiklikler, bilgili aktif hastalar ile kronik hastalıklar ile ilgilenen daha üretici ve tatmin edici proaktif sağlık ekiplerinin gelişimini amaçlar (53). Proaktif kavramı, hastalıklara akut yaklaşımdan farklı olarak, hastalıklar ve bunlara bağlı oluşabilecek komplikasyonları önlemek için hazır olunması anlamına gelmektedir (54). Kronik bakım modelinin kullanılmasıyla hastaneye yatış ve hastanede kalma süresi, mortalite ve morbidite oranlarında anlamlı derecede azalma olduğu görülmektedir (48).

Model kaynakları ve çok sayıda kamusal ve özel politikalarıyla toplum; ödeme yapıları da dahil sağlık sistemi ve hizmet sağlayıcı kuruluş olmak üzere birbiri ile iç içe geçmiş üç galaksiden oluşmaktadır. Bu galaksiler içinde modeli oluşturan altı temel bileşen mevcuttur (Şekil 1). Bunlar:

- Toplum kaynakları ve politikalar
- Sağlık sistemi organizasyonu
- Öz yönetim desteği
- Hizmet sunum sistemi tasarımı
- Karar desteği
- Klinik bilgi sistemleridir (11).



Şekil 1. Kronik Bakım Modeli bileşenleri (13)

2.3.1. Kaynaklar ve Politikalar

Kronik hastalık bakımını geliştirmek için, toplum ile sağlık sistemi olanakları arasında bağlantı kurulması gerekmektedir. Sağlık hizmeti sunucuları egzersiz programları, bakım evleri, öz yönetim grupları gibi toplum temelli bağlantılara ihtiyaç duymaktadır. Örnek verilecek olursa, hastalara hastalıklarına yönelik eğitim veren birimleri bulunan hastaneler veya vaka yöneticisi sağlayan evde bakım hizmetleri kurumu ve sağlık hizmeti eğitim sunabilecek diğer küçük sağlık kuruluşlarına ihtiyaç vardır (11).

Hastalar, sağlığı iyileştirecek etkili toplum programlarına teşvik edilerek, katılım için yüreklendirilmelidir. Sağlık hizmeti sunucusu, genel sağlığın iyileştirilmesine katkıda bulunmayı amaçlayan, destekleyici program ve politikaların geliştirilmesine yönelik diğer kuruluşlarla işbirliği halinde olmalıdır (40). Hasta bakımı ve toplumsal bakımın geliştirilmesine öncülük etmelidir (11).

2.3.2. Sağlık Sistemi

Kronik hastalığa sahip olan hastaların, proaktif, hasta merkezli, planlı ve işbirliğine dayanan Kronik Bakım Modeli ile uyumlu bakım aldığını değerlendirmek için kısa, doğrulanmış bir hasta öz bildirim aracına ihtiyaç vardır (51).

Sağlık sistemi değerleri ve hedefleri, diğer sistemlerle ilişkileri ile kronik bakımın son dört unsurunun temellerini oluşturur. Sağlık sisteminde en yetkili kişiden başlayarak, sağlık sisteminde yer alan herkes, kronik bakımı iyileştirmeyi önemsemeli ve inovasyon için gerekli olan kapsamlı sistem değişikliğini teşvik eden hedef ve politikalar belirlenmesinde rol almalıdır. Sağlık sistemi organizasyon hedeflerinde, kronik bakıma öncelik verilmemesi veya geri ödeme kurumlarının kronik bakımın iyileşmesini teşvik etmemesi, kronik hastalık bakımında yeniden yapılanma ve iyileşme görülmesini engellemektedir (11, 40).

Sağlık sisteminde yanlış klinik ya da organizasyon uygulamalarını belirlemek, hizmet sunumunda görülen problemleri saptamak ve gerekli önlemleri alabilmek amacıyla sistematik ve açık geri-bildirim sistemine ihtiyaç vardır (40).

2.3.3. Öz Yönetimin Desteklenmesi

Kronik durumlarda hastalar kendilerinin asıl bakıcıları haline gelir. Öz yönetim desteği, hastanın kronik hastalığını ve sağlığını takip edebilmesi için hazırlanması, güçlendirilmesi ve hastanın kendi bakım sürecine dahil edilmesi olarak ifade edilebilir. Öz yönetimin desteklenmesi, kronik hastalık bakım modelinin kilit unsurudur.

Kronik hastalığa sahip kişiler, hastalıklarıyla uzun süreli yaşamaları gerektiği için, kişilerin kendilerine yetebilmeleri ve kendisini yönetebilir olmaları gerekmektedir. Bunun için gerekli olan öz bakımı destekleyici, hedef belirleyen, planlama ve uygulama, problem çözme ve izlemeye yarayan stratejilerin kullanılması gerekmektedir. Toplum kaynakları ve sağlık hizmetleri, bireyin öz bakımını destekleyecek şekilde düzenlenmeli, kişilere hastalıkları ile ilgili temel bilgiler, emosyonel destek, kronik hastalıkları ile süreci iyileştirecek stratejiler sunan, etkinliği ispatlanan programları desteklemelidir.

Sağlık çalışanları hastalarla birlikte hastalık sürecini yönetmek için planlar yapar, hedefler belirler ve uygular, tedavi planını geliştirir ve bu süreçte ortaya çıkan problemleri çözmeye odaklanır. Bunları yaparken aynı zamanda hastaya eğitimler vererek hastalığını tanımasını ve bu süreci yönetmek için diyet, egzersiz, ilaçların doğru zaman ve miktarda doğru şekilde kullanımı, hastalık takibinde ihtiyacı olan cihazları (tansiyon aleti, glukometre vb.) kendi kendine kullanabilir hale gelmesini sağlar. Hastaların aileleri ve yakın çevresi ile iş birliği içinde olarak, hastanın öz yönetim becerisi ve güveni kazanmasına yardımcıdır (11, 40).

2.3.4. Hizmet Sunum Sisteminin Tasarımı

Tıbbi yaklaşımların ve uygulamaların, kişilerin akut durumlarına hizmet eden bir sistemden, kişileri olabildiğince sağlıklı tutmaya odaklanan bir sisteme evrilecek şekilde yeniden yapılandırılmalı ve planlı etkileşimlerle sağlık ekiplerinin görevleri açık bir şekilde tarif edilerek iş bölümü netleştirilmelidir. Sağlık çalışanlarına hastanın öz yönetim becerisi kazanımını destekleyecek hizmetleri verebilecek ve takibini sağlayabilecek şekilde eğitilmelidir.

Akut ve kronik bakım birbirinden ayrılmalıdır. Planlanmış hasta görüşmeleri, uygulamanın yeniden planlanmasının önemli bir özelliğidir. İzlem planı standart olmalı, kompleks hastalıklarda etkinliği kanıtlanmış olgu yönetimleri uygulanmalı, verilen hizmet, hastanın kültürel değer ve duyarlılıklarına uyum göstermeli, hasta tarafından kabul edilebilir olmalıdır (11, 40).

2.3.5. Karar Desteği

En uygun kronik bakımı sağlamak amacıyla günlük klinik pratik, kanıta dayalı kılavuzlarla uyum içinde olmalı, bu kılavuzlar günlük rutin uygulamalarla birleştirilmelidir. Değişen tıbbi bilgilere göre kılavuzlar sürekli güncellenmeli, istendiği zaman bu kılavuzlara kolay bir şekilde ulaşılabilmelidir. Sağlık profesyonellerinin sürekli değişen tıbbi bilgileri takip etmesi amacıyla eğitimlere katılımları teşvik edilmelidir. Hastalar bu kılavuzlar hakkında bilgilendirilerek ve hastaların tedavinin akılcı temeli konusunda aydınlatılması sağlanarak, kişilerin tedavi sürecine katılımı desteklenmelidir (40).

Kronik hastalıklarda tedavi kararı ve takip sürecinde ilgili branş uzmanı birinci basamak hekimiyle irtibat halinde olup, vakaların çözümlenmesine yardımcı olabilir. Bu şekilde aynı zamanda iyi bir mesleki model oluşumuna da katkı sağlanabilir (40).

2.3.6. Klinik Bilgi Sistemleri

Klinik bilgi sistemleri, nüfusa kayıtlı kişilerin takibini kolaylaştıracak, etkili ve verimli hizmet sunulabilecek şeklide düzenlenmelidir. Hem kişiler hem de nüfus geneli hakkında verilere kolay ulaşım sağlayan, hastalarla ilgili bilgileri özetleyen, yapılması gerekenleri hatırlatan sistemler, kişilere verilecek hizmetlerin kılavuzlara uyumlu planlanmasını sağlar. Bu sistemler sayesinde, hastaların takiplerinde kullanılan ölçümlerin kaydı sağlanarak hastalığın seyri konusunda bilgi sahibi olunur. Toplumsal seviyede veri

sistemleri, hasta grupları içerisinde daha fazla hizmete ihtiyaç duyan kesimlerin tespit edilmesini ve kayıt sistemleri aracılığıyla hastaların izlemini sağlayarak, hizmet kalitesini arttırmak amacıyla yapılan müdahalelerin sonuçlarını daha kolay takip etmemizi sağlar (11, 40).

2.4. Genişletilmiş Bakım Sistemi

Glasgow ve ark. tarafından 2001 yılında Kronik Bakım Modelinin sadece kronik hastalıkların bakımı ve tedavisi için değil, kronik hastalıklar önlenmesi ve sekellerin engellenmesi amacıyla kullanılması için, Kronik Bakım Modelinin bileşenlerinin geliştirilmesi fikrini ortaya atmışlardır. Sadece hastalığı olan kişilerin değil, sağlıklı kişilerin de sağlıklarının korunmasının gerekliliğine dikkat çekmişlerdir. Bu yönüyle genişletilmiş bakım modeli, Kronik Bakım Modelinin toplum sağlığının hem korunması hem de geliştirilmesi kavramlarının eklenmesiyle oluşan bir modeldir (55). Genişletilmiş bakım sistemi modelinin bileşenleri şunlardır:

1. Öz yönetim/Kişisel beceriyi geliştirme: Kişisel iyilik ve sağlık durumunu korumak için bireysel beceri ve kapasiteyi geliştirme (yürüyüş, tütünle mücadele programları gibi).
2. Karar desteği: Toplumun sağlıklı kalabilme becerisini kolaylaştırmak için yeni stratejileri entegre etmek.
3. Hizmet sunumu tasarımı/Sağlık sistemini uyarlama: Toplumu ve kişileri desteklemek için daha bütünsel bir yol izlemek.
4. Bilgi sistemleri: Sağlık hizmetlerinin ötesinde, topluluk verilerini içerecek geniş tabanlı bilgi sisteminin oluşturmak.
5. Sağlıklı kamu politikası oluşturmak: Toplum sağlığını iyileştirmek amacıyla tasarlanan politikaların geliştirmek ve uygulamak
6. Destekleyici, yaratıcı çevre: Yaşam ve istihdam koşullarını daha güvenilir, daha yararlı, zevkli ve uyarıcı hale getirmek.
7. Güçlendirilmiş toplum: Toplum sağlığını iyileştirmek için öncelikleri belirleyerek hedefler oluşturmak (55).

2.5. Yenilikçi Kronik Bakım Modeli

DSÖ tarafından, kronik koşulların artan yaygınlığı nedeniyle, ülkelerin sağlık sistemlerini dönüştürmelerine yardımcı olmak, Kronik bakım modelinin gelişmekte olan

ülkelere uygunluğunun ve uygulanabilirliğinin arttırılması amacıyla Asya, Afrika, Doğu Avrupa ve Latin Amerika'daki bir dizi ülkenin sağlık liderleri bir araya getirilerek, Kronik Bakım Modeli revize edilip genişletilmiştir.

Modelin yapısı mikro (hasta ve ailesi), mezo (sağlık organizasyonu ve toplum) ve makro (politika ve finansman) olmak üzere üç sistemin birleşiminden oluşmaktadır. Kavramsal olarak Kronik Bakım Modeli ile ilişkili olan bu model, uluslararası sağlık hizmetleri bağlamını yansıtarak kronik bakımın farklı yönlerine vurgu yapar (53).

2.5.1. Mikro Seviye

Kronik bakım modelinin odak noktası, bilgilendirilmiş, aktif, öz yönetim becerisi kazandırılmış hastalar ile hazırlanmış proaktif uygulama iken, yenilikçi bakım modelinde bu ikiliye toplum katılımcıları dahil edilerek üçlü haline getirilmiştir. Mikro veya hasta etkileşim düzeyini temsil eden üçlü, hastalar ve aileler, sağlık ekipleri, toplum liderleri arasındaki ortaklıktır. Bu üçlünün her üyesi, üçlünün diğer bileşenleriyle iletişim ve işbirliği halindedir. Toplum liderleri pek çok alanda kritik rol üstlenmektedir (53).

Mikro düzeydeki yapılan bir başka değişiklik, birçok gelişmekte olan ülke bağlamında yalnızca aktif olmanın yetersiz olduğu gerçeğinin altını çizmek için, Kronik Bakım Modelindeki bilgili ve aktif hastalar terimlerinin, Yenilikçi Kronik Bakım Modeli çerçevesinde bilgilendirilmiş, motive edilmiş ve hazırlanmış hastalar terimlerine dönüştürülmesi olmuştur. Buradaki hazırlanmış terimi, kişilerin gerekli ilaç ve ekipmanlara, kendi kendini izleme araçlarına ve öz yönetim becerilerine erişebilmesi gibi geniş ihtiyaçlarını içerecek şekilde seçilmiştir (53, 56).

Haiti de yapılan bir çalışma buna örnek olarak verilebilir. AIDS'li hastaların, her birinin ilaçlarını takip eden, hastaların ve ailelerinin kaygılarına cevap veren, toplumda onlara destek veren ve genellikle bir toplum sağlığı çalışanı olan bir tedavi arkadaşı vardır. Bu şekilde, kişilerin toplum bazlı takip ve öz yönetim desteği sağlanmaktadır (53).

2.5.2. Mezo Seviye

Mezo seviyede, sağlık bakımı ana faktör olmaya devam ederken toplum önem kazanmaktadır. Mezo seviyede sağlık ekipmanlarının, tanı testlerinin ve ilaçların genellikle yetersiz olduğunun tespit edilmesi nedeniyle, karar desteğinden ziyade iyi donanımlı ve organize sağlık hizmetlerinin gerekliliği vurgulanmıştır. Kılavuzlarda, karar destek araçları,

gerekli materyalleri ve teknolojileri içerebilir ekipman sağlamak konuları üzerinde durulmasının daha uygun olabileceği belirtilmiştir. Kronik Bakım Modelinin sağlık hizmeti organizasyonu yönlerine, gelişmekte olan ülkelerde, birinci basamak sağlık kuruluşu ve ilgili uzmanlar arasındaki koordinasyonun genellikle sorunlu olması nedeniyle, yenilikçi bakımın hizmetlerinde koordinasyonun ve sürekliliğinin önemi vurgulanmıştır (53, 56).

Toplum, yenilikçi bakım modeli çerçevesinde, kronik sorunların önlenmesi ve yönetimi hakkında temel mesajları tekrarlayarak organize sağlık hizmetlerini desteklediği için, gelişmekte olan ülkelerdeki toplumların sağlıkla ilgili önemli rollerini yansıtması amacıyla toplum kavramının altı çizilmiştir. Toplum çalışanları, sağlık kuruluşlarında sunulan bakımı tamamlayan ve destekleyen hizmetler sağlayabilir; hastaların ve ailelerinin, organize klinik bakım ile gerçek dünyası arasındaki hizmet boşluğunu kapatabilirler (53).

2.5.3. Makro Seviye

Dünyanın çoğu yerinde, bu uzun vadeli sağlık sorunlarının yükünü azaltmak için kronik rahatsızlıklara yönelik bakımı destekleyen olumlu bir politika ortamı şarttır. Mevzuat, liderlik, politika entegrasyonu, ortaklıklar, finansman ve insan kaynakları; makro düzeyde gerçekleşen ve yenilikçi bakım modeli çerçevesinde gösterilen politika faaliyetlerinin örnekleridir (53).

2.6. Kronik Hasta Bakımı

Kronik hastalıklar, hem kronik hastalığı olan insanların beklenen yaşam süresinin uzaması hem de nüfusun hızlı yaşlanması nedeniyle artmaktadır. Kronik hastalık bakımında sağlık sisteminin sadece acil durumlara yönelik oluşturulması ve belli aralıklarla bakım sağlanması, kronik hastalığı olan kişilerin ihtiyaçlarını karşılamamakta, sürekli ve kapsamlı bakım hizmeti verilmemesi kötü sonuçlara yol açmaktadır. Kronik hasta bakımı, kronik hastalığın önlenmesi, tanısı, tedavisi ve palyasyonu kapsayan bir yaklaşımdır ve iyi bir kronik bakım yaklaşımı kişilerin hem kendileri hem aileleri için kronik hastalıklardan kaynaklanan, psikolojik ve fiziksel tüm durumların yükünü dikkate alarak oluşturulmalıdır (57, 58).

Kronik hastalık bakımı için düzenlemelere ihtiyaç olduğu iddiası ilk kez 1970'li yıllarda ortaya atılmıştır (59). Tıbbi bakım sağlanırken kronik hastalıklara sahip kişilerin hastalığına en uygun tedavi planının yapılabilmesini, hastaların sonrasında hastalıklarını yönetebilmesini sağlamak ve karşılıklı olarak sağlık bakım planlarının anlaşılması amacıyla,

sürekli izlem ve bakım veren ekip ile hasta arası etkileşimin iyi olması gerekmektedir. Bakım için iyi koordine edilmiş, çok yönlü ve sürekli bir sistem tavsiye edilir (57, 60).

Kronik hasta bakımında biri hastalar için (PACIC), diğeri sağlık profesyonelleri için (Assessment of Chronic Illness Care (ACIC)) olmak üzere kronik hasta bakımını değerlendiren iki ölçek mevcuttur.

2.6.1. Kronik Hastalık Bakımının Değerlendirilmesi (Assessment of Chronic Illness Care (ACIC))

Kronik Hastalık Bakımının Değerlendirilmesi (ACIC), organizasyonel ekiplerin kronik hastalık bakımında iyileştirme yapılması gereken alanları belirlemelerine ve sistemlerinde yapılan iyileştirmelerin düzeyini ve doğasını değerlendirmelerine yardımcı olmak için geliştirilen bir ölçektir. ACIC, özellikle bakım organizasyonuna odaklanan ilk kapsamlı araçlardan biridir. Kronik Bakım Modeli tarafından önerilen ve bakım kalitesini etkilediği gösterilen altı sistem değişikliği alanına dayanmaktadır (52). Kronik bakım modeli temelinde geliştirilmesi gereken alanları belirler, sistem değişikliklerinin kalitesini değerlendirir (61). Klinisyene fazla bildirimde bulunma eğiliminde olup yaygın kullanım için uygun olmadığı görülmüştür (51).

2.6.2. Kronik Hastalık Bakımı Değerlendirme Ölçeği (The Patient Assessment of Chronic Illnesscare -PACIC)

Hastanın hastalığı konusunda güçlendirilmesi, hasta-doktor iletişimi, hastanın öz yönetim becerisi kazanması ile ilgili pek çok ölçek olmasına rağmen; Glasgow ve ark. tarafından bu ölçeklerin kronik hastalıklara özgün olduğu ancak hiçbir kronik hastalığa ait olmadığı belirtilerek Kronik Bakım Modeline uygun bir şekilde PACIC ölçeği geliştirilmiştir. PACIC, kronik hastalıklar için Kronik Bakım Modeline dayalı, hastaların aldığı bakım hizmeti sunumu hakkında veri sağlamak ve bunu hastanın bakış açısıyla değerlendirmek için geliştirilmiş olup yapılan pek çok çalışmada bu ölçeğin kronik hastalık bakımı değerlendirilmesinde kullanılabilecek uygun bir araç olduğu görülmektedir (13, 62, 63).

Kronik Bakım Modelinin altı temel bileşeni doğrultusunda oluşturulan PACIC, 20 madde, beş alt boyuttan oluşmaktadır. Bu beş alt boyut:

1. Hasta katılımı (Patient activation): Karar verme sürecine hasta bilgileri ve katılımını talep eden eylemler (1-3. madde).
2. Sağlık hizmetleri sunum planı/Karar verme desteği (Delivery system design/Decision support): Kişilerin bakım hakkındaki görüşlerini geliştirmek için bilgi sağlayan ve bakımı organize eden eylemler (4-6. madde).
3. Amaç belirleme/Rehberlik (Goal setting/Tailoring): Belirli, işbirliğine dayalı hedefler belirlemek için bilgi edinmek (7-11. madde).
4. Problem çözme (Problem solving): Tedavi planlarını yaparken olması muhtemel engelleri ve hastanın kültürel ve sosyal çevresini dikkate almak (12–15. madde).
5. İzlem/Koordinasyon (Follow-up/Coordination): Ofis temelli tedavinin genişletilmesi ve güçlendirilmesi, bakımın düzenlenmesi ve ilerlemeyi değerlendirmek ve bakımı koordine etmek için hastalarla proaktif iletişim kurmak (16–20. madde).

Alt boyutlar Sağlık Bilgi Sistemleri, Sağlık Bakım Organizasyonu gibi bileşenlerin hasta tarafından değerlendirilemeyeceğinden, Kronik Bakım Modelinin altı öğesini tam olarak karşılamadığı belirtilmektedir. Sağlık Hizmetleri Sunum Planı ile Karar Verme Desteği birleştirilerek adı geçen iki model bileşeni Hasta Katılımı adı altına alınmıştır. Amaç Belirleme ve Problem Çözme bölümleri ise öz yönetim desteğini yansıtmaktadır. Ölçek tarafından sorgulanan İzlem/Koordinasyon, tüm model bileşenleri için önemli bir alt boyuttur (13).

PACIC, kronik bakımın son altı ayda Wagner'in Kronik Bakım Modeli ile ne ölçüde uyumlu olduğunu belirlemek için kullanılmakta olan 20 soruluk bir ankettir. PACIC, beşli likert tipi, 1: 'hemen hemen hiçbir zaman' ile 5: 'hemen hemen her zaman' arasında değişen yanıt kategorilerinden oluşur ve değerlendirmede ölçek skoru ve her bir faktörün ortalaması alınarak yorumlanır. Daha yüksek puanlar, hastaların Kronik Bakım Modeli unsurlarını içeren entegre bakımı daha yüksek ölçüde aldığını gösterir (62).

PACIC ölçeğinin, PACIC-S ve PACIC+ gibi versiyonları geliştirilmiştir. PACIC-S, hastalar için daha düşük bir yüke sahip alternatif bir araç sağlamayı amaçlayan 11 maddeden oluşan kısa bir PACIC formudur (64). PACIC+ ise ayrıca davranış değişiklikleri için kanıta dayalı 5A modeline hitap eder (16).

2.6.3. Kronik Hastalık Bakımı Değerlendirme Ölçeği + (The Patient Assessment of Chronic Illnesscare Plus –PACIC+)

PACIC ölçeğindeki 20 madde, içerik geçerliliğini iyileştirmek ve davranış değişiklikleri için iyi bir danışmanlık modeli olan 5Ö modeli ile ilgili faktörlerin değerlendirilmesini sağlamak için 6 madde eklenerek PACIC+ oluşturulmuştur. 5Ö modeli ilk olarak insanların sigarayı bırakmalarına yardımcı olmak için geliştirilmiştir ve daha sonra herhangi bir davranış değişikliğine uygulanacak şekilde modifiye edilmiştir. Modelin 5 yönü vardır: Öğren (assess/değerlendir), öner (advise/tavsiye et), ölç (agree/kabul et), önderlik et (assist/yardımcı ol) ve örgütle (arrange/düzenle). Bu yönlerin her biri, bir hastanın kendi kendini yönetmesinin farklı bileşenlerini ele alır. Hollanda'da yapılan bir çalışmada PACIC+'nın, kronik bakım yönetimi deneyimlerini ölçmek için güvenilir bir araç olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada kronik bakım yönetiminin temel unsurlarından biri olan multidisipliner ekip işleyişini de içerdiği için tercih edilmesi ve içerik geçerliliğini ve yanıt oranlarını artırmak için PACIC+ 'nın daha fazla çalışma yapılarak iyileştirilmesi tavsiye edilmiştir (16, 65).

PACIC+ ölçeği de tıpkı PACIC gibi 5'li likert tipi ölçek olup puanlama sistemi PACIC ile aynı şekilde yapılmaktadır. Puan hesaplaması ölçek ortalama puanı ve her bir faktörün ortalaması alınarak puanlanır (16, 65).

2.7. Geçerlilik ve Güvenirlik

Ölçüm; her hangi bir şeye ait olan bir özelliğin sayılabilir bir hale dönüştürülmesidir. Ölçmenin amacı, incelenen özelliklerine yönelik test edilen değişkenin değerini mümkün olduğunca doğru tahmin etmektir. Ölçmenin genelleştirilmesi belirli bir soyut ya da somut konularda değerlendirme yapılabilmesi için standardize edilmiş ölçüm yöntemlerine ihtiyaç vardır. Bu ölçeklerin standart ölçme aracı olabilmesi ve uygun veriler ortaya çıkarabilme yeteneğine sahip olabilmesi için geçerlilik ve güvenirlik kavramlarını karşılaması gerekmektedir (66-68).

Güvenilirlik çalışmalarında nispeten daha kolay ve teknik planlamalar daha çok ön plandayken, geçerlilik çalışmalarında yargısal değerlendirmelerin teknik planlamalar ile birlikte yapıldığı daha kapsamlı ve ayrıntılı çalışmalardır (69).

Güvenilir olmayan bir test geçerli olmayacağından ölçümde elde edilen bilgilerin doğrulanması için önce güvenirlik testi bakılmalıdır. Ancak güvenilirlik testi tek basına

yeterli olmayacak olup geçerlilik analizi yapılmalıdır. Yüksek geçerlilik sonuçları yüksek güvenilirlik anlamına gelebilirken, güvenilirlik geçerlilik için pek fazla bilgi vermez (67-69).

2.7.1. Geçerlilik

Geçerlilik, kullanılan testin ölçmek istediği amaca uygun olması, verilerin değerlendirilmek istenen özelliklerini eksiksiz yansıtması ve verilen amaca hizmet etmesi ve sonuç çıkarabilmek için anlamlı ve kararlı olması olarak tanımlanabilir. Geçerlilik yapılan ölçümde test edilen değerin gerçekliğinin doğruluğunu veya gerçeğe ne kadar yaklaştığını gösterir. Verilerin test edilme amacı hakkında doğru bilgi veriyor olma oranı, yararlılığı ve kullanılabilirliği gösterir. Araştırmada uygulanan istatistik analizlerinin ve ortaya çıkan verilerin değeri geçerliliğe bağlıdır (68, 69).

Ölçeğin geçerliliği kullanılan ölçeğin uygulama ve değerlendirilme şekline, uygulandığı bireylere ve uygulanma amacına göre değişmektedir (66).

Geçerlilikte, ölçeğin test edilmek istenen özelliğe uygunluğu, ölçümün kurallara ne kadar uygun yapıldığı ve ölçümde elde edilen bilgilerin ölçülmek istenen verilere gerçekte ne kadar uygun olduğu gibi üç tema üzerinde durulmuştur (69).

Geçerlilik; içerik geçerliliği, tahmin ettirici geçerlilik (ölçüt geçerliliği), yapı geçerliliği, eş zamanlı geçerlilik ve görünüm geçerliliği olarak belirtilmektedir (70).

2.7.1.1. İçerik Geçerliliği

Kullanılan ölçüm aracının, ölçülmesi amaçlanan durumla gerçekte ne kadar ilgili olduğunu gösteren durumdur. Ölçme evreninin veya kavramsal yapının tanımlanması, bunların boyutlarının ortaya konulması, ölçek maddelerinin oluşturulması, testin hakemler tarafından değerlendirilmesi ve matematiksel analizlerin yapılması olmak üzere beş aşamadan oluşmaktadır (66, 69).

İçerik geçerliliği ve içerik boyutları ölçek geliştirmenin en zor kısmı olarak tanımlanmakta ve mutlaka uzman ekip kararlarına veya literatürlere başvurmak gerekmektedir (66).

2.7.1.2. Tahmin Ettirici Geçerlilik

Ölçüm aracının gerçek yaşamda durumları ne ölçüde tahmin ettirdiğidir. Depresyon ölçeğinde suisid ihtimali olduğu saptanan bireylerin intihar etme oranının tahmin edilebilmesi bu duruma örnek verilebilir (70).

2.7.1.3. Yapı Geçerliliği

Ölçeğin, ölçülmek istenen varsayımsal faktörlerle ne kadar ilişkili olduğu ve bu faktörler arasında uyumun derecesini göstermektedir. Uygulamada, gözlemsel veya literatüre dayalı faktörler ve değişkenler arasında ilişki kurar. Yapı geçerliliğinde altta yatan olay ile alakalı farklı anlayışları ölçmek amacıyla madde analizi yapılabilir. Yapısal geçerlilik, birbirini destekleyen ve yargısal özelliği olan birçok kanıtın toplam sonucuna dayanmaktadır (66, 69).

Yapısal geçerlilikte sadece ölçek değil, konu ile ilgili diğer faktörlerle ilişkisi de ölçülür. Yapısal geçerlilik faktör analizi yöntemi ile test edilerek, birden fazla değişkenin arka planda var olan temel yapısını açığa çıkarmak için kullanılır. Bu şekilde birbiri ile ilişkili olduğu düşünülen değişkenlerin arasındaki ilişkinin ortaya çıkmasını ve bunun yorumlanabilmesini kolaylaştırmak amacıyla, yapı daha az sayıda boyuta indirgenmiş olur. Araştırıcı, faktör analizi ile her bir maddenin testteki diğer maddelerden hangisi ile birliktelik gösterdiğini belirlemektedir. Doğrulayıcı faktör analizi ise bir toplumda oluşturulan testin farklı bir kültürde topluma uyarlanmasında kullanılır (68, 69).

2.7.1.4. Eş Zamanlı Geçerlilik

Eş zamanlı geçerlilik, geliştirilmiş olan ölçek veya test sonuçlarıyla kıyaslama yapmak amacıyla daha önce geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak standardize edilmiş bir ölçek veya birden fazla yapı baz alınarak aynı zamanda uygulanmasıdır. Her iki ölçek aynı örneklem grubuna uygulanarak elde edilen puanlar arasındaki korelasyon katsayısı hesaplanmaktadır. Korelasyon katsayısı yapılan iki testin puanları arasındaki birlikte değişmenin ölçüsüdür. Korelasyon katsayısının yüksekliği, iki ölçeğin ne kadar birbirine benzer ölçtüğünü gösterir. Tıpkı tahmin ettirici geçerlilikte olduğu gibi ölçütü ne kadar tahmin ettirebildiğini göstermektedir. Yeni oluşturulan bir depresyon ölçeğinin Beck ölçeği ile beraber yapılması örnek verilebilir (66).

2.7.1.5. Görünüm Geçerliliği

Görünüm geçerliliği, ölçme aracının neyi test ettiğini değil neyi test eder gibi göründüğünü göstermektedir. Ölçeğin, ölçmek istediği fenomeni test ediyor gibi gözükmesini ifade eder. Ölçek maddelerinin nasıl göründüğü, uygulama kolaylığı, okunabilirliğinin ve anlaşılabilirliğinin nasıl olduğu, katılımcılara sorularak görünüm geçerliliği değerlendirilebilir (70).

2.7.2. Güvenilirlik

Güvenilirlik, bir ölçeğin ölçüm şartları aynı olacak şekilde yinelenen ölçümlerden aynı sonuçların alınmasıyla ölçüm değerlerinin kararlılığı, homojenliği ve eşdeğerliğinin gösterilmesidir. Güvenilirlik kavramı bir ölçekteki maddelerin aynı şeyin hatasız şekilde ölçülmesi, farklı zamanlarda uygulanan ölçeğin aynı sonucu vermesi, uygulanan ölçeğin aynı konuda yapılan diğer ölçeklerle tutarlılığını ve aynı ölçeğin başka araştırmacılar tarafından yapıldığında benzer sonuçlar elde edilmesi gibi durumları kapsar. Ayrıca ölçeğin üretkenlik, süreklilik ve yeterlilik durumu ve her bir maddenin birbiri ile olan tutarlılığı hakkında bilgi verir (69, 70).

Güvenilirlik aynı zamanda yapısal geçerliliğin bir yönünü göstermektedir. Ölçekte standardizasyon için, güvenilirliğin geçerlilik ile birlikte kullanılması gerekmektedir (69).

Güvenilirlik analizleri altı başlık altında ele alınmıştır.

2.7.2.1. Paralel Formlar

Paralel formlar, güvenilirlik testi yapılırken kullanılan ölçeğin farklı iki zamanda yapılmasına engel bir durum olduğunda, test-tekrar test yerine kullanılabilecek uygulamadır. Ancak bunu uygulayabilmek için ölçülmek istenilen özellikler için seçilecek grupların da birbirine paralel olması gerekmektedir. Aynı bireylere iki farklı ölçeğin uygulanması sonucu aralarındaki korelasyona göre ölçeklerin eşdeğerliği gösterilir. Bu ölçeklerde ölçülen şey aynı, maddelerin tasarımı veya ifade şekilleri farklıdır (70, 71).

2.7.2.2. Test-Tekrar Test

Test-tekrar test yöntemi, ölçeğin kişilere benzer şartlarda farklı zaman dilimlerinde en az iki kez uygulanmasıyla test sonuçlarının benzerliğini ölçerek, ölçeğin kararlılığını gösterir. Yapılan ölçüm kişilerin soruları ne ezberleyecek veya önemli oranda

hatırlayabileceği kadar kısa olmalı, ne de ölçülen durumun gelişim veya değişimine neden olacak kadar uzun olmalıdır. Ölçümde genellikle 2-4 hafta gibi bir zaman aralığı kabul görmüş olsa da, bireylerin hafıza durumu, konuya karşı duyarlaşma ve ölçülen değerlerin zamanla değişime uğraması ihtimali göz önünde bulundurularak süre ayarlanmalıdır (70, 71).

Uygulanan tekrar testlerinden elde edilen sonuçların korelasyon katsayısı kullanılan ölçek için güvenilirlik katsayısını gösterir. Bu yöntem ölçeğin farklı uygulamalar arasındaki tutarlılık gücü ölçüsü olarak değerlendirilmektedir (66).

2.7.2.3. Gözlemciler Arası Güvenirlik

Gözlemciler arası güvenirlik, alternatif formların güvenilirliği ve ölçeği uygulayanlar arasındaki tutarlılık olmak üzere iki şekilde hesaplanabilir. Uygulayıcıların, bağımsız, önceden belirlenen bir puanlama sistemine bağlı kalarak, ölçüm yapılan durumu değerlendirmesi sonucunda elde edilen sonuçlar arasındaki korelasyon, ölçeğin ne kadar güvenilir olduğu hakkında yorum yapılabilmesini sağlamaktadır (71).

2.7.2.4. Gözlemci İçi Güvenilirlik

Ölçeği değerlendiren kişinin yapmış olduğu ölçümlerin tamamının kendi arasındaki uyumudur. Sonuçların birbirinden farklılık göstermesi ölçüm araç ve gereçlerinin aynı olmasından ötürü araştırmacıya bağlıdır (70).

2.7.2.5. Yarıya Bölme

Yarıya bölme yöntemi, ölçekte kullanılan tüm maddelerin rastgele eşit iki bölüme ayrılmasıyla yapılır. Ölçek bu haliyle ölçeğe katılan kişilere aynı zamanda uygulanarak her iki bölümün puanları hesaplanarak ortaya çıkan korelasyon güvenilirliğin derecesini belirlemektedir (70).

2.7.2.6. Cronbach Alfa

Cronbach alfa güvenilirlik hesaplamalarında sıklıkla kullanılan, maddelerin birbiri ile tutarlılığını ve maddelerin kuramsal bir değişkeni test edebilme durumunu gösteren bir güvenilirlik ölçüsüdür. Maddeler arasındaki korelasyon ortalamasını dikkate alarak iç güvenilirlik hesaplanmaktadır. Testin maddelerini tüm ihtimaller için tek tek rastgele ikiye ayırarak karşılaştırır. Testin homojenliği hakkında bilgi verir (70, 72).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tasarımı

Asıl adı 'Patient Assessment Of Chronic İllness Care + (PACIC+)' olan 'Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği+' nin Türkçeye uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması amacıyla tasarlanmış olan bu çalışma Mart-Nisan 2021 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı beş birimli Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Niteliği

Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği+'nin Türkçeye uyarlaması, geçerliliğinin ve güvenilirliğinin yapılması amacıyla planlanan bu çalışma metodolojik tipte bir araştırma olup bir geçerlilik ve güvenirlik çalışması olarak tasarlanmıştır.

3.3. Örneklem Miktarı ve Seçimi

Literatürde yapılan bir PACIC+ çalışmasında elde edilen Cronbach alfa değeri 0,93 bulunmuş olup (17) çalışmamızda Cronbach alfa 0,95 bulmak için %95 güven düzeyinde %80 güçte çalışmamıza minimum 275 hasta alınması gerektiği hesaplanmıştır. Hesaplama http://www.real-statistics.com/reliability/internal-consistency-reliability/Cronbachs-alpha/Cronbachs-alpha-power/ web sitesi rehber alınarak yapılmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri; Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı beş birimli Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı hasta olmak, 18 yaşından büyük, en az bir kronik hastalık tanı konulmuş olmak, çalışmaya katılmaya gönüllü olmak, aydınlatılmış onam formunu imzalamış olmak şeklinde belirlenmiştir.

Çalışmamızda dışlama kriterleri ise; herhangi bir kronik hastalığının olmaması, 18 yaş altında olmak ve çalışmamıza gönüllü katılım göstermeyip onam formu imzalamayanlar olarak belirlenmiştir.

3.4. Etik Kurul ve İzinler

Bu çalışmaya başlamadan önce "Patient Assessment Of Chronic İllness Care + (PACIC+)" adlı ölçeği geliştiren National Institute for Public Health and the Environment'den Ph.D. H.W. Dreves'ten (EK-1) ve Patient Assessment Of Chronic İllness

Care (PACIC) ölçeği için MacColl Center for Health Care Innovation'dan (EK-2) elektronik posta yolu ile iletişime geçilerek izinler alınmıştır.

Çalışmamız kapsamında ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması için Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik kurulundan izin alınmıştır (Sayı:B.30.2.ATA.0.01.00/111 Tarih:25.03.2021) (EK-3). Çalışmaya dahil edilen tüm katılımcılardan yazılı onam formu alınmıştır (EK-4). Çalışma süresince Helsinki İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzuna uyulmuştur.

3.5. Araştırma Protokolü

PACIC+ ölçeğinin Türkçeye çevirisi Dünya Sağlık Örgütünün ölçekler için çeviri ve uyarlama talimatlarına uygun bir şekilde ileri ve geri çevrim prosedürüne uygun yapılmıştır (73).

İlk adım olarak Türkçe ve İngilizceyi ana dili gibi konuşan iki farklı kişi tarafından anketin birbirinden bağımsız çevirileri yapılmıştır. Çeviri yapılırken birebir kelime çevirisi değil kavramların asıl tanımlarını göz önünde bulundurarak basit, açık ve anketin uygulanacağı kişilerin günlük yaşamda kullandığı konuşma diline uygun çeviri yapılmasına dikkat edilmiştir. Daha sonra yapılan bu çevirilerde bir doktor grubu tarafından, kişilerin kültürel özelliklerine yönelik düzenlemeler yapılmıştır. Son olarak iki dile hakim bir kişi tarafından ölçeğin her bir maddesinin anlam kaybetmediğini teyit etmek amacıyla tekrar orijinal dile çevirisi yapılmıştır.

Ölçeğin güvenilirliğini ölçmek için ilk yöntem olarak test tekrar yöntemi kullanılmıştır. Oluşturulan anket katılımcılara 14 gün ara ile iki kez uygulanmıştır. İkinci yöntem olarak da ölçek maddelerinin iç tutarlılığını göstermek için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır.

Yapı geçerliğini değerlendirmek için faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi ile ölçekte, ölçmek istenen yapının ölçülüp ölçülmediği değerlendirilmeye çalışılmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Çalışmamıza gönüllü olarak katılan katılımcılara 13 sorudan oluşan kişilerin sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik bilgi formu ve Türkçe diline çevirisi yapılarak uyarlanan Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği+ anket formu veri toplama aracı olarak kullanılmıştır (EK 5).

3.6.1. Demografik Veri Toplama Formu

Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyoekonomik seviye, kronik hastalık bilgileri, ilaç kullanım alışkanlığı, kronik hastalığı ile ilgili doktora, sağlık merkezine başvuru, daha çok hangi hekime gittiği, kronik hastalığı nedeniyle yatış veya acil servise başvuru durumu, kronik hastalığı ile ilgili eğitim verilip verilmediği, eğitim almış kişilerin kimden eğitim aldığı sorgulanmak üzere hazırlanan 13 soru sorulmuştur.

3.6.2. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği+

Drewes ve ark. tarafından 2012 yılında geliştirilen 5 faktör, 26 sorudan oluşan PACIC+ ölçeği, Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği+ olarak Türkçe çeviri ve uyarlaması yapılmıştır. Ölçeğin özgün formunun iç tutarlılık Cronbach alfa kat sayısı %90-95'tir (16).

Kronik hastalığı olan kişilerin aldıkları bakımın kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan bu ölçek beşli likert dereceleme sistemi ile değerlendirilmiştir. Katılımcılardan "Hiçbir zaman", "Nadiren", "Bazen", "Çoğu zaman" veya "Her zaman" seçeneklerinden birini işaretlemesi istenmiştir. Bu seçeneklere sırasıyla 1, 2, 3, 4 ve 5 puan verilmektedir. Ölçekteki maddelerin aldığı puanların ortalaması ve her bir faktörün ortalama puanı hesaplanarak ölçek değerlendirilir. Ortalama puan ve faktör puanları 5'e yaklaştıkça hastaların aldığı hizmetin Kronik Bakım Modeline daha uygun olduğu şeklinde yorumlanır (65).

3.7. İstatistiksel Analiz

Çalışmanın verileri SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Sciences, IBM, NY, USA) ve Amos (Analysis of Moment Structures, IBM, NY, USA) istatistiksel yazılımları ile analiz edildi. Katılımcıların sosyodemografik verileri ortalama ve standart sapma veya frekans ve yüzde (%) olarak sunuldu. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği+'dan alınan puanlar ortalama, standart sapma, minimum, maksimum ve medyan olarak raporlandı. İki bağımsız grup arasında numerik verilerin karşılaştırılmasında Student t-testi, kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı.

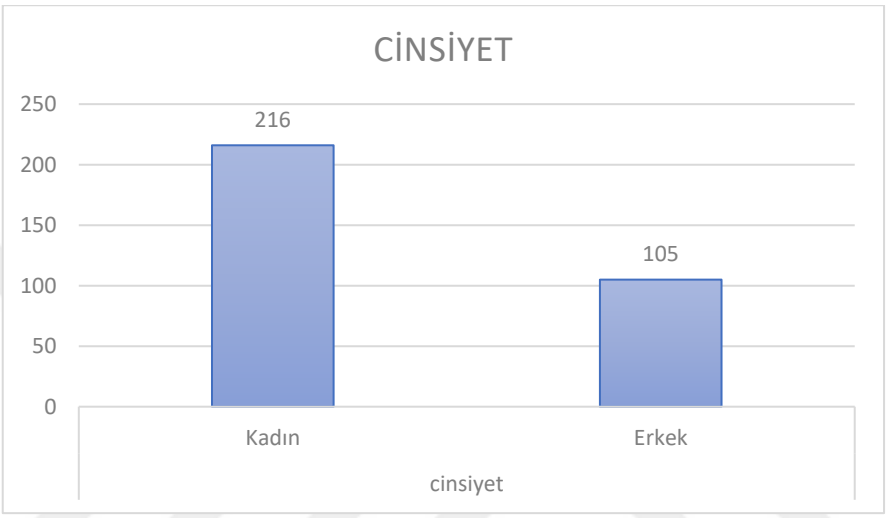
Geçerlilik analizi için öncelikle verilerin faktör analizine uygun olup olmadığı Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Barlett Sphericity testi ile incelendi. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) modelinde Ki-Kare testi (CMIN) ve Ki Kare Serbestlik Derecesi

(CMIN/df), Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI), Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (TLI) ve Artımlı Uyum İndeksi (IFI) iyilik uyum indeksleri uygulandı. Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) olarak temel bileşenler analizi testi uygulandı. Güvenilirlik analizi için tanımlayıcı istatistikler, iç tutarlılık analizinde Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı, test-tekrar test korelasyonları, yarıya bölme yöntemi, Guttman Split-Half ve Spearman-Brown katsayıları ile düzeltilmiş madde-toplam korelasyon katsayıları, kullanıldı. Ölçek ortalama puanı, faktör puan ortalamaları hesaplandı ve bunların ölçek ortalama puanı korelasyonları yapıldı. İstatistiksel olarak önemlilik sınırı $p<0,05$ kabul edilmiştir

4. BULGULAR

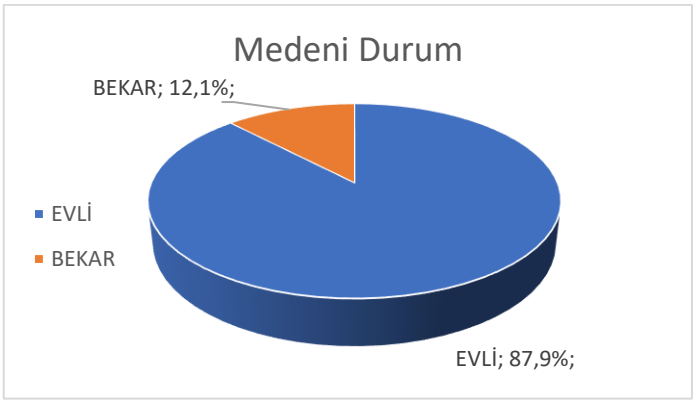
4.1. Demografik Bulgular

Çalışmamıza çalışmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan gönüllü 321 katılımcı dahil edildi. Katılımcıların yaş ortalaması 54,5±13,0 yıl idi. Çalışmaya katılan hastaların %67,3'ü (n=216) kadın, %32,7'si (n=105) erkekti.



Şekil 2. Katılımcıların cinsiyet özellikleri

Çalışmaya katılan hastaların %87,9'u (n=282) evli, %12,1'i (n=39) bekar idi. Çalışmaya katılan hastaların medeni durumları Şekil 3' te verilmiştir.



Şekil 3. Katılımcıların medeni durumları

Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumları sorgulandığında, ilkokul mezunu olan kişi oranı %47,0 (n=151) ile en fazla görülürken, ortaokul cevabı %8,7 (n=28) oranında en az görülen cevaptı. Çalışmaya katılan hastaların eğitim durumlarının dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların eğitim durumlarının dağılımı

Eğitim Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Okur-Yazar	51	15,9
İlkokul	151	47,0
Ortaokul	28	8,7
Lise	44	13,7
Üniversite	41	14,6

Hastaların sosyoekonomik düzeyleri incelendiğinde, %38,0'inin (n=122) geliri giderinden az, %49,2'inin (n=158) geliri giderine eşit, %12,8'inin (n=41) geliri giderinden fazla idi. Çalışmaya katılan hastaların sosyoekonomik seviyelerinin dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların sosyoekonomik seviyeleri

Sosyo-Ekonomik Durum	Sayı (n)	Yüzde (%)
Geliri giderinden az	122	38,0
Geliri giderine eşit	158	49,2
Geliri giderinden fazla	41	12,8

Katılımcıların %48,5'inde (n=156) hipertansiyon, %35,2'sinde (n=113) diyabetes mellitus, %18,3'ünde (n=59) hipotiroidi, %12,4'ünde (n=40) koroner arter hastalığı, %12,4'ünde (n=40) kronik solunum yolu hastalığı, %5,9'unda (n=19) kanser hastalığı mevcut idi. Katılımcıların %69'unda (n=222) birden fazla kronik hastalık bulunmaktaydı. Katılımcılarda var olan hastalıkların dağılımı, hastalıkların maksimum ve minimum görülme yılları ve ortalama görülme yılı Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların kronik hastalıklarının dağılımı

	Kişi Sayısı (n)	Kişi Yüzdesi (%)	Görülme Süresi		
			Min-Max (yıl)	Ortanca (yıl)	Ortalama (yıl)
Hipertansiyon	156	48,5	0,5-40	9,0	10,1
Diyabetes Mellitus	113	35,2	1-30	7,0	8,5
Hipotiroidi	59	18,3	2-40	10	13
Koroner Arter Hastalığı	40	12,4	1-27	7	9
Hiperlipidemi	29	9,03	1-20	10	9
Astım	24	7,47	1-40	15	14
Kanser	19	5,9	1-30	5	7
Kronik Renal Yetmezlik	18	5,6	1-25	10	10
KOAH	16	4,9	1-15	5,0	6,2
Benign Prostat Hiperplazisi	15	4,6	0,5-25	5,0	6,2
Serebro Vasküler Olay	14	4,3	1-20	4	5
Osteoporoz	13	4,0	1-20	8	9
Gastrit	12	3,7	2-30	10	11
Depresyon	12	3,7	1-13	4	6
Periferik Damar Hastalığı	11	3,4	0,5-26	8,0	8,8
Migren	10	3,1	1-40	9	13
Romatizmal Hastalık	9	2,8	1-40	13	15
Kalp Yetmezliği	7	2,1	2-13	3	5
Atrial Fibrilasyon	7	2,1	1-15	10	9
Ürtiker	6	1,8	3-12	6	7
Kronik Hepatit B	5	1,5	1-20	8	9
Göz Hastalıkları	4	1,2	2-26	8	11
Alerjik Rinit	4	1,2	7-20	12	13
Behçet	4	1,2	6-35	23	22
İrritabl Barsak Hastalığı	4	1,2	2-10	3	4
Mitral Yetmezlik	3	1,2	5-15	12	11
Parkinson	4	1,2	1-6	6	3
Epilepsi	3	0,93	3-25	10	13
Gut	3	0,93	3-30	7	13
Graves	3	0,93	1-22	5	9
FMF	4	1,2	5-17	13,5	12,2
Vertigo	6	1,8	1-7	3	3,3
Bipolar Bozukluk	2	0,62	7-15	11	11
Şizofreni	1	0,31	15-15	15	15
Hormon bozukluğu	1	0,31	25-25	25	25

Çalışmamıza katılan hastaların %87,2'si(n=280) ilaçlarını düzenli kullanıyorken %2,5'i (n=8) hiç ilaç kullanmamaktaydı. Katılımcıların kronik hastalıkları için önerilen miktarda ve dozda ilaçları kullanma özellikleri Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların önerilen miktarda ve dozda ilaç kullanım özellikleri

Önerilen miktarda ve dozda ilaç kullanım özellikleri	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Evet, her zaman	280	87,2
Evet, bazen	33	10,3
Hayır, ilaçlarımı kullanmıyorum	8	2,5

Katılımcıların %73,8'i (n=237) son altı ay içerisinde kronik hastalığı nedeniyle en az bir kez doktora başvurmuştur. Bunların %49,8'i (n=125) aile hekimine %51,2'si ilgili uzman hekime başvurduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %9,4'ü kronik hastalığı nedeniyle hastaneye yatmış, %11,3'ü kronik hastalığı nedeniyle acil servise başvuru yapmış olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza katılan hastaların sağlık hizmetlerini kullanım özellikleri Tablo 5'de verilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların sağlık hizmetlerini kullanım özellikleri

Sağlık Hizmeti Kullanım Özellikleri		**Sayı**	**Yüzde(%)**
Doktora Başvuru	Evet	237	73.8
	Hayır	84	26.2
Başvurulan Doktor	Aile Hekimi	125	49.8
	İlgili uzman hekim	126	51.2
Hastaneye Yatış	Evet	30	9.4
	Hayır	290	90,6
Acil Servise Başvuru	Evet	36	11.3
	Hayır	284	88,8

Katılımcıların %44,8'i (n=144) kronik hastalıkları ile ilgili eğitim almış olup, bunların %71'ine (n=103) uzman hekim %18'ine (n=26) Aile Hekimi, %6,2'sine (n=9) eğitim hemşiresi, %4,1'ine (n=6) diyetisyen tarafından eğitim verildiği görüldü. Katılımcıların kronik hastalıkları ile ilgili kimlerden eğitim aldığı Tablo 6' da gösterilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların kronik hastalıkları ile ilgili eğitim aldığı sağlık uzmanları

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Aile hekimi	26	18
Uzman hekim	103	71
Eğitim hemşiresi	9	6.2
Diyetisyen	6	4.1

4.2. Ölçeğin Geçerliliğine İlişkin Veriler

Ölçeğin örneklem büyüklüğü ve AFA'ya uygunluğunu belirlemek için uygulanan KMO testi katsayısı 0,905 ve Barlett Sphericity testi de p<0,001 bulundu ve verilerin faktör analizine uygun olduğu görüldü. Daha sonra değişkenler arasında geçerlilik ve benzerlikler kurabilmek için AFA uygulanmıştır.

4.2.1. Açıklayıcı Faktör Analizi

AFA'lardan Temel Bileşenler Analizi (Principal Component Analysis) metoduyla ortak yüklere bakıp değerler <0,3999 "çıkmalı", <0,4999 "kalabilir", "uygun" kabul edilip 0,40'ın altında değere sahip maddeler çıkarılmıştır. Buna göre elde edilen veriler sonucunda soru 11 ve 13 çıkarılmıştır. Maddelerin çıkarılmış haliyle KMO testi katsayısı 0,901 ve Barlett Sphericity testi de p<0,001 bulundu. Maddelerin temel bileşenler analizi değerleri Tablo 7'de görülmektedir.

Tablo 7. Maddelerin temel bileşenler analizi değerleri

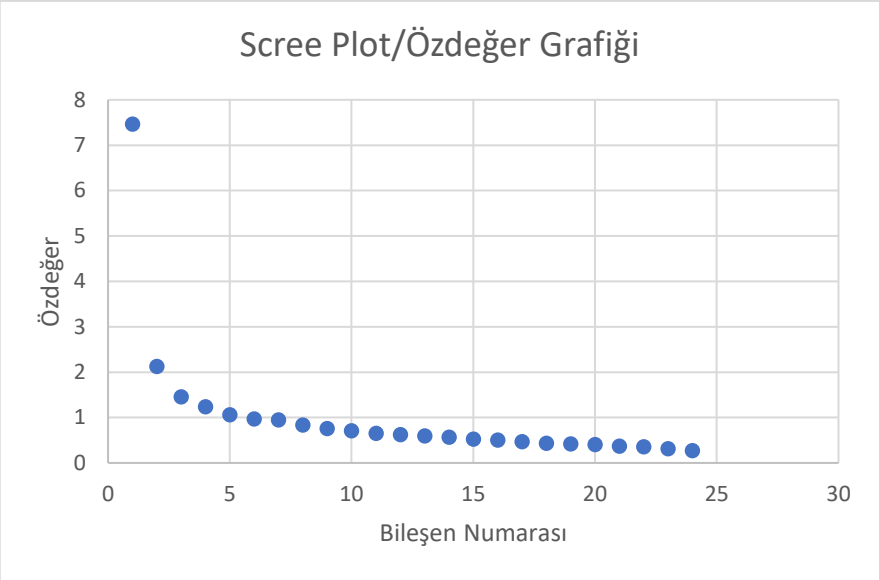
Ortak Varyans	
	Extraction (Çıkartma Değeri)
Soru 1	0,507
Soru 2	0,534
Soru 3	0,488
Soru 4	0,538
Soru 5	0,582
Soru 6	0,469
Soru 7	0,619
Soru 8	0,562
Soru 9	0,475
Soru 10	0,500
Soru 11	**0,374**
Soru 12	0,457
Soru 13	**0,354**
Soru 14	0,535
Soru 15	0,496
Soru 16	0,501
Soru 17	0,650
Soru 18	0,647
Soru 19	0,720
Soru 20	0,558
Soru 21	0,615
Soru 22	0,616
Soru 23	0,449
Soru 24	0,548
Soru 25	0,558
Soru 26	0,594

Faktör analizi sonucunda 24 maddeden oluşan beş faktörlü yapının toplam varyansın %55,54'ini açıkladığı görülmüştür. Faktörlerin varyans açıklama oranları sırasıyla; %31,11, %8,84, %6,05 %5,15 ve %4,40'tır (Tablo 8).

Tablo 8. Tek faktörün açıkladığı varyans ve toplam varyans

Bileşen	Toplam	Tek Faktörün Açıkladığı Varyans %	Toplam	Tek Faktörün Açıkladığı Varyans %	Toplam Varyans%
1	7,465	31,106	3,729	15,536	15,536
2	2,121	8,838	3,110	12,959	28,495
3	1,453	6,053	2,350	9,790	38,285
4	1,236	5,151	2,079	8,663	46,948
5	1,055	4,397	2,063	8,597	55,544
6	0,964	4,016			
7	0,948	3,951			
8	0,835	3,481			
9	0,752	3,134			
10	0,706	2,943			
11	0,648	2,701			
12	0,621	2,587			
13	0,590	2,459			
14	0,564	2,350			
15	0,520	2,167			
16	0,498	2,076			
17	0,467	1,944			
18	0,428	1,784			
19	0,417	1,736			
20	0,401	1,670			
21	0,371	1,544			
22	0,356	1,483			
23	0,313	1,304			
24	0,270	1,124			

Şekil 4 incelendiğinde birinci özdeğerden beşinci özdeğere grafiğin bir düşüş gösterdiği, beşinci özdeğerden itibaren yataylaştığı görülmektedir. Bu şekil bize ölçeğin beş faktörlü yapıda olduğunu göstermektedir. Beşinci faktörden sonraki diğer faktörlerin eigen değeri 1'in altında olup açıklayıcılığının olmadığını görülmektedir.



Şekil 4. Faktör analizi çizgi grafiği

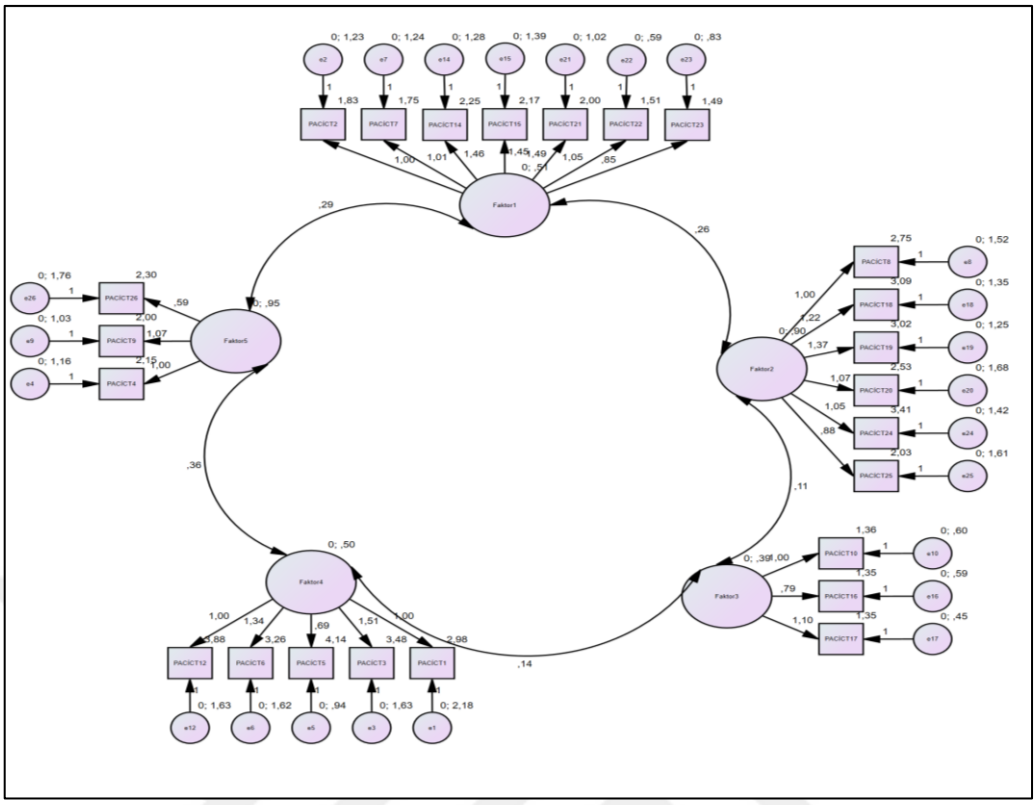
Tablo 9'da görüldüğü gibi 5 faktörlü yapı dağılımında, soru 2, 7, 14, 15, 21, 22, 23 birinci faktör; soru 8, 18, 19, 20, 24, 25 ikinci faktör; soru 10, 16, 17 üçüncü faktör; soru 1, 3, 5, 6, 12 dördüncü faktör ve soru 4, 9, 26 beşinci faktör yapısı altında toplanmış olduğu görülmektedir. Son haliyle 24 soruluk ölçekte herhangi bir madde dışarıda kalmamıştır. Birinci faktörün varyans açıklama oranı ve madde sayısı açısından diğer faktörlerden daha güçlü olduğu görülmüştür. Faktör yük değerlerine bakıldığında birinci faktör 0,51-0,72, ikinci faktör 0,61-0,82, üçüncü faktör 0,50-0,78 dördüncü faktör 0,37-0,73 beşinci faktör 0,68-0,69 aralığında olduğu görülmektedir.

Tablo 9. Faktör matriksi

	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5
Soru 7	0,728				
Soru 2	0,695				
Soru 15	0,635				
Soru 22	0,611				
Soru 21	0,572				
Soru 23	0,524				
Soru 14	0,513				
Soru 19		0,822			
Soru 18		0,759			
Soru 20		0,600			
Soru 24		0,580			
Soru 25		0,537			
Soru 8		0,503			
Soru 17			0,784		
Soru 10			0,661		
Soru 16			0,505		
Soru 5				0,733	
Soru 12				0,592	
Soru 3				0,575	
Soru 1				0,523	
Soru 6				0,373	
Soru 26					0,695
Soru 4					0,619
Soru 9					0,483

4.2.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi

AFA ile elde edilen veriler DFA ile bazı temel değerler hesaplanarak test edilmiştir. Birinci düzey DFA modeli Şekil 5'te gösterilmiştir.



Şekil 5. Birinci düzey DFA modeli sonuçları

Faktörleri oluşturan maddelerin faktörlere istatistiksel olarak fayda sağladığı görüldü ($p<0,05$). DFA modelinde maddelerin faktörlere katkılarının önemliliği Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Birinci düzey DFA modelinde maddelerin faktörlere katkılarının önemliliği

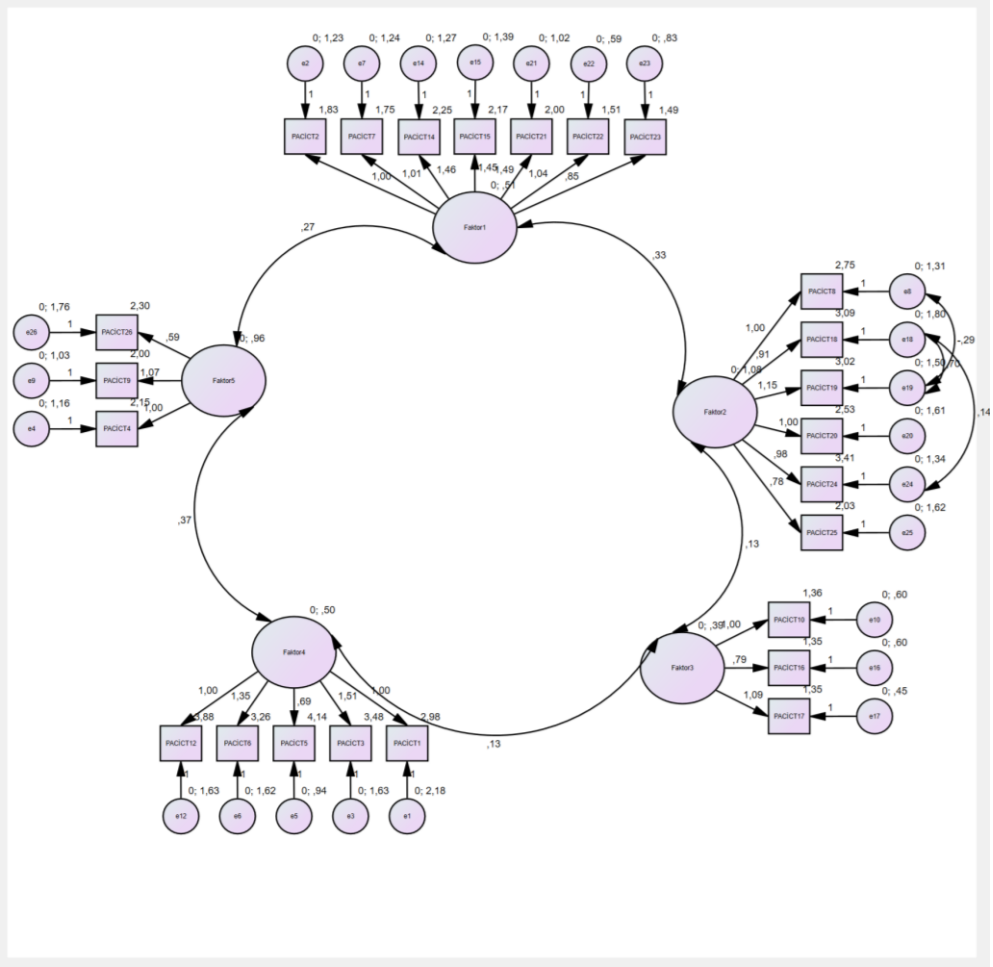
		Katsayı	Standart Hata	Kısıtlılık Oranı	p
Soru 2	<---	1			<0,001
Soru 7	<---	1,01326	0,1286	7,87936	<0,001
Soru 14	<---	1,45629	0,16511	8,81993	<0,001
Soru 15	<---	1,44598	0,16665	8,6768	<0,001
Soru 21	<---	1,48514	0,16025	9,26786	<0,001
Soru 22	<---	1,04705	0,11659	8,98072	<0,001
Soru 23	<---	0,84741	0,10687	7,92934	<0,001
Soru 8	<---	1			<0,001
Soru 18	<---	1,21775	0,12866	9,46482	<0,001
Soru 19	<---	1,37236	0,14325	9,58017	<0,001
Soru 20	<---	1,07226	0,12158	8,81905	<0,001
Soru 24	<---	1,04936	0,11026	9,51746	<0,001
Soru 25	<---	0,87621	0,10783	8,12582	<0,001
Soru 10	<---	1			<0,001
Soru 16	<---	0,79291	0,12049	6,58066	<0,001
Soru 17	<---	1,09541	0,16022	6,83712	<0,001
Soru 1	<---	1			<0,001
Soru 3	<---	1,51332	0,24721	6,12148	<0,001
Soru 5	<---	0,68831	0,1322	5,20659	<0,001
Soru 6	<---	1,34427	0,22685	5,92592	<0,001
Soru 12	<---	1,00368	0,18246	5,5007	<0,001
Soru 4	<---	1			<0,001
Soru 9	<---	1,06523	0,12874	8,27427	<0,001
Soru 26	<---	0,59008	0,09596	6,14948	<0,001

Birinci düzey DFA model sonucu incelendiğinde uyum iyiliği analiz sonuçlarına göre örneklem modelinin, çalışmanın orijinal yapısı ile genel uyumunu gösteren CMIN/df değeri (x^2/sd = 3,75338) kabul edilir uyum aralığındayken, DFA modelindeki diğer parametrelere bakıldığında örneklem modeli ile uyumunun kötü olduğu görüldü. DFA modeli için ön görülen uyum iyiliği referans değerleri ve analiz sonuçları Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Birinci düzey DFA için öngörülen uyum iyiliği referans değerleri ve analiz sonuçları

İndeksler	Referans değer		Ölçüm	Sonuç
	İyi Uyum	Kabul Edilir Uyum		
CMIN/DF	$0<x^2/sd\leq 3$	$3\leq x^2/sd\leq 5$	3,75338	Kabul edilebilir Uyum
TLI	0,95≤TLI≤1	0,90≤TLI≤0,95	0,69926	Kötü Uyum
RMSEA	0≤RMSEA≤,05	,05≤RMSEA≤,08	0,09276	Kötü Uyum
CFI	0,95≤CFI≤1	0,90≤CFI≤0,95	0,69926	Kötü Uyum
IFI	0,95≤IFI≤1	0,90≤IFI≤0,95	0,73391	Kötü Uyum

DFA modeli parametreleri ölçümlerinin kötü uyumlu olması nedeniyle modifiye edildi. İkinci düzey DFA modeli Şekil 6' da gösterilmiştir.



Şekil 6. İkinci düzey DFA modeli

İkinci düzey DFA modeli incelendiğinde her bir maddenin faktörlere istatistiksel olarak fayda sağladığı görüldü ($p<0,05$). İkinci düzey DFA modelinde maddelerin faktörlere katkılarının önemliliği Tablo 12'de gösterilmiştir.

Tablo 12. İkinci düzey DFA modelinde maddelerin faktörlere katkılarının önemliliği

		Katsayı	**Standart Hata**	**Kısıtlılık Oranı**	**P**
Soru 2	<---	1			
Soru 7	<---	1,01326	0,1286	7,87936	<0,001
Soru 14	<---	1,45629	0,16511	8,81993	<0,001
Soru 15	<---	1,44598	0,16665	8,6768	<0,001
Soru 21	<---	1,48514	0,16025	9,26786	<0,001
Soru 22	<---	1,04705	0,11659	8,98072	<0,001
Soru 23	<---	0,84741	0,10687	7,92934	<0,001
Soru 8	<---	1			<0,001
Soru 18	<---	1,21775	0,12866	9,46482	<0,001
Soru 19	<---	1,37236	0,14325	9,58017	<0,001
Soru 20	<---	1,07226	0,12158	8,81905	<0,001
Soru 24	<---	1,04936	0,11026	9,51746	<0,001
Soru 25	<---	0,87621	0,10783	8,12582	<0,001
Soru 10	<---	1			<0,001
Soru 16	<---	0,79291	0,12049	6,58066	<0,001
Soru 17	<---	1,09541	0,16022	6,83712	<0,001
Soru 1	<---	1			
Soru 3	<---	1,51332	0,24721	6,12148	<0,001
Soru 5	<---	0,68831	0,1322	5,20659	<0,001
Soru 6	<---	1,34427	0,22685	5,92592	<0,001
Soru 12	<---	1,00368	0,18246	5,5007	<0,001
Soru 4	<---	1			
Soru 9	<---	1,06523	0,12874	8,27427	<0,001
Soru 26	<---	0,59008	0,09596	6,14948	<0,001

İkinci düzey DFA model sonucu incelendiğinde uyum iyiliği analiz sonuçlarına göre örneklem modelinin çalışmanın orijinal yapısı ile genel uyumunu gösteren CMIN/df değeri ($x^2/sd = 3,60531$) kabul edilir uyum aralığındayken DFA modelindeki diğer parametrelere bakıldığında örneklem modeli ile uyumunun kötü olduğu, yapılan modifikasyonda anlamlı değişiklik olmadığı görüldü. İkinci düzey DFA modeli için ön görülen uyum iyiliği referans değerleri ve analiz sonuçları Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13. İkinci düzey DFA için öngörülen uyum iyiliği referans değerleri ve analiz sonuçları

İndeksler	Referans değer		Ölçüm	Sonuç
	İyi Uyum	Kabul Edilir Uyum		
CMIN/DF	$0<x^2/sd\leq3$	$3\leq x^2/sd\leq5$	3,60531	Kabul Edilebilir Uyum
TLI	0,95≤TLI≤1	0,90≤TLI≤0,95	0,71543	Kötü Uyum
RMSEA	0≤RMSEA≤,05	,05≤RMSEA≤,08	0,09023	Kötü Uyum
CFI	0,95≤CFI≤1	0,90≤CFI≤0,95	0,74843	Kötü Uyum
IFI	0,95≤IFI≤1	0,90≤IFI≤0,95	0,75157	Kötü Uyum

4.3. Ölçeğin Güvenilirliğine İlişkin Veriler

Çalışmanın başlangıcında diğer dillerde yapılan bir PACIC+ çalışmasındaki Cronbach Alfa değeri alınarak minimum örneklem büyüklüğü 275 olarak hesaplandı (17). Çalışmaya en az bir tane kronik hastalığa sahip 321 kişi dahil edildi, 290 kişiye test tekrarı uygulandı.

Çalışmanın ortalama puanına bakıldığında anketin toplam ortalama puanı 2,42 olarak hesaplandı. Madde düzeyinde yüksek cevapların sık kullanımı 3, 5, 6, 12, 24. sorularda, en düşük cevaplar ise 10, 16, 17, 22, 23. sorularda görüldü. Maddelerin ve ölçeğin ortalama puan ve standart sapma değerleri Tablo 14'te görülmektedir.

Tablo 14. Maddelerin ortalama puan ve standart sapma değerleri

	Ortalama	**Standart Sapma**
Soru 1	2,98	1,648
Soru 2	1,83	1,337
Soru 3	3,48	1,688
Soru 4	2,15	1,483
Soru 5	4,14	1,094
Soru 6	3,26	1,608
Soru 7	1,75	1,347
Soru 8	2,75	1,571
Soru 9	2,00	1,488
Soru 10	1,36	1,001
Soru 12	3,88	1,471
Soru 14	2,25	1,569
Soru 15	2,17	1,599
Soru 16	1,35	0,920
Soru 17	1,35	0,963
Soru 18	3,09	1,659
Soru 19	3,02	1,740
Soru 20	2,53	1,666
Soru 21	2,00	1,500
Soru 22	1,51	1,096
Soru 23	1,49	1,110
Soru 24	3,41	1,569
Soru 25	2,03	1,529
Soru 26	2,30	1,459
Toplam	2,4204	0,792

Anketin alt faktörlerinin puan ortalamasına bakıldığında ise en yüksek puan faktör 4 (3,55)'ün iken, en düşük ortalama puan faktör 3 (1,35)'e ait idi. Anketteki faktörlerin ortalama puanları Tablo 15'te gösterilmiştir.

Tablo 15. Faktörlere ait ortalama puanlar

	Ortalama
Faktör 1	1,8571
Faktör 2	2,8063
Faktör 3	1,3520
Faktör 4	3,5502
Faktör 5	2,1485

Ölçeğin güvenilirliğini değerlendirmek için ölçekte bulunan maddelerin iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa katsayısı 0,899 olarak hesaplandı. Faktörlerin Cronbach alfa değerine bakıldığında birinci faktörün Cronbach alfa değeri 0,828; ikinci faktörün 0,818; üçüncü faktörün 0,661; dördüncü faktörün 0,663 ve beşinci faktörün ise 0,638 olarak hesaplandı. Çalışmanın Cronbach alfa değeri ve alt faktörlerinin Cronbach alfa değerleri Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16. Çalışmanın toplam ve alt faktörlerinin Cronbach alfa değerleri

	Cronbach Alfa	**Standartlaştırılmış Maddeler Dayalı Cronbach Alfa**	**Madde Sayısı**
Toplam	0,899	0,900	24
Faktör 1	0,828	0,832	7
Faktör 2	0,818	0,817	6
Faktör 3	0,661	0,661	3
Faktör 4	0,663	0,665	5
Faktör 5	0,639	0,638	3

Faktörlerin toplam puan ile korelasyonuna bakıldığında en düşük değer Faktör 3 (0,631)'te görülmekteyken en yüksek değer ise Faktör 2 (0,828)'de görüldü. Faktörlerin ortalama puanlarının ölçek puan ortalamasına göre korelasyonu Tablo 17'de verilmiştir.

Tablo 17. Faktör ortalama puanlarının ölçek ortalama puanlarına göre korelasyonları

	Toplam Puan Ortalaması
Faktör 1 Puan Ortalaması	0,823
Faktör 2 Puan Ortalaması	0,828
Faktör 3 Puan Ortalaması	0,631
Faktör 4 Puan Ortalaması	0,758
Faktör 5 Puan Ortalaması	0,725

Sınıf içi korelasyon testi değeri 0,854 idi. %95 güven aralığı için alt ve üst sınır değeri sırasıyla 0,830-0,876 idi. Sınıf içi korelasyonu istatistiksel olarak anlamlı idi ($p < 0,05$). Sınıf içi korelasyon testi sonucu Tablo 18'de verilmiştir.

Tablo 18. Sınıf İçi Korelasyon Testi

Sınıf İçi Korelasyon Testi (Intraclass Correlation Coefficient (Icc))							
	Sınıf İçi Korelasyon	%95 Güven Aralığı			0 Gerçek Değerle F Testi		
		Alt Sınır	Üst Sınır		df1	df2	Sig
Ortalama Değer	0,854	0,830	0,876		320	7383	0,000

Ölçek maddelerinin düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları incelendiğinde 0,27 ile 0,64 arasında değişmekte olup 0,20'nin altında bir değere sahip madde yoktu. Her bir madde ayrı ayrı anketten çıkarıldıklarında toplam Cronbach alfa değerinde yükselme saptanmamış olup maddeler çıkarıldığında Cronbach alfa değerinde yaptıkları değişimler Tablo 19'da gösterilmiştir.

Tablo 19. Maddelerin düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları ve madde olmadığında Cronbach alfa değeri

Madde	Öğe Silindiğinde Ölçek Ortalaması	Öğe Silindiğinde Varyans Ölçeklemesi	Düzeltilmiş Öğe-Toplam Korelasyonu	Çoklu Korelasyon Karesi	Ölçek Silindiğinde Cronbach Alfa
Soru 1	55,11	335,439	0,388	0,297	0,898
Soru 2	56,26	336,553	0,473	0,414	0,896
Soru 3	54,61	328,120	0,500	0,342	0,895
Soru 4	55,94	330,366	0,538	0,384	0,894
Soru 5	53,95	349,010	0,278	0,224	0,899
Soru 6	54,83	325,778	0,572	0,418	0,893
Soru 7	56,34	337,920	0,441	0,399	0,897
Soru 8	55,34	326,618	0,572	0,466	0,893
Soru 9	56,09	328,555	0,570	0,426	0,894
Soru 10	56,73	344,731	0,426	0,332	0,897
Soru 12	54,21	338,251	0,391	0,267	0,898
Soru 14	55,84	322,647	0,646	0,476	0,892
Soru 15	55,93	329,782	0,503	0,438	0,895
Soru 16	56,74	344,985	0,460	0,403	0,897
Soru 17	56,74	344,285	0,457	0,406	0,897
Soru 18	55,00	328,744	0,500	0,525	0,895
Soru 19	55,07	325,133	0,532	0,555	0,895
Soru 20	55,56	324,397	0,573	0,461	0,893
Soru 21	56,09	325,851	0,618	0,540	0,892
Soru 22	56,58	338,588	0,540	0,502	0,895
Soru 23	56,60	340,872	0,474	0,362	0,896
Soru 24	54,68	326,206	0,580	0,465	0,893
Soru 25	56,06	332,118	0,486	0,393	0,896
Soru 26	55,79	339,133	0,378	0,323	0,898

Güvenilirlik çalışmasında diğer bir yöntem olarak kullanılan yarıya bölme işleminde Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği+'nin iki yarısı arasındaki korelasyon 0,74 olarak saptanmıştır. Birinci yarının (12 madde) Cronbach alfa katsayısı 0,82, ikinci yarının (12 madde) Cronbach alfa katsayısı 0,83, Spearman-Brown katsayısı 0,85 ve Guttman Split-Half katsayısı 0,85 olarak bulunmuştur (Tablo 20).

Tablo 20. Yarıya Bölme Testi

Cronbach Alfa					**Formlar Arasındaki Korelasyon**	**Spearman-Brown Katsayısı**		**Guttman Split-Half Katsayısı**
Bölüm 1		Bölüm 2		Toplam madde sayısı		Eşit Uzunluk	Eşitliksiz Uzunluk	
Değer	Madde Sayısı	Değer	Madde Sayısı					
0,821	12[a]	0,835	12[b]	24	0,744	0,853	0,853	0,853

Ölçek değerlendirilmesinde okuyucuların heterojen olduğunu gösteren Hotelling t testi anlamlı ($p<0,05$) çıkmıştır (Tablo 21).

Tablo 21. Hotelling t-kare testi

Hotelling t-Kare	**F**	**df1**	**df2**	**p**
2300,315	93,138	23	298	<0,001

Ölçeğin toplanabilirliğini test etmek için Tukey Toplanamazlık Testi (Tukey's Test for Nonadditivity) uygulanmıştır. Tukey Toplanamazlık Testi Tablo 22'de gösterilmiştir.

Tablo 22. Tukey Toplanamazlık Testi(Tukey's Test for Nonadditivity)

			Karelerin Toplamı	**df**	**Ortalama Kare**	**F**	**p**
Kişiler Arası			4820,683	320	15,065		
Kişiler İçi	Maddeler Arası		5059,866	23	219,994	145,025	0,000
	Kalan	Toplanamazlık	30,263[a]	1	30,263	20,002	0,000
		Denge	11134,413	7359	1,513		
		Toplam	11164,676	7360	1,517		
	Toplam		16224,542	7383	2,198		
Toplam			21045,224	7703	2,732		

Genel ortalama = 2,42

a. Toplanabilirliğin başarılması için gözlemlerin yükseltilmesi gereken Tukey güç tahmini = 0,763.

Kalıtılımcıların sosyodemografik özelliklerinin faktörler üzerine etkisine bakıldığında, kronik hastalığı konusunda eğitim almış olmanın faktörler üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$). Aile hekiminden eğitim alan kişilerin ölçek toplam puan ve faktör ortalaması faktör 1, faktör 3 ve faktör 5'te, uzman hekimden eğitim alanlarda ise faktör 1, faktör 2 ve faktör 4 üzerine etkileri istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Ölçekteki sosyodemografik özelliklerin faktörler ve ölçek skoru üzerine istatistiksel olarak etkisi Tablo 23'de gösterilmiştir.

Tablo 23. Ölçekteki sosyodemografik özelliklerin ölçek ortalama puanı ve faktör ortalaması üzerine etkisi

	Toplam	**Faktör 1**	**Faktör 2**	**Faktör 3**	**Faktör 4**	**Faktör 5**
Cinsiyet	0,444	0,672	0,740	0,195	0,936	0,132
Medeni Durum	**0,049**	0,126	0,121	0,049	0,052	0,277
Eğitim Durumu	0,130	**0,005**	0,738	0,065	0,553	0,106
Sosyo-Ekonomik Düzey	0,479	0,166	0,647	0,187	0,724	0,091
İlaç Kullanımı	0,114	0,957	0,068	0,187	0,242	**0,003**
Son 6 Ay İçerisinde Sağlık Kurumuna Başvuru Sayısı	0,637	0,291	0,415	0,893	0,064	0,515
Hastaneye Yatış	0,640	0,**003**	0,674	**0,046**	**0,011**	0,827
Acil Servise Başvuru	0,053	**<0,001**	0,110	0,084	**0,004**	0,421
Eğitim Alma Durumu	**0,008**	**<0,001**	**0,002**	**0,003**	**<0,001**	**<0,001**
Aile Hekiminden Eğitim Almış	**<0,001**	**0,009**	0,101	**<0,001**	0,131	**0,005**
Uzman Hekimden Eğitim Almış	**0,011**	**<0,001**	**0,046**	0,076	**0,001**	0,074
Hemşireden Eğitim Almış	**0,001**	0,312	**0,014**	0,066	0,787	**0,005**
Diyetisyenden Eğitim Almış	**0,027**	0,367	0,595	0,391	0,881	**0,027**

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada Drewes ve ark. tarafından 2012 yılında geliştirilen PACIC+ ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği incelenmiştir. Orijinal PACIC+ doğrulama çalışmasında, ölçeğin diyabetes mellitusu olan kişilerde geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu göstermişlerdir (16). Çalışmamızda Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği+'nın, kronik hastalık bakımının değerlendirilmesi için uygun bir ölçek olduğu bu çalışma ile tespit edilmiştir.

Geçerlilik, kullanılan testin ölçmek istediği amaca uygun olması, verilerin değerlendirilmek istenen özelliklerini eksiksiz yansıtma derecesidir (69). Güvenilirlik ise, ölçüm değerlerinin kararlılığı, homojenliği ve eşdeğerliğinin gösterilmesidir (69, 70). Ölçümde elde edilen bilgilerin doğrulanması için önce güvenirlik testi bakılmalıdır fakat güvenilirlik testi tek başına yeterli olmayıp geçerlilik analizi de yapılmalıdır (69).

Çalışmamızda ölçeğin geçerliliğini değerlendirmek için yapı geçerliliği ve dil geçerliliği kullanılmıştır. Ölçek güvenilirliğini göstermek için Cronbach alfa, madde analizi, test/ tekrar test, yarıya bölme yöntemleri kullanılmıştır. Kullanılan bu yöntemler ile ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğunu gösterilmiştir.

Yapı geçerliliği testi, ölçekte ölçülmek istenen özelliklerin ne kadar ölçüldüğünü ve birbiri ile ilişkisini göstermektedir (74). Yapı geçerliliği için AFA ve DFA yöntemleri kullanılmaktadır. Yapısal geçerlilik, faktör analizi yöntemi ile birbiriyle bağlantılı değişkenlerin arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmaktadır. Testin daha iyi yorumlanabilmesi amacıyla testteki her bir maddenin hangi maddelerle birliktelik gösterdiğini belirler. Böylece ölçek az sayıda boyuta indirgemiş olur. DFA ise kültürler arası ölçek uyarlaması durumlarında kullanılan bir istatistiksel tekniktir (68).

Çalışmamızda elde edilen bulguların faktör analizine uygun olup olmadığını belirlemek için KMO ve Bartlett Sphericity testleri kullanılmıştır. KMO testinde bulunan değerin 0,50'nin altında olması durumunda verilerin faktörler altında toplanamayacağı ifade edilirken, elde edilen değer 1'e yaklaştıkça mükemmel kabul edilmektedir. KMO değeri $<0,60$ kötü, $0,60 \leq KMO < 0,70$ zayıf, $0,70 \leq KMO < 0,80$ orta düzey, $0,80 \leq KMO < 0,90$ iyi ve $0,90 \leq KMO < 1,00$ ise mükemmel olarak yorumlanmaktadır (75). Bartlett Sphericity testi, korelasyon matrisinin birim matris olup olmadığını ölçmekte, ayrıca ölçek verilerinin birden fazla değişkenli normal dağılımdan geldiği varsayımını sağlamaktadır (76, 77). Çalışmamızda KMO testi mükemmel, Bartlett Sphericity testi ($p<0,001$) ise istatistiksel

olarak anlamlı bulundu. Bu veriler, çalışmamızda faktör analizi testi yapabilmek için örneklem büyüklüğünün yeterli ve verilerin analiz için uygun olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Diğer dillerde yapılan kültürler arası adaptasyon çalışmalarında da benzer özellikler görülmüştür (17).

Çalışmamızda AFA olarak temel bileşenler analizi kullanılmıştır. Faktörleştirme yöntemi olarak çok sık kullanılan bu istatistik yöntemi, tüm çıkartma tekniklerinin veri seti ile ilişkili varyansa katkı sağlayan bileşenleri belirlemeye çalışmaktadır. Verileri azaltmak için kullanışlı bir yöntemdir. Değişkenin faktör yüklerinin kareleri toplamı paydaşlık oranını verir (69, 78). Çalışmamızda çıkartma değeri (paydaşlık oranı) 0,40 altında değere sahip iki soru, çalışmanın açıklayıcılığını azaltması nedeniyle çıkartılmıştır.

Öz değer (eigenvalue), faktörlerce açıklanan varyansı hesaplamada ve önemli faktör sayısına karar vermede dikkate alınan bir katsayıdır ve tüm faktörlerin faktör yüklerinin karelerinin toplamı ile hesaplanır. Özdeğeri 1'den büyük faktörler dikkate alınmaktadır. (79). Ölçeğin toplam varyans açıklama oranı kabul edilebilir değeri %50 olarak kabul görmektedir (79, 80). Çalışmamızda, elde edilen beş faktör, toplam varyansın %55,5'ini açıklamaktadır. Yapılan çalışmalarda araştırmamıza benzer bulgular elde edilmiştir (17).

Faktör analiz çizgisi (Scree Plot grafiği) yöntemi faktörlerin öz değerlerine dayalı olarak çizilen grafiğinin incelenmesine dayanır. Grafikte her iki nokta arası bir faktörü temsil etmekte, yüksek ivmeli düşüşlerin yaşandığı faktör, önemli faktör sayısını vermektedir (81). Çalışmamızda faktör analiz çizgi grafiği incelendiğinde beşinci özdeğerden sonra çizginin yataylaştığı ve değer olarak 1'in altına düştüğü görülmekte ve bu durum ölçeğin beş faktörlü yapısının olduğunu desteklemektedir.

Faktör matriksi tablosu incelendiğinde, ölçeğin beş faktör yapısı altında toplanmış olduğu görülmektedir. Çalışmamız ve orijinal ölçek karşılaştırıldığında maddelerin farklı alt alanlarda kümelendiği görülmüştür (13). Çalışmamızda ölçek maddeleri farklı alt boyutlarda kümelendiği için alt boyutlarda faktörlere uygun bir şekilde isimlendirme yapılamamıştır. Yunanistan'da yapılan PACIC+ çeviri çalışmasında ölçek maddeleri 3 faktör altında toplanmıştır (17). Tayland'da yapılan PACIC+ çeviri çalışmasında ise beş alt boyutta toplanmış olup alt boyuttaki maddeler orijinal ölçek ile birebir örtüşmemektedir (65). Yirmi soruluk PACIC çeviri çalışmalarına bakıldığı zaman ise ölçek genel olarak beş alt boyutta toplanmış ancak ölçek maddelerinin orijinal ölçek ile farklı alanlarda kümelendiği

görülmüştür (14, 82). Kültürler arası adaptasyon çalışmalarında kültürler arası özellikler değişken olabileceğinden, sonuçların da farklı bulunması muhtemeldir.

Faktör yük değerleri maddelerin faktörlerle ilişkisini açıklayan katsayı olup faktör yük değerinin yüksek olması beklenir. Faktör yük değeri 0,60 ve üzeri olması yüksek, 0,30-0,59 arasında ise orta düzeyde büyüklükler olarak tanımlanır ve bu değerler ölçekte madde çıkartmada dikkate alınır (78). Çalışmamızda faktör yük değerleri incelendiğinde, ikinci faktörün faktör yük değeri yüksek, diğer faktörlerin faktör yük değerlerinin orta ve yüksek büyüklük aralığında olduğu görülmektedir. Çalışmamızdaki faktör yükü değerlerine bakarak bulunan değerlerin kabul edilen aralıkta olup ölçeğin geçerli olduğu anlamına gelmektedir.

DFA, verinin temelindeki yapıyı değerlendiren AFA'nın bir uzantısıdır. Belirlenen faktörler arasında ilişki düzeyini, değişkenlerin faktörlerle ilişkisini, faktörlerin modeli açıklama yeterliliğini ve faktörlerin birbirlerinden ne kadar bağımsız olduğunu test etmek için kullanılmaktadır (81). DFA'da sınanan modelin uyum yeterliğini belirlemek için pek çok uyum indeksi kullanılmaktadır. Uyum indekslerinden en sık kullanılanları, Ki-Kare testi ve Ki Kare Serbestlik Derecesi (CMIN ve CMIN/DF), Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA), İyilik Uyum İndeksi (GFI), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI), Normlaştırılmamış Uyum İndeksi (TLI), Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI) ve Artımlı Uyum İndeksi (IFI)'dir (79, 81). CMIN/df değeri $0<x^2/sd\leq3$ aralığında iyi uyum, $3\leq x^2/sd\leq5$ aralığında kabul edilebilir uyum olarak kabul edilmektedir (79). GFI, CFI, NFI, IFI indeksleri için kabul edilebilir uyum değeri 0,90-0,95, mükemmel uyum değeri 0,95 ve üzeri olarak kabul edilmektedir. RMSEA için ise; kabul edilebilir uyum değeri $0,05\leq RMSEA\leq0,08$ ve mükemmel uyum değeri $0\leq RMSEA\leq0,05$ olarak kabul edilmiştir (79, 81).

Çalışmamızda birinci düzey DFA modelinde, faktörleri oluşturan maddelerin faktörlere istatistiksel olarak fayda sağladığı görüldü ($p<0,001$). CMIN/df değeri 3,75 ile kabul edilir uyum aralığında idi. Uyumu değerlendirdiğimiz RMSEA, TLI, CFI, IFI modellerinin kötü uyum göstermesi üzerine modifikasyon yapıldı. İkinci düzey DFA modelinde faktörleri oluşturan maddelerin faktörlere istatistiksel olarak fayda sağladığı görüldü. CMIN/df değeri 3,60'a geriledi ancak RMSEA, TLI, CFI, IFI modelleri kabul edilebilir aralığa girmedi. Yapılan modifikasyonda anlamlı değişiklik olmadığı görüldü. Çalışmanın orijinaline bakıldığında DFA uyumu RMSEA modeli kullanılarak değerlendirilmiş, DFA modelinde kabul edilebilir uyum gösterilememiştir (16).

Kronik Hastalık Bakımı Değerlendirme Ölçeği+, beşli likert tipi puanlama sistemine sahip, 1'den (neredeyse hiçbir zaman) 5'e (neredeyse her zaman) kadar derecelendirilen bir ölçektir. En yüksek puan 5'tir. Her faktör, faktörlerdeki her bir maddenin cevaplarının ortalaması alınarak puanlanır. Ortalama puanlar 5'e yaklaştıkça kronik hastalık bakımı ile uyumlu sağlık hizmeti verildiği ve hastaların hastalık sürecine aktif olarak dahil olduklarını gösterirken, daha düşük puan ortalamaları sağlık hizmetinin kronik hastalık bakımı ile uyumlu olmadığını göstermektedir (17, 65). PACIC+ Tayland versiyonunda ortalama puan 3,3 (65), PACIC+ Yunanistan çalışmasında ise ortalama puan 2,9 bulunmuştur (17). Çalışmamızın ortalama puanına bakıldığında anketin ölçek ortalama puanı 2,42 olarak hesaplandı. Kronik hastalık bakımı değerlendirilmesi incelendiğinde hastaların aldıkları bakımın orta düzeyde olduğunu düşündürebilir (83).

PACIC ölçeği çalışmalarına bakıldığında ise Glasgow ve ark. yaptığı çalışmada ölçeğin ortalama puanı 2,60 bulunmuştur (13). Ülkemizde yapılan PACIC ölçeği çalışmalarına bakıldığında bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmanın ortalama puanı 2,44 olarak bulunmuştur (83). Örneklemini üç Aile Sağlığı Merkezi ve iki hastaneye başvuran KOAH'lı hastaların oluşturduğu diğer bir çalışmada ortalama puan 1,69 olduğu görülmüştür (84). Erzurum il merkezinde bulanan üç hastanenin onkoloji hastaları ile yapılan çalışmada ise kanser hastalarında bakım puanının 2,54 olduğu saptanmıştır (85).

Ölçeğin güvenilirliğini test etmek için iç tutarlılık testi (Cronbach alfa) ve madde analizi testleri yapılmıştır. Cronbach Alpha katsayısı 0 ile 1 arasında olmalıdır. Bu aralık 1'e yaklaşması ölçeğin güvenilirliğinin ve iç tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir. Cronbach alfa katsayısı <0,40 olduğunda ölçeğin güvenilir olmadığı, 0,40-0,59 aralığında düşük güvenilir, 0,60-0,79 aralığında çok güvenilir ve 0,80-1,00 aralığında oldukça güvenilir olduğu anlamına gelir (86, 87). Orijinal ölçeğin doğrulama çalışması ve bazı dillere çevrisi yapılan çalışmalarda Cronbach alfa katsayısının oldukça güvenilir aralıkta olduğu görülmektedir (16, 17, 88-90). Çalışmamızda da ölçeğin Cronbach alfa katsayısının, yapılan bu çalışmalara benzer şekilde oldukça güvenilir aralıkta olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızdaki faktörlerin Cronbach katsayısına bakıldığında faktör 1 ve 2'nin Cronbach alfa katsayısı oldukça güvenilir iken diğer faktörlerin Cronbach alfa katsayıları çok güvenilir aralıkta idi. Faktörlerin ortalama puanlarının ölçeğin ortalama puanına göre korelasyonu yapıldığında Cronbach alfa katsayısı faktör 1 ve 2 için oldukça güvenilir iken diğer faktörlerin Cronbach alfa katsayıları çok güvenilir aralıkta idi.

Madde-toplam korelasyonları, madde güvenirliliği olarak bilinen, ölçekteki her bir maddenin ölçeğin toplam puanına katkısını değerlendiren ve ölçeğin bütünüyle ne derece ilişkili olduğunu gösteren yöntemdir (91). Madde-toplam puan korelasyon katsayısı alt sınır değeri olarak 0,20 alınmakta, güvenilirlik katsayısı 0,30-0,40 arasında olan maddeler iyi, 0,40 üstünde olan maddeler çok iyi düzeyde ayırt edici kabul edilmekte ve güvenilir olduğu yorumu yapılmaktadır (86, 91). Çalışmamızda ölçek maddelerinin düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları incelendiğinde 0,27 ile 0,64 arasında değişmekte olup ölçeğin güvenilir olduğu görülmektedir. Her bir madde ayrı ayrı anketten çıkarıldıklarında toplam Cronbach alfa değerinde yükselme saptanmadığı görülmüştür.

Test-tekrar test analizi, testin zamanla değişme hassasiyetinin ölçüldüğü, ölçümler arasındaki tutarlılığı gösteren bir istatistiksel analizdir (91). Çalışmamızda test-tekrar test analizi sonuçlarının oldukça güvenilir aralıkta olduğu görülmüştür. Diğer kültürler arası adaptasyon çalışmaları ile kıyaslandığında, çalışmamızda test-tekrar test analizi sonucunun daha yüksek olduğu görülmüştür (16, 65).

Yarıya bölme (Split-Half) yönteminde, bir ölçekte test yarıya bölündüğünde, bölünmüş yarının varyansı ve ortalaması eşit kabul edilir. Bir ölçek ne kadar güvenilirse elde edilen değerin 1'e o kadar yakın olacağı belirtilmektedir (92). Çalışmamızda yarıya bölme yöntemi ile elde edilen Spearman-Brown katsayısı ve Guttman Split-Half katsayısı incelendiğinde ölçeğin mükemmele yakın derecede güvenilir olduğu görülmektedir.

Hotelling t-kare testi bir ölçeğin kullanılabilir olduğunu gösteren, ölçeğin belirlenen örneklem grubuna yapıldığını, maddelerin okuyucular tarafından farklı şekillerde anlaşıldığını ve okuyucuların heterojen olduğu gösteren bir testtir (93, 94). Ölçeğin toplanabilirliğini test etmek için ise Tukey toplanamazlık testi (Tukey's Test for Nonadditivity) uygulanmıştır. Maddeler arası olasılık değerinin anlamlı çıkması ölçeğin en az iki faktörden oluştuğu, puanların toplanamaz olduğu şeklinde yorumlanabilir (95). Çalışmamızda her iki test de anlamlı bulunmuştur.

Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde PACIC+ ile demografik verilerin korelasyonlarına bakıldığında konu ile ilgili kesin bir sonuca ulaşılamadığı görülmektedir (17). Glasgow ve ark. tarafından yapılan çalışmalarda hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin PACIC puanlarında önemli farklılıklar gösteremediği görülürken (13, 51), Rosemann ve ark. yaptığı çalışmada kronik hastalığı nedeniyle bakım alan hastalar için yaş, eğitim ve psikiyatrik semptomlar temelinde önemli farklılıklar görülmüştür (63).

Çalışmamıza katılanların sosyodemografik özelliklerinin ölçek ortalama puan ve faktör ortalama puanı üzerine etkisine bakıldığında, kişilerin kronik hastalıkları için eğitim alma durumunun anlamlı olduğu görülmüştür. Aile hekimi, ilgili uzman hekim, diyetisyen veya eğitim hemşiresinden eğitim alma durumu toplam ölçek puan ortalamasına etkisi anlamlı bulunmuştur.

Çalışmamızda bütün katılımcılardan verilerin aynı kişi tarafından, yüz yüze görüşülerek toplanması, ülkemizde PACIC+ ölçeğinin birinci basamakta ilk defa yapılıyor olması, tüm kronik hastalıklara sahip kişilerin çalışmaya dâhil edilmesi avantaj olarak değerlendirilebilir. Çalışmamız tek merkezde yürütülmüştür. Örneklem büyüklüğü azdır. Bu nedenlerle kısıtlılık arz etmektedir. Bu yüzden ulaşılan sonuçların genellenemeyeceği düşünülmüştür.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Çalışmamızda, kronik hasta bakımını 5Ö modeline göre değerlendirmek için geliştirilen PACIC+ ölçeğinin Türkçe dilinde geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda temel bileşenler analizi ile çıkartma değeri kabul edilebilir sınırın altında olan iki soru çalışmanın açıklayıcılığını azaltması nedeniyle çıkarılmıştır. Çalışmamızda KMO testi mükemmel aralıkta, Bartlett Sphericity testi ise anlamlı bulunmuştur. Ölçek Cronbach alfa değeri ve test-tekrar test analizi oldukça güvenilir aralıkta idi.

Ölçek beş faktör yapısı altında toplanmış ancak faktörlerdeki maddeler orijinal ölçek maddeleri ile örtüşmemekteydi. Madde toplam korelasyonuna bakıldığında tüm değerlerin kabul edilebilir alt sınırın üstünde olduğu görülmekteydi. DFA incelendiğinde CMIN/df değeri dışında hiçbir değer kabul edilebilir aralıkta görülmedi.

Kronik hastalık bakımı değerlendirilmesi incelendiğinde hastaların aldıkları bakım orta düzeyde değerlendirilmektedir. Kişilerin hastalık bakımları ile ilgili eğitim almış olmaları ölçek puanlarını olumlu yönde etkilemiştir.

Yirmibirinci yüzyılın en büyük sorunlarından biri haline gelen kronik hastalıklar, mortalite ve morbiditenin en önemli nedenlerinden birisidir. Kronik hastalıkların yönetimi ve kontrolü için çeşitli program ve modeller geliştirilmiş olup en bilineni Kronik Bakım Modeli'dir. PACIC+ Kronik Bakım Modeli temel alınarak hazırlanan bir ölçek olan PACIC ölçeğine altı soru eklenerek 5Ö modeline uyarlanan bir ölçek olup, hastaların kronik bakımının hasta bakışıyla değerlendirilmesi için kullanılmaktadır.

Bu geçerlilik güvenilirlik çalışması aracılığıyla Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği+ Türkçe dilinde, hastaların kronik hastalık bakımını ölçmek için kullanılabilir. Çalışmamızda DFA verileri uyumlu çıkmaması nedeniyle sonraki çalışmalarda tekrar DFA yapılması önerilir. PACIC+ puanı ile hasta sonuçları arasındaki ilişkisini analiz etmek için daha büyük örneklemde ve farklı popülasyonlarda çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

7. KAYNAKLAR

1. Kumsar AK, Yılmaz FT. Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesine Genel Bakış. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2014;2(2):62-70.
2. Porta M. A Dictionary of Epidemiology: Oxford University Press; 2014.
3. Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, Chopra M, Ebrahim S, Kidd M, et al. Improving the Prevention and Management of Chronic Disease in Low-Income and Middle-Income Countries: A Priority for Primary Health Care. The Lancet. 2008;372(9642):940-9.
4. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020. Türkiye Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2015. [Erişim tarihi: 2 Eylül 2020]. Web Sayfası: http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/506.
5. World Health Organization. Global Status Report on Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2020. World Health Organization. [Erişim Tarihi: 2 Eylül 2020] Web Sayfası: https://www.who.int/publications/i/item/ncd-progress-monitor-2020. .
6. Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü. [Erişim Tarihi: 2 Eylül 2020]. Web Sayfası: https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/makaleler/bulasici-olmayan-hastaliklar-nelerdir.
7. "Aile Hekimliğinde Kronik Hastalık Yönetimi" TAHUD İstanbul Şubesi, Çalıştay Raporu 18.02.2017. [Erişim Tarihi: 16 Eylül 2020.] Web Sayfası : https://www.tahud.org.tr/file/7d5b8ea6-78b7-41e9-8a04-f249d8b99ddf/Aile%20Hekimlig%CC%86inde%20Kronik%20Hastal%C4%B1klar%20Yo%CC%88netimi%20C%CC%A7al%C4%B1s%CC%A7tay%C4%B1%20Gerc%CC%A7ekles%CC%A7ti.pdf.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019. [Erişim Tarihi: 24 Şubat 2021] Web Sitesi: https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/39024,haber-bulteni-2019pdf.pdf?0.
9. Cranston J. Australian primary health care research institue primary care respiratory unit discipline of general practice university of adelaide south Australia (pp. 1–114). Canberra: The Australian National University. 2006.
10. Piatt GA, Zgibor JC. Novel Approaches to Diabetes Care: a Population Perspective. Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity. 2007;14(2):158-65.

11. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. Jama. 2002;288(14):1775-9.
12. Rothman AA, Wagner EH. Chronic Illness Management: What is the Role of Primary Care? Annals of Internal Medicine. 2003;138(3):256-61.
13. Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, Mahoney LD, Reid RJ, Greene SM. Development and Validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). Medical Care. 2005.
14. İncirkuş K, Nahcıvan NÖ. A Guide for Chronic Disease Management: the Chronic Care Model. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2015;23(1):66-75.
15. Rooijen MR-v, de Jong JD, Rijken M. Regulated Competition in Health Care: Switching and Barriers to Switching in the Dutch Health Insurance System. BMC Health Services Research. 2011;11(1):95.
16. Drewes HW, de Jong-van Til JT, Struijs JN, Baan CA, Tekle FB, Meijboom BR, et al. Measuring Chronic Care Management Experience of Patients with Diabetes: PACIC And PACIC+ Validation. International Journal of Integrated Care. 2012;12.
17. Malliarou M, Bakola E, Nikolentzos A, Sarafis P. Reliability and Validity of the Greek Translation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care+(Pacic-Plus Gr) Survey. BMC Family Practice. 2020;21(1):1-7.
18. Innovative Care for Chronic Conditions Building Blocks for Action. [Erişim Tarihi :22 Şubat 2021] Web Sayfası: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccreport/en/ .
19. O'Halloran J, Miller GC, Britt H. Defining Chronic Conditions for Primary Care With Icpc-2. Family Practice. 2004;21(4):381-6.
20. Preparing a Health Care Work Force for the 21st Century the Challenge of Chronic Conditions-2005. [Erişim Tarihi: 22.02.2021] Web Sayfası: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/workforce_report.pdf.
21. Sürdürülebilir Sağlık Sistemi İçin Kronik Hastalık Yönetiminde Elektronik Sağlık Kayıtlarının Rolü. [Erişim Tarihi: 22 Şubat 2021] Web Sitesi: http://tusiad.org/tr/yayinlar/raporlar/item/6010-surdurulebilir-saglik-sistemi-icin-kronik-hastalik-yonetiminde-elektronik-saglik-kayitlarinin-rolu/.
22. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ulusal Hastalık Yükü Çalışması Sonuçları ve Çözüm Önerileri 2017. [Erişim Tarihi:23.02.2021] Web Sitesi :http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal_program.pdf.

23. Hunter DJ, Reddy KS. Noncommunicable Diseases. New England Journal of Medicine. 2013;369(14):1336-43.
24. Uijen AA, van de Lisdonk EH. Multimorbidity in Primary Care: Prevalence and Trend Over the Last 20 Years. The European Journal of General Practice. 2008;14(sup1):28-32.
25. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, editors. Diabetes Epidemic in Turkey: Results of the Second Population-Based Survey of Diabetes and Risk Characteristics in Turkey (Turdep-Ii)2011.
26. Türkiye İstatistik Kurumu Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019. [Erişim Tarihi :23 Şubat 2021] Web Sitesi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710.
27. Ünal B, Ergör G, Horasan GD, Kalaça S, Sözmen K. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ankara: Sağlık Bakanlığı. 2013:224-9.
28. Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği, TEMD Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu. 2019.
29. WHO, Health Topics, Hypertension. [Erişim Tarihi: 3 Şubat 2021] Web Sayfası: https://www.who.int/health-topics/hypertension/#tab=tab_1.
30. WHO, Health Topics, Cancer. [Erişim Tarihi: 24 Şubat 2021] Web Sitesi: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1.
31. Basara B, Güler C, Eryilmaz Z. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. Bölüm; 2019.
32. Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği, TEMD Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. 2020.
33. WHO, Health Topics, Diabetes. [Erişim Tarihi: 3 Şubat 2021] Web Sayfası: https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1.
34. WHO, Health Topics, Chronic Respiratory Diseases. [Erişim Tarihi: 24 Şubat 2021] Web Sitesi: https://www.who.int/health-topics/chronic-respiratory-diseases#tab=tab_1.
35. Türk Toraks Derneği, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH). [Erişim Tarihi: 24 Şubat 2021] Web Sitesi: https://www.toraks.org.tr/site/resources/aegrotationes/p/2.
36. T.C. Sağlık Bakanlığı, Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesine ve Kontrolüne İlişkin Eylem Planı. [Erişim Tarihi: 18.10.2021] Web Sayfası:

https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/bula%C5%9F%C4%B1c%C4%B1%20olmayan%20hastal%C4%B1klar.pdf.

37. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025. [Erişim Tarihi:24 Şubat 2021] Web Sayfası: https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/%C3%A7ok%20payda%C5%9Fl%C4%B1%20eylem.pdf
38. WHO, Ageing and Health. [Erişim Tarihi:24 Şubat 2021] Web Sitesi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health.
39. NCOA, Healthy Aging Facts. [Erişim Tarihi: 24 Şubat 2021] Web Sitesi: https://www.ncoa.org/news/resources-for-reporters/get-the-facts/healthy-aging-facts/#intraPageNav0.
40. Akman M, Çifçili S. Aile Hekimliği ve Kronik Hastalık Bakım Modeli. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2010;14(1):32-7.
41. Bakola H, Zyga S, Panoutsopoulos G, Alikari V. Motivational Incentives of Nurses and Nursing Leadership. Interscientific Health Care. 2005;7(2):58-64.
42. Stockwell DH, Madhavan S, Cohen H, Gibson G, Alderman MH. The Determinants of Hypertension Awareness, Treatment, and Control in an Insured Population. American Journal of Public Health. 1994;84(11):1768-74.
43. Perrin JM, Homer CJ, Berwick DM, Woolf AD, Freeman JL, Wennberg JE. Variations in Rates of Hospitalization of Children in Three Urban Communities. New England Journal of Medicine. 1989;320(18):1183-7.
44. Kenny SJ, Smith PJ, Goldschmid MG, Newman JM, Herman WH. Survey of Physician Practice Behaviors Related to Diabetes Mellitus in the Us: Physician Adherence to Consensus Recommendations. Diabetes care. 1993;16(11):1507-10.
45. Davis RM, Wagner EH, Groves T. Managing Chronic Disease. Presents Such Challenges That The Bmj Is Devoting A Special Issue To It. British Medical Journal Publishing Group; 1999.
46. WONCA. Aile Hekimliği Avrupa Tanımı: Avrupa 2005 Basımı Türkçe Çevirisi; 2011.
47. Keleher H. Why Primary Health Care Offers a More Comprehensive Approach to Tackling Health Inequities Than Primary Care. Australian Journal of Primary Health. 2001;7(2):57-61.

48. Martin CM. Chronic Disease And Illness Care: Adding Principles of Family Medicine to Address Ongoing Health System Redesign. Canadian Family Physician. 2007;53(12):2086-91.
49. McWhinney IR, Freeman T. Textbook of Family Medicine: Oxford University Press; 2009. 19-21 p.
50. Wolfe A. Institute of Medicine Report: Crossing the Quality Chasm: a New Health Care System for the 21st Century. Policy, Politics, & Nursing Practice. 2001;2(3):233-5.
51. 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(11):2655-61.
52. Bonomi AE, Wagner EH, Glasgow RE, VonKorff M. Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): A Practical Tool to Measure Quality Improvement. Health Services Research. 2002;37(3):791-820.
53. Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the Quality of Health Care for Chronic Conditions. Quality and Safety in Health Care. 2004;13(4):299-305. doi: 10.1136/qshc.2004.010744.
54. Aile Hekimliği Avrupa Tanımı. [Erişim Tarihi: 03 Mart 2021] Web Sitesi: https://www.tahud.org.tr/file/96f3dfc7-3961-4272-b5b7-e6cbbd7580ef/AH_AVRUPA_TANIMI-2.pdf.
55. Barr V, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, et al. The Expanded Chronic Care Model. Hosp Q. 2003; 7(1), 73-82.
56. WHO. Innovative Care for Chronic Conditions Building Blocks for Action. [Erişim Tarihi: 21 Mart 2021] Web Sitesi: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccreport/en/.
57. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. Health affairs. 2001;20(6):64-78.
58. Chronic Care: Making the Case for Ongoing Care. [Erişim Tarihi: 23 Mart 2021] Web Sitesi: https://www.rwjf.org/en/library/research/2010/01/chronic-care.html

59. Miller ST, Zwagg RV, Joyner MB, Runyan Jr J. Evaluation of a Decentralized System for Chronic Disease Care: Seven Years of Observation. American Journal of Public Health. 1980;70(4):401-5.
60. Wagner EH. Chronic Disease Management: What Will it Take to Improve Care for Chronic Illness? Effective Clinical Practice. 1998;1(1).
61. Cramm JM, Strating MM, Tsiachristas A, Nieboer AP. Development and Validation of a Short Version of the Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) in Dutch Disease Management Programs. Health and Quality of Life Outcomes. 2011;9(1):1-10.
62. Shah NR, Aragones A, Schaefer EW, Stevens D, Gourevitch MN, Glasgow RE. Peer Reviewed: Validation of the Spanish Translation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) Survey. Preventing Chronic Disease. 2008;5(4).
63. Rosemann T, Laux G, Szecsenyi J, Grol R. The Chronic Care Model: Congruency and Predictors Among Primary Care Patients with Osteoarthritis. BMJ Quality & Safety. 2008;17(6):442-6.
64. 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(1):1-7.
65. Zeugfang D, Wisetborisut A, Angkurawaranon C, Aramrattana A, Wensing M, Szecsenyi J, et al. Translation and Validation of the PACIC+ Questionnaire: the Thai Version. BMC Family Practice. 2018;19(1):123.
66. Ercan İ, İsmet K. Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004;30(3):211-6.
67. Çakmur H. Araştırmalarda Ölçme-Güvenilirlik-Geçerlilik. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2012;11(3).
68. Kelecioğlu H, Şahin SG. Geçmişten Günümüze Geçerlik. Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi. 2014;5(2):1-11.
69. Şencan H. Güvenilirlik ve Geçerlilik: Hüner Şencan; 2005.
70. Aktürk Z, Acemoğlu H. Tıbbi Araştırmalarda Güvenilirlik ve Geçerlilik. Dicle Tıp Dergisi. 2012;39(2):316-9.
71. Araştırmalarda Ölçme - Güvenilirlik – Geçerlilik. [Erişim Tarihi:28 Şubat 2021] Web Sitesi: https://www.bibliomed.org/mnsfulltext/1/1-1322486024.pdf?1614512349.

72. Sağlık Bilimlerinde Likert Tipi Tutum Ölçeği Geliştirme. [Erişim Tarihi: 28 Şubat 2021] Web Sitesi: https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/484658.
73. Process of Translation and Adaptation of Instruments. [Erişim Tarihi: 04 Eylül 2020.] Web Sayfası: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/
74. Topbaş S. Türkçe Sesletim-Sesbilgisi Testi: Geçerlik-Güvenirlik ve Standardizasyon Çalışması. Türk Psikoloji Dergisi. 2006; 21 (58), 39-56.
75. Field A. Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics: Sage; 2013.
76. Yılmaz ND, Atılgan H. Öğretim Üyelerinin Beklenti ve Algıları Üzerinden Tıp Eğitiminde Değişim Yönetimi Ölçeği. Tıp Eğitimi Dünyası. 2014;13(39):1-12.
77. Sallabaş ME, Göktentürk T. Türkçe Metinleri Okumaya Karşı Yabancı Dil Olarak Türkçe Öğrenen Öğrencilerin Tutumunun Belirlenmesi: Bir Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Ana Dili Eğitimi Dergisi. 2018;6(2):369-85.
78. Büyüköztürk Ş. Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi. 2002;32(32):470-83.
79. Yaşlıoğlu MM. Sosyal Bilimlerde Faktör Analizi Ve Geçerlilik: Keşfedici Ve Doğrulayıcı Faktör Analizlerinin Kullanılması. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi. 2017;46:74-85.
80. İşler DB, Özdemir Ş. Hastane İşletmelerinde İçsel Pazarlama Yaklaşımının İş Tatmini Ve Örgütsel Bağlılık Üzerine Etkisi: Isparta İli Örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2010;13(2):115-42.
81. Yunus A. Arkadaş Kıskançlık Ölçeği'nin (AKÖ) geliştirilmesi: Geçerlik güvenirlik çalışması. Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2019;7(5):133-40.
82. Rick J, Rowe K, Hann M, Sibbald B, Reeves D, Roland M, et al. Psychometric Properties of The Patient Assessment of Chronic Illness Care Measure: Acceptability, Reliability and Validity in United Kingdom Patients With Long-Term Conditions. BMC Health Services Research. 2012;12(1):1-15.
83. Kaya ÇA, İçen F, Uğuz K, Şimşek M, Akman M, Akturan S. Kronik Hastalık Bakımının Hasta Perspektifinden Değerlendirilmesi. The Journal of Turkish Family Physician. 2013;4(3):1-9.
84. Üstünova E, Nahcivan N. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Kronik Hastalık Yönetimine İlişkin Değerlendirmeleri ve Ilişkili Faktörler. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2015;23(1):11-22.

85. Karabulutlu EY, Atman R, Yağci S. Kronik Hastalığı Olan Bireylere Verilen Bakımın Değerlendirilmesi. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2015;3(1):16-30.
86. Gözüm S, Aksayan S. A Guide for Transcultural Adaptation of the Scale Ii: Psychometric Characteristics and Cross-Cultural Comparison. The Turkish Journal of Research and Development in Nursing. 2003;5:3-14.
87. Kadioglu H, Yildiz A. Sağlık Algısı Ölçeği'nin Türkçe Çevriminin Geçerlilik ve Güvenilirliği/Validity and Reliability of Turkish Version of Perception of Health Scale. Türkiye Klinikleri Tip Bilimleri Dergisi. 2012;32(1):47.
88. Wensing M, van Lieshout J, Jung HP, Hermsen J, Rosemann T. The Patients Assessment Chronic Illness Care (Pacic) Questionnaire in the Netherlands: a Validation Study in Rural General Practice. BMC Health Services Research. 2008;8(1):1-6.
89. Rosemann T, Laux G, Droesemeyer S, Gensichen J, Szecsenyi J. Evaluation of a Culturally Adapted German Version of The Patient Assessment of Chronic Illness Care (Pacic 5a) Questionnaire in a Sample of Osteoarthritis Patients. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2007;13(5):806-13.
90. Tušek-Bunc K, Petek-Šter M, Šter B, Petek D, Kersnik J. Validation of the Slovenian Version of Patient Assessment of Chronic Illness Care (Pacic) in Patients with Coronary Heart Disease. Collegium Antropologicum. 2014;38(2):437-44.
91. Türkmen E, Badir A, Balci S, Topçu SA. Hemşirelik İş İndeksi-Hemşirelik Çalışma Ortamini Değerlendirme Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalişmasi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2011;13(2):5-20.
92. Koyun A, Erbektaş G. "Gebelikte İnternet Yoluyla Karar Alma Ölçeği" nin Geliştirilmesi. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi. 2018; 25-38.
93. Özdamar K. Ölçek ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi. Eskişehir: Nisan Kitabevi. 2016.
94. Özgenel M, Canpolat Ö, Ekşi H. Ergenler İçin Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği (Esmbö): Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Addicta: The Turkish Journal on Addictions. 2019;6(3):631-64.
95. Kahil A, Palabiyikoğlu DNR. Travmatik Yaşantıları Olan Bireylere Yardım Davranışında Bulunan Profesyonel ve Gönüllülerin İkincil Travmatik Stres Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Ufuk Üniversitesi. 2016

EKLER

EK 1. Orijinal PACIC+ Ölçeğini Geliştiren Ph.D. H.W. Dreves'ten Elektronik Posta Yoluyla Alınan İzin

From: Mustafa Bayraktar <mustafabayraktar@atauni.edu.tr>
Sent: donderdag 15 oktober 2020 12:40
To: Hanneke Drewes <hanneke.drewes@rivm.nl>
Subject: Asking permission to translate the PACIC+ questionnaire in Turkish

Dear Dr. Drewes,

We tried to reach you, because, you are the senior author in the manuscript in the PACIC+ questionnaire.

We would like to use your PACIC+ questionnaire to measure patient's chronic ilness care in Turkey.

We are asking your permission to use 26 items questionnaire by translating it to Turkish, and investigate its validity and realibility.

We are looking forward to hearing from you.

Thank you.

Best regards.

Zimbra **mustafabayraktar@atauni.edu.tr**

RE: Asking permission to translate the PACIC+ questionnaire in Turkish

Kimden : Hanneke Drewes <hanneke.drewes@rivm.nl> 18 Eki 2020 Paz 20:54
Konu : RE: Asking permission to translate the PACIC+ questionnaire in Turkish
Kime : 'Mustafa Bayraktar' <mustafabayraktar@atauni.edu.tr>

Dear Asst. Prof. Mustafa,

Thank you for your kindly reminder.

Interesting that you would like to translate the PACIC+ to Turkish and investigate its validity and realibility.
We are happy to give permission. I am not sure, but you might also have to ask permission to use the PACIC.

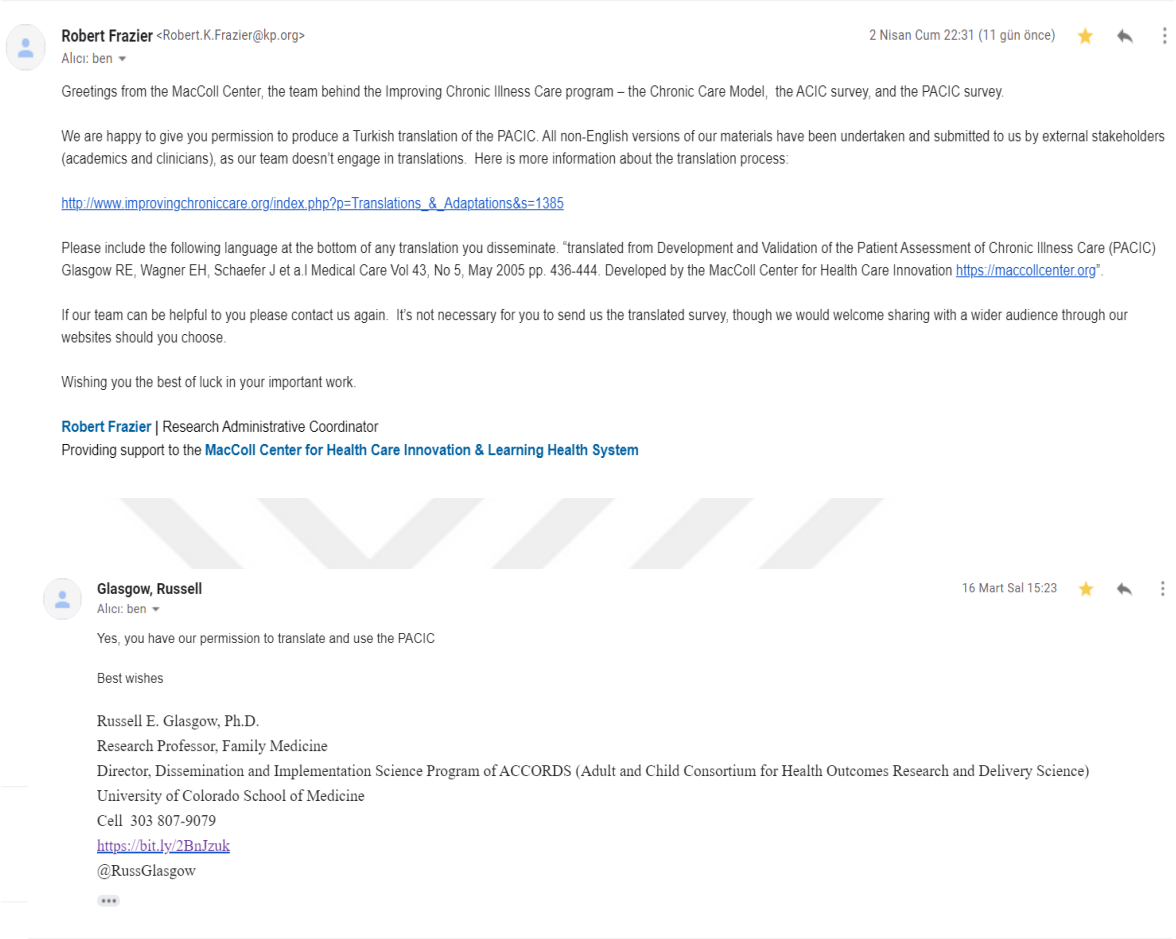
Please do not hesitate to contact us if you have any further questions. Good luck.

Best regards,

Hanneke

--
H.W. Drewes Ph.D.
National Institute for Public Health and the Environment (RIVM)
P.O. Box 1, 3720 BA Bilthoven, The Netherlands
T: +31629582016
E: hanneke.drewes@rivm.nl

EK 2. Orijinal PACIC Ölçeğini Geliştiren MacColl Center for Health Care Innovation'dan ve Ph.D. R. Glasgow'dan Elektronik Posta Yoluyla Alınan İzinler



Robert Frazier <Robert.K.Frazier@kp.org> 2 Nisan Cum 22:31 (11 gün önce)
Alıcı: ben

Greetings from the MacColl Center, the team behind the Improving Chronic Illness Care program – the Chronic Care Model, the ACIC survey, and the PACIC survey.

We are happy to give you permission to produce a Turkish translation of the PACIC. All non-English versions of our materials have been undertaken and submitted to us by external stakeholders (academics and clinicians), as our team doesn't engage in translations. Here is more information about the translation process:

http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Translations_&_Adaptations&s=1385

Please include the following language at the bottom of any translation you disseminate. "translated from Development and Validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J et a.l Medical Care Vol 43, No 5, May 2005 pp. 436-444. Developed by the MacColl Center for Health Care Innovation https://maccollcenter.org".

If our team can be helpful to you please contact us again. It's not necessary for you to send us the translated survey, though we would welcome sharing with a wider audience through our websites should you choose.

Wishing you the best of luck in your important work.

Robert Frazier | Research Administrative Coordinator
Providing support to the **MacColl Center for Health Care Innovation & Learning Health System**

Glasgow, Russell 16 Mart Sal 15:23
Alıcı: ben

Yes, you have our permission to translate and use the PACIC

Best wishes

Russell E. Glasgow, Ph.D.
Research Professor, Family Medicine
Director, Dissemination and Implementation Science Program of ACCORDS (Adult and Child Consortium for Health Outcomes Research and Delivery Science)
University of Colorado School of Medicine
Cell 303 807-9079
https://bit.ly/2BnJzuk
@RussGlasgow

EK 3. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		**Dr.Öğr.Üy.Mustafa BAYRAKTAR**
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		**Aile Hekimliğinde Kronik Hasta Yönetiminde 'Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği+ (PACIC+)'nin Türkçe Çevirisi ve Ölçeğin Geçerlilik ve Güvenirliğinin Araştırılması**
KARAR BİLGİLERİ	**Toplantı Sayısı: 02 Karar No: 48**	**Tarih:**25.03.2021
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin **Kendisi tarafından** karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. **Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.** Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

EK 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ KLİNİK
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Dr.Öğr.Üyesi Mustafa BAYRAKTAR ve Arş. Gör. Dr. Kübra AKŞİT tarafından yürütülen "AİLE HEKİMLİĞİNDE KRONİK HASTA YÖNETİMİNDE 'KRONİK HASTALIK BAKIMINI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ+ (PACIC+)'NİN TÜRKÇE ÇEVİRİSİ VE ÖLÇEĞİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI'' amacı olan **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler: (Hastanın anlayabileceği bir dilde olmalıdır)

a. Araştırmanın Amacı: "Aile Hekimliğinde Kronik Hasta Yönetiminde 'Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği+ (PACIC+)'nin Türkçe Çevirisi Ve Ölçeğin Geçerlilik Ve Güvenirliğinin Araştırılması'
b. Araştırmanın İçeriği: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı beş birimli Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran 18 yaşından büyük, en az bir kronik hastalığı olan kişilere anket çalışması
c. Araştırmanın Nedeni: □ Bilimsel araştırma **□ Tez çalışması**
d. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 1 ay
e. Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı beş birimli Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)
Adı-
Soyadı:.....
İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;
Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)
Adı-
Soyadı:.....
İmzası:

Gerekiyorsa Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı
Adı-
Soyadı:.....
İmzası:

EK 5. Veri Toplama Formu

Sosyodemografik Özellikler Formu

Hasta no:

Yaş:

Cinsiyet: 1)Kadın 2) Erkek

Medeni durum: 1) Evli 2) Bekar

Eğitim Durumu: 1) Okur-yazar 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5)Üniversite

Sosyoekonomik Seviye:

(1) Gelirim giderimden az

(2) Gelirim giderime eşit

(3) Gelirim giderimden fazla

Aşağıdaki kronik hastalıklardan sizde olanları ve kaç yıldır bulunduğunu belirtiniz

(bir doktor tarafından tanı konmuş).

(1) Hipertansiyon – ……...yıl

(2) Diyabet – ……yıl

(3) Hiperlipidemi ……yıl

(4) Kalp yetmezliği – ……..yıl

(5) Koroner arter hastalığı – ……yıl

(6) Serebrovasküler hastalık (inme) – ……yıl

(7) Periferik damar hastalığı – …….yıl

(8) Solunum hastalıkları (astım, KOAH) – ……yıl

(9) Kronik böbrek yetmezliği – ……yıl

(10) Kronik nörolojik hastalıklar –…….yıl

(11) Kanser -……..yıl

(12) Hipotiroidi -……yıl

(13) Osteoporoz -……yıl

(14) Romatizmal hastalık……yıl

(15) İnflamatuar barsak hastalığı ……yıl

(16)Diğer.....yıl

İlaçlarınızı size önerildiği dozda/miktarda alıyor musunuz?

(1)Evet, her zaman

(2)Evet, bazen

(3)Hayır, ilaçlarımı kullanmıyorum

Kronik hastalığını ile ilgili olarak son altı ay içinde bir doktora başvurdunuz mu?

(1)Hayır

(2) Evet – kaç kez?

Kronik hastalığınız ile ilgili olarak son altı ayda daha çok hangi hekime gittiniz?

(1)Aile hekimi

(2) İlgili uzman hekim

Kronik hastalığınız ile ilgili olarak son altı ay içinde hiç hastaneye yattınız mı?

(1)Hayır

(2) Evet – kaç kez?

Kronik hastalığınız ile ilgili olarak son altı ay içinde hiç acil servise gittiniz mi?

(1)Hayır

(2) Evet – kaç kez?

Kronik hastalığınız ile ilgili olarak hiç eğitim/bilgilendirme aldınız mı?

(1)Hayır

(2) Evet

Kimden aldınız?

(1) Aile hekiminden

(2) İlgili Uzman Hekimden

(3) Hemşireden

(4) Diğer (belirtiniz)

Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği + (Türkçe PACIC+)

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1. Tedavi planım yapılırken fikirlerim soruldu.					
2. Tedavim hakkında düşünmem için bana seçenekler sunuldu.					
3. İlaçlarım ve ilaçların etkileri ile ilgili bir sorun yaşadığımda söylemem istendi.					
4. Sağlığımı iyileştirmek için yapmam gerekenlerin yazılı bir listesi verildi.					
5. Sağlık hizmetimin iyi düzenlenmiş olmasından memnunum.					
6. Hastalığımla ilgili bakımımı sağlamak için yaptığım şeylerin durumumu nasıl etkileyeceği anlatıldı.					
7. Hastalığımla ilgili bakım hedeflerimin ne olduğu hakkında konuşmam istendi.					
8. Yeme ve egzersiz davranışlarımı iyileştirmem için hedef belirlememe yardım edildi.					
9.Tedavi planımın bir kopyası verildi.					
10. Hastalığımla baş etmeme yardımcı olacak eğitim ve sosyal etkinliklere katılmaya teşvik edildim.					
11. Sağlık alışkanlıklarımla ilgili doğrudan veya anket aracılığıyla sorular soruldu.					
12. Doktorum ya da hemşiremin hastalığım için tedavi önerilerinde bulunurken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi düşündüklerinden eminim.					
13. Günlük yaşamda uygulayabileceğim bir tedavi planı yapmam için yardım edildi.					
14. Zor zamanlarda bile hastalığımla ilgilenebilmek için yapacaklarım konusunda plan yapmama yardım edildi.					
15. Kronik hastalığımın hayatımı nasıl etkilediği soruldu.					
16. Sağlık kontrollerim dışında da durumumu, hastalığımın gidişatını takip etmek için benimle iletişime geçildi.					
17. Hastalığım konusunda bana yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya teşvik edildim.					

18. Diyetisyene, sağlık eğitimi veya danışmanlığına yönlendirildim.					
19. Göz doktoru veya cerrah gibi başka uzmanlık dallarındaki doktorlara gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı anlatıldı.					
20. Diğer doktorlarla yaptığım görüşmelerin nasıl gittiği soruldu.					
21. Sağlık kontrollerimde hastalığım hakkında konuşmak istediklerim soruldu.					
22. Hastalık bakımımın işim, ailem veya sosyal durumumun nasıl etkilediği soruldu.					
22. Hastalık bakımımın işim, ailem veya sosyal durumumun nasıl etkilediği soruldu.					
24. Hastalığıma bakmak için yaptığım şeylerin (örneğin egzersiz) sağlığım için ne kadar önemli olduğu söylendi.					
25. Durumumu yönetmek için yapabileceklerimle ilgili ekibimle birlikte bir hedef belirlendi.					
26. Yapmakta olduğum ilerlemeyi kaydetmek için bir takip çizelgesi/izleme günlüğü verildi.					