

Araştırma Makalesi– Research Paper

**KRONİK HASTALIK YÖNETİMİNDE BİREYİN AKTİF OLMASINI ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**
**INVESTIGATION OF FACTORS AFFECTING THE ACTIVATION OF THE
INDIVIDUAL IN THE MANAGEMENT OF CHRONIC DISEASE**

Cansu KOŞAR ŞAHİN¹, Esin SEVGİ DOĞAN¹, Dilan DENİZ AKAN¹, Özden DEDELİ ÇAYDAM¹, Sezgi ÇINAR PAKYÜZ¹

Özet

Bu araştırmanın amacı kronik hastalık yönetiminde bireyin aktif olmasını etkileyen faktörlerin incelenmesidir. Karşılaştırmalı tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın örneklemini primer tanısı diyabet, hipertansiyon, artrit, kalp yetersizliği, koroner arter hastalığı veya akut koroner sendrom olan, örnekleme dahil olma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 210 birey oluşturmuştur. Veriler sosyodemografik özellikler formu, kronik hastalığa ilişkin bilgi formu ve Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı ile toplanmıştır. Örneklem grubunun kronik hastalık süresi ortalama 10,12±8,02 yıl olup, %31,9'unu diyabetes mellitus, %23,8'ini hipertansiyon, %14,8'ini artrit, %15,2'sini kalp yetersizliği ve %14,3'ünü koroner arter hastalığı olan bireyler meydana getirmiştir. Örneklem grubunun PAM puan ortalaması 54,95±17,13 olup, %38,6'sının düzey 1, %15,7'sinin düzey 2, %28,1'inin düzey 3 ve %17,6'sının düzey 4'de yer aldığı saptanmıştır. Diyabetes mellitus grubunda sağlık personelinin önerdiği şekilde diyetine uyma ve doktorun önerdiği şekilde kontrollerine gitme ile PAM puan ortalaması arasında; kardiyovasküler hastalık grubunda tabağa alınan yemeğe ilave tuz ekleme durumu ile PAM puan ortalaması arasında ve artrit grubunda yorgunluk/güçsüzlük düzeyleri ile PAM puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığı olan bireylerin aktiflik düzeyleri arasında yaş, egzersiz sıklığı, yemek pişirirken eklenen tuz miktarı ve ayak muayenesi açısından anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığı olan bireylerin yaş, ayak muayene sıklığı, kan basıncı kontrol sıklığı ve egzersiz sıklığı ile PAM puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı; yemek pişirirken eklenen tuz miktarı ile PAM puanı arasında ise istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı korelasyonlar olduğu saptanmıştır. Kronik hasta popülasyonu dağılımı daha çok düzey 1 ve 3'de ağırlık göstermiştir. PAM puanı arttıkça yaş, ayak muayene sıklığı, kan basıncı kontrol sıklığı ve egzersiz sıklığında artış olduğu; yemek pişirirken eklenen tuz miktarında ise düşüş olduğu saptanmıştır

Anahtar Kelimeler: Kronik Hastalık, Hastalık Yönetimi, Hasta Aktifliği, Öz Yönetim

Abstract

The aim of this study is to examine the factors that affect the individual's activeness in chronic disease management. The sample of this comparative descriptive study consisted of 210 individuals with primary diagnoses of diabetes, hypertension, arthritis, heart failure, coronary artery disease, or acute coronary syndrome, who met the criteria for inclusion in the sample and voluntarily agreed to participate. Data were collected using the sociodemographic characteristics form, the chronic disease information form, and the Patient Activation Measure. The mean duration of chronic disease of the sample group was 10.12±8.02 years, with 31.9% having diabetes mellitus, 23.8% having hypertension, 14.8% having arthritis, 15.2% having chronic heart failure and 14.3% having coronary artery disease. The mean PAM score of the sample group was 54.95±17.13, with 38.6% at level 1, 15.7% at level 2, 28.1% at level 3, and 17.6% at level 4. was also found. In the diabetes mellitus group, there was a significant difference between following the diet as recommended by the health personnel, going to the controls as recommended by the doctor, and the PAM score average; It was determined that there was a significant difference between adding additional salt to the food on the plate and the mean PAM score in the cardiovascular disease group, and between the fatigue/weakness levels and the PAM score average in the arthritis group. It was determined that there was a significant difference between the activity levels of individuals with chronic diseases in terms of age, exercise frequency, the amount of salt added while cooking, and foot examination. There was a statistically positive correlation between age, frequency of foot examination, frequency of blood pressure control and exercise frequency, and PAM score of individuals with chronic disease; On the other hand, statistically negative correlations were found between the amount of salt added while cooking and the PAM score. The distribution of the chronic patient population showed more weight at levels 1 and 3. It was determined that as PAM score increased, age, frequency of foot examination, frequency of blood pressure control, and frequency of exercise increased, and the amount of salt added while cooking was a decrease.

Keywords: Chronic disease, disease management, patient activation, self-management

Geliş Tarihi (Received Date): 19.07.2022, Kabul Tarihi (Accepted Date): 14.02.2023, Basım Tarihi (Published Date): 26.05.2023, ¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Uncubozköy Sağlık Yerleşkesi, Manisa, Türkiye. **E-mail:** cansukosar@hotmail.com, **ORCID ID's:** C.K.Ş.; <http://orcid.org/0000-0003-2366-3977>, E.S.D.; <http://orcid.org/0000-0003-0301-3062>, D.D.A.; <http://orcid.org/0000-0002-8258-8658>, Ö.D.Ç.; <http://orcid.org/0000-0003-0558-9400>, S.Ç.P.; <http://orcid.org/0000-0002-6538-8801>.

1. GİRİŞ

Kronik hastalıklar, fizyolojik işlevleri geri dönüşümsüz olarak etkilemekte, yaşam boyu takip, tıbbi bakım, tedavi, öz yönetim ve öz bakım gerektirmektedir. Kişilerin yaşamlarına sınırlılıklar ve kısıtlamalar getirmekte, alışlagelmiş alışkanlıklarını değiştirme ve yeni kurallara uyma zorunluluğu getirmektedir. Buna bağlı hastalığın etkin yönetimi ve istenen sağlık çıktılarının elde edilebilmesi için bireylerin kendi bakımlarında aktif olarak rol alabilmeleri önem taşımaktadır (Kinney ve ark., 2015, ss. 545–552; Overbeek ve ark., 2018, ss. 1-8; Yadav ve ark., 2018, ss. 148–154; Lin ve ark., 2020, ss. 1-16; Newland ve ark., 2021, ss. 103–114; Lightfood ve ark., 2022, ss. 91-105). Günümüzde kronik hastalıkların etkili yönetiminin, kendi bakımında aktif olarak yer alabilen bir hasta ile sağlanabileceği kabul görmektedir (Koşar ve Büyükkaya Besen, 2015, ss. 45-51; Yıldırım Duman, 2021, ss. 300-310). Güncel literatüre bakıldığında, araştırmalar aktiflik düzeyleri ilerledikçe bireylerin öz-yönetim davranışlarını gösterme oranlarının arttığını ve bunun da sağlık çıktılarına yansıdığını göstermektedir (Ahn ve ark., 2015, ss. 303-311; Bos-Touwen ve ark., 2015, ss. 1-15; Kinney ve ark., 2015, ss. 545–552; Koşar ve Büyükkaya Besen, 2015, ss. 45-51; Koşar Şahin ve ark., 2018, ss. 126-137; Yadav ve ark., 2018, ss. 148–154; Avdal ve ark., 2020, ss. 1892-1898). Hibbard ve arkadaşları tarafından tanımlanan aktif hasta, bakımının özyönetiminde kendisinin önemli bir rolü olduğuna inanır, destekleyici kişilerle işbirliği içinde olur, sağlığını sürdürür, durumunu nasıl yöneteceğini, fonksiyonlarını nasıl koruyacağını ve sağlık durumundaki gerilemeyi nasıl önleyeceğini bilir, bununla ilgili yeterli yetenek ve davranışa sahiptir. Hasta aktifliği kavramında durumuna ilişkin yeterli bilgiye sahip, beceri geliştirebilmiş, motive, kendine güvenen ve mevcut sağlık durumunun öz yönetimini yapabilen bir hasta ifade edilmektedir (Newland ve ark., 2021, ss. 103–114; Yıldırım Duman, 2021, ss. 300-310, Lightfood ve ark., 2022, ss. 91-105). Bir kişinin sağlık davranışına katılıp katılmamaya veya hastalık yönetiminde aktif olarak yer alıp almamaya karar verme durumu, o kişinin yönetim şeklini belirler. Öz bakım rejimine daha iyi uyum, aktif hasta öz yönetiminin özelliğidir, mortaliteyi azaltır, yaşam kalitesini artırır ve sağlık bakımı harcamalarını azaltır (Arabacı ve ark., 2018, ss. 50-61; Yıldırım ve Bayık Temel, 2020, ss. 13-22; Yıldırım Duman, 2021, ss. 300-310).

Kronik hastalığı olan bireylerin bakım sorumluluklarını alabilmeleri, bu konuda istekli, motive, olup, bilgi ve beceri geliştirebilmeleri için aktiflik düzeyi ile ilişkili olabilecek faktörlerin saptanması önem taşımaktadır. Yurt dışında yapılan araştırmalara göre; aktifliğe ilişkin aşamaları ve aktiflik sürecini etkileyen faktörler çeşitlilik göstermektedir. Bunlar arasında bireyin aldığı sağlık eğitimi, eğitim durumu, sağlık personeli ile iletişimi, sosyoekonomik durumu, gelir düzeyi, sağlık sistemi ve hastalık süresi gibi faktörler sayılabilmektedir (Do ve ark., 2015, ss. 1-11; Greene ve ark., 2015, ss. 431-437; Gleason ve ark., 2016, ss. 1421-1426; Hendriks ve ark., 2016, ss. 1-8; O'Malley ve ark., 2016, ss. 132–140;



Kronik Hastalık Yönetiminde Bireyin Aktif Olmasını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Koşar Şahin ve ark.

Zimbudzi ve ark., 2017, ss. 1-9; Bahrom ve ark., 2020, ss. 1-13; Jones ve ark., 2021, ss. 35-44). Schulman-Green ve ark., (2016, ss. 1469-1489) kalp yetersizliği hastalarının eğitim durumuna göre aktiflik puanları arasında fark olduğunu ve hastalığı hakkında daha fazla bilgisi veya daha fazla öz-etkililiği olan hastaların, daha yüksek aktiflik düzeyinde olduğunu; daha yüksek düzeyde hasta aktifliği olan hastaların, aynı zamanda daha yüksek öz-yönetim davranışı puanlarına sahip olduğunu belirtmiştir. Greene ve ark., (2015, ss. 431-437) araştırmalarında yüksek hasta aktifliğinin düşük HDL, düşük serum trigliserid seviyeleri, sigara kullanmama, obez olmama, pap smear ve mamografi testlerini yaptırma ve daha düşük acil servis ve hastaneye başvurma gibi sağlık bakım çıktıları ile ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir. Gleason ve ark., (2016, ss. 1421-1426) düşük hasta aktifliği puanının ileri yaş, depresif semptomlara sahip olma ve giyinme, banyo yapma, alışveriş yapma gibi günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken zorlanma durumları ile ilişkili olduğunu saptamışlardır. Zimbudzi ve ark., (2017, ss. 1-9) diyabet ve kronik böbrek hastalarında aktiflik düzeylerinin daha düşük olduğunu belirtmiş, ayrıca daha ileri yaşta olma ve sağlık durumunu kötü olarak bildirme ile daha düşük aktiflik puanına sahip olmanın ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir. Bahrom ve ark., (2020, ss. 1-13) çalışan ve kendi sağlık durumunu iyi olarak bildiren metabolik sendromlu bireylerin daha yüksek aktiflik düzeyinde olma eğiliminde olduğunu belirtmişlerdir. Jones ve ark., (2021, ss. 35-44) romaroid artrit hastalarında özyeterlilik, sağlık okuryazarlığı ve tedavinin mevcut durumlarını kontrol edeceğine dair inanca sahip olmanın hasta aktifliği ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir. O'Malley ve ark., (2018, ss. 132-140.) hasta aktifliğinin meme kanserinden kurtulanlarla karşılaştırıldığında prostattan kurtulanlarda önemli ölçüde daha düşük olduğunu; prostattan kurtulanların aktiflik puanları arasında ırk, medeni durum, statü, hane geliri ve tekrarlama korkusu açısından anlamlı fark olduğunu; her iki grup için, onkoloji ekibine ve birinci basamak hekime erişim kolaylığı olmasının ve ekip ve primer bakım veren kişi ile geçirilen zaman algılarının iyi olmasının hasta aktifliğinin pozitif belirleyicileri olduğunu saptamışlardır. Hendriks ve ark., (2016, ss. 1-8) erkeklerde, daha erken yaşta olma, kendi daha iyi hissetme ve daha düşük bir BKİ'ye sahip olma ile daha yüksek bir PAM puanının ilişki olduğunu; kadınlarda ise kendini daha iyi hissetme ve makrovasküler komplikasyonların olmaması durumunun daha yüksek bir PAM puanı ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.

Kronik hastalığı olan bireylerde etkin hastalık yönetiminin sağlanıp sürdürülebilmesi ve istendik sağlık çıktılarına ulaşılabilmesi açısından aktiflik düzeyi ile ilişkisi olabilecek faktörlerin saptanmasının hem bireye hem de sağlık profesyonellerine fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

Amaç

Bu araştırmanın amacı kronik hastalık yönetiminde bireyin aktif olmasını etkileyen faktörlerin incelenmesidir.

Araştırma soruları



Kronik Hastalık Yönetiminde Bireyin Aktif Olmasını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Koşar Şahin ve ark.

1. Kronik hastalığı olan bireylerin hasta aktiflik puanları ve düzeyleri dağılımı nasıldır?
2. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığa ilişkin özelliklerine göre hasta aktiflik puanları arasında fark var mıdır?
3. Kronik hastalığı olan bireylerin aktiflik düzeylerine göre hastalığa ilişkin özellikleri arasında fark var mıdır?
4. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığa ilişkin özellikleri ile hasta aktiflik puanları arasında ilişki var mıdır?

2.1. Araştırmanın tipi

Bu araştırma karşılaştırmalı tanımlayıcı araştırma desenine uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

2. YÖNTEM

Araştırmanın evreni ve örneklemi

Bu araştırmanın evrenini, Merkezefendi Devlet Hastanesinde Kasım 2018-Mart 2019 ayları arasında tedavi alan; diyabet, hipertansiyon, artrit, kalp yetersizliği, koroner arter hastalığı veya akut koroner sendrom primer tanısı olan hastalar oluşturmuştur.

Bu araştırmanın örneklemini belirlemede herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmamış olup; primer tanısı diyabet, hipertansiyon, artrit, kalp yetersizliği, koroner arter hastalığı veya akut koroner sendrom olan, Merkezefendi Devlet Hastanesinde Kasım 2018-Mart 2019 ayları arasında tedavi alan, örnekleme dahil olma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 210 hasta oluşturmuştur.

Araştırmaya dahil olma kriterleri; 18 yaş ve üzeri olma, bir yıl ve daha fazla süredir diyabet, hipertansiyon, artrit, kalp yetersizliği, koroner arter hastalığı veya akut koroner sendrom primer tanısı olma, görme, işitme, algılama ve herhangi bir fiziksel engellilik durumu olmama, mental yeterliği olma, dil problemi olmama ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etme şeklinde belirlenmiştir.

2.2. Veri toplama araçları

Sosyo-demografik özellikler formu:

Araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan sosyo-demografik özellikler anket formu; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk durumu, çalışma durumu,



Kronik Hastalık Yönetiminde Bireyin Aktif Olmasını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Koşar Şahin ve ark.

gelir durumu ve sağlığı algılama durumlarını tanımlayan bilgileri içermektedir (Hibbard ve ark., 2004, ss. 1005-1026; Bos-Touwen ve ark., 2015, ss. 1-15; Creber ve ark., 2017, ss. 817–820).

Kronik hastalığa ilişkin bilgi formu:

Araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan kronik hastalığa ilişkin bilgi formu; diyabet, hipertansiyon, kalp yetersizliği, koroner arter hastalığı ve artrit hastalıklarında bireysel öz bakım durumlarına ilişkin (düzenli doktor kontrolüne gitme, düzenli tansiyon takibi, yemeğe tuz ekleme durumu, egzersiz sıklığı...) veri toplamayı hedefleyen soruları içermiştir (Do, Young ve ark., 2015, ss. 1-11; Dunlay ve ark., 2017, ss. 560–567; Zimbudzi ve ark., 2017, ss. 1-9; Vugt ve ark., 2019, ss. 73-81; Tusa ve ark., 2020, s. 1-8; Jones ve ark., 2021, ss. 35-44).

Hasta aktiflik düzeyi ölçüm aracı (PAM):

Hibbard ve arkadaşları (2004) tarafından kronik hastalığı olan bir popülasyonda hasta aktifliğini saptayıp değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olup (22 madde), yine Hibbard ve arkadaşları tarafından 2005’ yılında kısa formu (13 madde) çalışılmıştır (Hibbard ve ark., 2004, ss. 1005-1026, Hibbard ve ark., 2005, ss. 1918-1930). Türkçe’ye geçerlik güvenirliği Koşar ve Besen tarafından (2015) yapılmıştır (Kosar ve Buyukkaya Besen, 2019, ss. 1811-1820). Cronbach alfa iç tutarlılık kat sayıları orijinal ölçeğin 0.91 olup, Türkçe uyarlamasının 0.81’dir. Bu araştırmada ise 0,83 olarak saptanmıştır. Geçerli, güvenilir ve tek boyutlu bir ölçektir. Ölçek puan aralığı min ve max 0-100 şeklindedir. Düzeylere göre puan aralıkları: Düzey 1: < 47; düzey 2: 47 – 55; düzey 3: 55 – 72; düzey 4: >72.5 olarak belirtilmiştir (Hibbard ve ark., 2004, ss. 1005-1026). Birinci düzeydeki bireyler henüz kendi sağlıklarında aktif bir rol almaları gerektiğinin kavrayamamışlardır, hala bakımın sadece pasif bir katılımcısı olduklarını düşünmektedirler. İkinci düzeyde bireylerin temel durumlarıyla ilgili bilgi eksiklikleri olabilir, mevcut durumla, kendi sağlığı ve önerilen sağlık rejimi arasında geniş kapsamda bağlantı kuramamışlardır. Üçüncü düzeyde bireyler, eyleme geçmeye başlamaktadırlar, ancak yeni davranışları destekleyen güven ve beceri eksiklikleri olabilir. Dördüncü düzeyde, bireyler yeni davranışları benimsemişlerdir, ancak stresle ve sağlık krizleriyle karşılaştıklarında bu davranışları koruyup sürdüremeyebilirler (Hibbard ve ark., 2004, ss. 1005-1026).

2.3. Araştırmanın etiği

Araştırmayı yürütebilmek için Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu’ndan (Etik tarih:01.08.2018 No: 20.478.486) ve TC. Merkez Efendi Devlet Hastanesi Başhekimliği’nden (02.11.2018-51987) yazılı izinler alınmıştır. Helsinki Deklerasyonu Prensipleri’ne göre evrensel etik ilkelere uygun olarak araştırma yürütülmüştür. Bu bağlamda araştırmada aydınlatılmış onam, özerklik, gizlilik ve gizliliğin korunması, hakkaniyet, zarar vermeme/yararlılık ilkeleri göz önünde tutulmuştur. Çalışmanın konusu ve amacı konusunda hastalara bilgi verilerek, araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı anlatılmıştır. Katılmaya karar veren hastalardan yazılı olarak bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alınmıştır. Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile elde edilmiştir.

2.4. Verilerin analizi

Verilerin analizinde SPSS 15 kullanılmıştır. Tanıtıcı bilgiler ve hastalık özelliklerinin sayı ve yüzde dağılımları yapılmıştır. Örneklemin hasta aktiflik düzeyleri puan olarak ortaya koyulmuştur. Normal dağılıma uymayan non-parametrik veriler arasındaki ilişki Sperman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uymayan non-parametrik verilerde iki grup arası fark Mann Whitney U, üç ve daha fazla gruplar arasındaki fark Kruskall Wallis varyans analizi ile yapılmıştır.

2.5. Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılığı tek merkezde ve düşük örneklem sayısı ile yürütülmüş olmasıdır. Örneklem sayısındaki sınırlılıktan dolayı verilerde istatistiksel olarak nonparametrik analizler ile çalışılması gerekmiştir. Buna istinaden korelasyon analizi sonrası ileri analiz yürütülememiştir. Bunlar araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Aynı metodoloji ile farklı sağlık kurumlarında, daha çeşitli kronik hastalık yelpazesi ile ve daha büyük örneklem grubunda yürütülen, parametrik analizlerin ve ileri analizlerin yapılabildiği araştırmaların literatüre daha geniş katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

3. BULGULAR

Örneklem grubunda yer alan kronik hastalığı olan kadın ve erkek sayılarının birbirine yakın olduğu (kadın=%53,3, erkek=%46,7) ve örneklemin büyük bölümünün emekli (%41,4) ve ev hanımı (n=43,8) olan bireylerden meydana geldiği belirlenmiştir. Evli olan bireyler örneklemin %87,1'ini oluştururken, %56,7'sinin ilköğretim mezunu olduğu, %85,2'sinin çalışmadığı, %92,4'ünün çocuk sahibi olduğu ve %61,0'inin gelir durumunun gidere eşit olduğu saptanmıştır. Sağlığını orta (%32,4) ve iyi (%38,1) olarak algılayan bireylerin oranları birbirine yakın iken örneklemin çoğunluğu sigara (%83,8) ve alkol (%98,1) kullanmadığını ifade etmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımları (n=210)

	Ort. ± SS	Min-max.	
Yaş (yıl)	63,07±14,40	20-88	
		n	%
Cinsiyet	Kadın	112	53,3
	Erkek	98	46,7
Meslek	Memur	2	1,0
	Esnaf	8	3,8
	İşçi	11	5,2
	Emekli	87	41,4
	Ev Hanımı	92	43,8
	Diğer	10	4,8
	Medeni durum	Evli	183
Bekar		27	12,9
Öğrenim durumu	Okur-yazar	21	10,0
	Okur-yazar	29	13,8
	İlkoğretim	119	56,7
	Ortaöğretim	19	9,0
	Lise	12	5,7
	Lisans	7	3,3
	Lisans üstü	3	1,4
Çalışma durumu	Çalışıyor	31	14,8
	Çalışmıyor	179	85,2
Çocuk durumu	Var	194	92,4
	Yok	16	7,6
Aylık gelir durumu	Gelir	72	34,3
	Gelir gidere	128	61,0
	Gelir	10	4,8
Sağlığı algılama durumu	Kötü	36	17,1
	Orta	68	32,4
	İyi	80	38,1
	Çok iyi	26	12,4
Sigara kullanma durumu	Evet	34	16,2
	Hayır	176	83,8
Alkol kullanma durumu	Evet	4	1,9
	Hayır	206	98,1

Örneklem grubunun kronik hastalık süresinin ortalama 10,12±8,02 yıl olduğu saptanmış olup, örneklemin %31,9'unu diyabetes mellitus (n=67), %23,8'ini hipertansiyon (n=50), %14,8'ini artrit (n=31), %15,2'sini kalp yetersizliği (n=32) ve %14,3'ünü korner arter hastalığı (n=30) olan bireyler meydana getirmiştir. Diyabetes mellitus grubunun kan şekeri kontrol sıklığı ortalaması haftada 3,05±2,10, ayak muayenesi yapma sıklığı ortalaması haftada 1,55±0,40 olup egzersiz yapma sıklığı ortalaması ise haftada 1,72±0,6 olarak belirlenmiştir. Bu



Kronik Hastalık Yönetiminde Bireyin Aktif Olmasını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Koşar Şahin ve ark.

grubun %62,68'i sağlık personelinin önerdiği şekilde diyetine uyduğunu, %74,62'si ise doktorun önerdiği şekilde kontrollerine gittiğini belirtmiştir. Hipertansiyon, kalp yetersizliği, koroner arter hastalığı grubunun tansiyon kontrol sıklığı ortalaması haftada $2,64 \pm 0,2$ olup, egzersiz yapma sıklığı ortalaması haftada $1,93 \pm 0,2$, yemek pişirirken eklenen tuz miktarı ortalaması ise $1,84 \pm 0,25$ çay kaşığı olarak saptanmıştır. Grubun %61,61'i tabağa aldığı yemeğe ilave tuz ekmediğini, %98,21'i ise tansiyon veya kalp ilaçlarını doktorun önerdiği şekilde kullandığını belirtmiştir. Artrit grubunun %54,83'ü eklemlerinde orta düzeyde ağrı hissettiğini, %51,61'i eklemlerinde şişlik olduğunu, %77,42'si eklem deformitesinin olmadığını, %54,84'ü sabah tutukluğu yaşamadığını, %48,38'i şiddetli düzeyde yorgunluk/güçsüzlük hissettiğini, %74,19'ü artrit nedeniyle uykusuzluk yaşadığını belirtmiş olup %48,38'i giyinmesini, %54,83'ü yemek yemesini, %51,61'i ise kişisel hijyenini hiç zorluk çekmeden yapabildiğini belirtirken, %51,61'si yürürken zorluk çektiğini ifade etmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımları

	Ort. ± SS	Min-max	
Primer tanı süresi (n=210)	10,12±8,02	1-40	
		n	%
Primer tanı	Diabetes Mellitus	67	31,9
	Hipertansiyon	50	23,8
	Artrit	31	14,8
	Kalp Yetersizliği	32	15,2
	Koroner Arter Hastalığı	30	14,3
Diabetes Mellitus (n=67)	Ort. ± SS	Min-max	
Kan şekeri kontrol sıklığı (haftada)	3,05±2,10	0-7	
Ayak muayenesi yapma sıklığı (haftada)	1,55±0,40	0-7	
Egzersiz yapma sıklığı (haftada)	1,72±0,6	0-7	
		n	%
Sağlık personelinin önerdiği şekilde diyeteye uyma durumu	Evet	42	62,68
	Hayır	25	37,32
Doktorun önerdiği şekilde kontrollerine gitme durumu	Evet	50	74,62
	Hayır	17	25,38
Hipertansiyon, kalp yetersizliği, koroner arter hastalığı (n=112)	Ort. ± SS	Min-max	
Tansiyon kontrol sıklığı (haftada)	2,64±0,2	0-7	
Egzersiz yapma sıklığı (haftada)	1,93±0,2	0-7	
Yemek pişirirken eklenen tuz miktarı (çay kaşığı)	1,84±0,25	0-5	
		n	%
Tabağa alınan yemeğe ilave tuz ekleme durumu	Evet	43	38,39
	Hayır	69	61,61
Tansiyon veya kalp ilaçlarını doktorun önerdiği şekilde kullanma durumu	Evet	110	98,21
	Hayır	2	1,79
Artrit (n=31)		n	%
Eklemlerde ağrı düzeyi	Şiddetli	4	12,90
	Orta	17	54,83
	Hafif	10	32,27
Eklemlerde şişlik varlığı	Var	16	51,61
	Yok	15	48,39
Eklem deformitesi	Var	7	22,58
	Yok	24	77,42
Sabah tutukluğu	Var	14	45,16
	Yok	17	54,84
Yorgunluk/güçsüzlük düzeyi	Şiddetli	15	48,38
	Orta	9	29,03
	Hafif	7	22,59
Artrit nedeniyle uykusuzluk yaşama durumu	Evet	23	74,19
	Hayır	8	25,81
GYA-Giyinme	Hiç zorluk çekmeden	15	48,38
	Zorluk çekerek	12	38,70
	Bağımsız yapamıyor	4	12,92
GYA-Yemek yeme	Hiç zorluk çekmeden	17	54,83
	Zorluk çekerek	13	41,93
	Bağımsız yapamıyor	1	3,24
GYA-Yürüme	Hiç zorluk çekmeden	13	41,93
	Zorluk çekerek	16	51,61
	Bağımsız yapamıyor	2	6,46
GYA-Kişisel hijyen	Hiç zorluk çekmeden	16	51,61
	Zorluk çekerek	11	35,48
	Bağımsız yapamıyor	4	12,91

Örneklem grubunun hasta aktiflik puanlarını ve düzeylerini incelediğimizde; örneklemin PAM (Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı) puan ortalaması $54,95 \pm 17,13$ olup, %38,6'sının düzey 1, %15,7'sinin düzey 2, %28,1'inin düzey 3 ve %17,6'sının düzey 4'de yer aldığı saptanmıştır. Diyabetes mellitus grubunun puan ortalaması $53,41 \pm 16,89$, hipertansiyon grubunun $55,72 \pm 13,85$, kalp yetersizliği grubunun $54,68 \pm 21,03$, koroner arter hastalığı grubunun $55,64 \pm 19,86$ ve artrit grubunun $55,66 \pm 15,96$ olarak belirlenmiştir. Diyabetes mellitus grubunun %40,3'ü düzey 1 ve %31,3'ü düzey 3'de yer alırken, hipertansiyon grubunun %28,0'i düzey 1 ve %36,0'sı düzey 3'de, kalp yetersizliği grubunun %56,3'sü düzey 1'de, koroner arter hastalığı grubunun %46,7'si düzey 1'de ve artrit grubunun %32,3'ü düzey 1'de olup, düzey 2, 3 ve 4'de yer alan bireylerin oranlarının birbirine eşit olduğu (%22,6) saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hasta Aktiflik Puanlarının ve Düzeylerinin İncelenmesi

			n	%	
PAM Düzeyler (n=210)	Düzyer 1	Düzyer 1	81	38,6	
		Düzyer 2	33	15,7	
		Düzyer 3	59	28,1	
		Düzyer 4	37	17,6	
			Ort. \pm SS	Min-maks.	Puan Aralığı
PAM (n=210)			$54,95 \pm 17,13$	24,40-100 0-100	
DM grubu (n=67)	PAM Düzeyler	Düzyer 1	27	40,3	
		Düzyer 2	11	16,4	
		Düzyer 3	21	31,3	
		Düzyer 4	8	11,9	
			Ort. \pm SS	Min-maks.	Puan Aralığı
PAM			$53,41 \pm 16,89$	24,40-100 0-100	
HT grubu (n=50)	PAM Düzeyler	Düzyer 1	14	28,0	
		Düzyer 2	9	18,0	
		Düzyer 3	18	36,0	
		Düzyer 4	9	18,0	
			Ort. \pm SS	Min-maks.	Puan Aralığı
PAM			$55,72 \pm 13,85$	29-84,80 0-100	
Kalp yetersizliği grubu (n=32)	PAM Düzeyler	Düzyer 1	18	56,3	
		Düzyer 3	6	18,8	
		Düzyer 4	8	25,0	
				Ort. \pm SS	Min-maks.
	PAM			$54,68 \pm 21,03$	26-100 0-100
KAH grubu (n=30)	PAM Düzeyler	Düzyer 1	14	46,7	
		Düzyer 2	5	16,7	
		Düzyer 3	6	20,0	
		Düzyer 4	5	16,7	
			Ort. \pm SS	Min-maks.	Puan Aralığı
PAM			$55,64 \pm 19,86$	35,50-100 0-100	
Artrit grubu (n=31)	PAM Düzeyler	Düzyer 1	10	32,3	
		Düzyer 2	7	22,6	
		Düzyer 3	7	22,6	
		Düzyer 4	7	22,6	
			Ort. \pm SS	Min-maks.	Puan Aralığı
PAM			$55,66 \pm 15,96$	27,60-100 0-100	

Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığa ilişkin özelliklerine göre hasta aktiflik puanlarına bakıldığında; diyabetes mellitus grubunda sağlık personelinin önerdiği şekilde

diyetine uyma ($p<0,001$) ve doktorun önerdiği şekilde kontrollerine gitme ($p<0,001$) durumu ile PAM puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu; KVS hastalık grubunda tabağa alınan yemeğe ilave tuz ekleme durumu ($p<0,05$) ile PAM puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu ve artrit grubunda yorgunluk/güçsüzlük düzeyleri ($p<0,05$) ile PAM puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığa ilişkin özelliklerine göre hasta aktiflik puanlarının incelenmesi

		Diyabet grubu-sağlık personelinin önerdiği şekilde diyetine uyma durumu			
		Evet	Hayır		
PAM	X ± SS	54,58±16,36	44,78±13,18		
	Anlamlılık	U=711,500 p=0,000			
			Diyabet grubu-doktorun önerdiği şekilde kontrollerine gitme durumu		
			Evet	Hayır	
	X ± SS	53,90±16,46	41,80±9,62		
	Anlamlılık	U=469,500 p=0,000			
			KVS hastalık grubu-tabağa alınan yemeğe ilave tuz ekleme durumu		
			Evet	Hayır	
	X ± SS	50,30±11,84	57,79±18,49		
	Anlamlılık	U=1174,500 p=0,033			
			Artrit grubu-yorgunluk/güçsüzlük düzeyi		
			Şiddetli	Orta	Hafif
X ± SS	50,52±11,33	57,01±19,48	53,50±10,02		
Anlamlılık	KW=7,536 p=0,023				

Kronik hastalığı olan bireylerin aktiflik düzeyleri arasında yaş ($p<0,01$) ve hastalığa ilişkin özellikler olan egzersiz sıklığı ($p<0,01$), yemek pişirirken eklenen tuz miktarı ($0,05$) ve ayak muayenesi ($p<0,01$) açısından anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Kronik hastalığı olan bireylerin aktiflik düzeylerine göre hastalığa ilişkin özelliklerinin incelenmesi (n=210)

		Hasta Aktiflik Düzeyleri			
		Düzye 1	Düzye 2	Düzye 3	Düzye 4
Yaş	X ± SS	67,62±13,66	60,67±15,22	60,73±13,91	58,97±13,89
	Anlamlılık	KW=13,360 p=0,004			
Egzersiz sıklığı	X ± SS	1,28±0,60	1,31±0,24	1,71±0,43	2,55±0,60
	Anlamlılık	KW=13,544 p=0,004			
Yemek pişirirken eklenen tuz miktarı	X ± SS	1,83±0,50	1,80±0,51	1,65±0,40	1,44±0,32
	Anlamlılık	KW=8,907 p=0,031			
Ayak muayenesi sıklığı	X ± SS	1,24±0,22	1,26±0,71	1,26±0,07	1,80±0,03
	Anlamlılık	KW=12,909 p=0,005			

Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığa ilişkin özellikleri ile hasta aktiflik puanları arasındaki korelasyonlara bakıldığında yaş ($r=0,253$ $p<0,001$), ayak muayene sıklığı ($r=0,313$ $p<0,01$) kan basıncı kontrol sıklığı ($r=0,186$ $p<0,05$) ve egzersiz sıklığı ($r=0,322$ $p<0,001$) ile PAM puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı; yemek pişirirken eklenen tuz miktarı ($r=-0,197$ $p<0,05$) ile PAM puanı arasında ise istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı korelasyonlar olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığa ilişkin özellikleri ile hasta aktiflik puanları arasındaki korelasyonlar (n=210)

	PAM	Yaş	Ayak muayene sıklığı	Kan basıncı kontrol sıklığı	Egzersiz sıklığı	Yemek pişirirken eklenen tuz
PAM	-	0,253***	0,313**	0,186*	0,322***	-0,197*
Yaş	0,253***	-	0,259**	-0,028	-0,176	0,226*
Ayak muayene sıklığı	0,313**	0,259**	-	0,049	0,228*	-0,103
Kan basıncı kontrol sıklığı	0,186*	-0,028	0,049	-	0,176	-0,183
Egzersiz sıklığı	0,322***	-0,176	0,228*	0,176	-	0,172
Yemek pişirirken eklenen tuz	-0,197*	0,226*	-0,103	-0,183	0,172	-

***p<0,001 **p<0,01 *p<0,05

4. TARTIŞMA

Günümüzde kronik hastalıkların etkili yönetiminin kendi bakım sorumluluğunu alma konusunda isteği ve aynı zamanda bilgi ve becerisi olan aktif bir hasta ile sağlanabileceği kabul edilmektedir. Hasta aktifliğinde birinci düzeyden dördüncü düzeye doğru gidildikçe bireylerin sağlık bakımlarında daha aktif rol aldıkları araştırmalarda gösterilmiştir (Greene ve ark., 2015, ss. 431-437; Creber ve ark., 2017, ss. 817-820; Koşar Şahin ve ark., 2018, ss. 126-137; Tusa ve ark., 2020, ss. 1-8; Lightfood ve ark., 2022, ss. 91-105). Bu araştırmada diyabet, hipertansiyon, kronik kalp yetersizliği, koroner arter hastalığı ve artrit hastalarından oluşan örneklemin %38,6'sının düzey 1, %15,7'sinin düzey 2, %28,1'inin düzey 3 ve %17,6'sının düzey 4'de yer aldığı saptanmıştır. Johnson ve ark., (2016) hipertansiyon, diyabetes mellitus ve kronik böbrek hastalığı olan bireylerden oluşan bir popülasyonda bireylerin %10'unun düzey 1'de, %34'ünün düzey 4'de yer aldığını düzey 2 ve 3'de yer alan bireylerin oranlarının ise eşit olduğunu (%28) belirtmişlerdir (Johnson ve ark., 2016, ss. 15-22). Dunlay ve ark., (2017), dekompanse kalp yetersizliği olan hastaların aktiflik düzeyi dağılımlarının en düşükten en yükseğe % 3, %40,1, %40,4 ve % 16,6 şeklinde olduğunu belirtmişlerdir (Dunlay ve ark., 2017, ss. 560-567). Vugt ve ark., (2019, ss. 73-81), 487 diyabet hastasının, % 14,7'sinin düzey 1, %22,4'ünün düzey 2, %47,2'sinin düzey 3 ve %15,7'sinin düzey 4'de olduğunu saptamışlardır. Tusa ve ark., (2020, ss. 1-8), hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı ve diyabetes mellitus tanılarına sahip bir popülasyonun 76'sının düzey 1 ve 2, 185'inin düzey 3 ve 336'sının düzey 4'de yer aldığını belirtmişlerdir. Bu araştırmalarda yüksek aktiflik düzeyinde olan grupların genel olarak eğitim seviyelerinin daha iyi, beden kitle indekslerinin daha düşük, hastalık süresinin daha kısa ve daha fazla egzersiz yapan bireylerden oluşma eğiliminde olduğu ifade

edilmiştir. Bu araştırmadaki kronik hasta popülasyonu daha çok düzey 1 ve 3’de ağırlık göstermiştir. Alt gruplarda ise diyabet ve hipertansiyon 1 ve 3. düzeylere dağılırken, koroner arter hastalığı, kalp yetersizliği ve artrit gruplarının daha çok düzey 1’de dağılıma eğiliminde olduğu görülmüştür. Ayrıca PAM ile sadece yaş arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Literatürde yer alan araştırmalardaki popülasyonların da düzey 1, 2 ve 3’e dağılım gösterdiği görülmektedir. Kronik hastalığı olan bireylerin, bireysel ve hastalığa ilişkin özelliklerine göre aktiflik düzeylerinin değişiklik gösterebildiği araştırmalarda gösterilmiştir. Bu bağlamda bireyleri sadece aktiflik düzeylerine göre değil, sağlık durumundaki değişikliklere ve literatürde aktiflik üzerine etkisi olduğu belirtilen bazı bireysel özelliklerine (yaş, eğitim durumu...) göre bütüncül açıdan değerlendirmenin, hasta yararına olabileceği söylenebilmektedir.

Hasta aktifliği kavramında hastaların sağlıklarını ve bakımlarını yönetebilmeleri için bağımsız olarak eyleme geçebilme becerileri ve istekleri vurgulanmaktadır ve literatürde çoğunlukla öz yönetim, öz bakım, sağlık okuryazarlığı gibi kavramlarla ilişkilendirilmiş, ayrıca sağlık çıktıları ile güçlü bağlantısı olduğu belirtilmiştir (Bos-Touwen ve ark., 2015, ss. 1-15; Koşar ve Büyükkaya Besen, 2015, ss. 45-51; Tusa ve ark., 2020, ss. 1-8; Wilkinson ve ark., 2021, ss. 843-852). Literatürdeki bulgular bu araştırmadaki çıktılarla paralellik göstermektedir. Bu araştırmada diyabetes mellitus grubunda sağlık personelinin önerdiği şekilde diyetine uyma ve doktorun önerdiği şekilde kontrollerine gitme durumu ile PAM puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu; kardiyovasküler hastalık grubunda tabağa alınan yemeğe ilave tuz ekleme durumu ile PAM puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu ve artrit grubunda yorgunluk/güçsüzlük düzeyleri ile PAM puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Buna ek olarak aktiflik düzeyleri arasında yaş ve hastalığa ilişkin özellikler olan egzersiz sıklığı, yemek pişirirken eklenen tuz miktarı ve ayak muayenesi açısından anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Bos-Touwen ve ark., (2015), kronik hastalığı olan bireylerde yaş, BKI, eğitim düzeyi, maddi düzey, fiziksel sağlık durumu, depresyon, hastalık algısı, altta yatan hastalık ve sosyal desteğin hasta aktiflik düzeyi için belirleyici olduğunu belirtmişlerdir (Bos-Touwen ve ark., 2015, ss. 1-15). Wilkinson ve ark., (2021), düşük aktiflik düzeyindeki kronik böbrek hastalarının e-GFR düzeyi düşük, daha ileri yaş, komorbiditeleri çok olan ve daha düşük hemogloblin düzeyine sahip hastalar olduğunu ve bu hastaların kardiyovasküler hastalık risklerinin %17 daha fazla olduğunu saptamışlardır (Wilkinson ve ark., 2021, 24, ss. 843-852). Akça ve ark., (2018), hipertansiyon hastalarında hasta aktifliği düzeyinin cinsiyete, yaş gruplarına, eğitim durumuna, yaşanılan bölgeye, hastalık süresine, başka kronik hastalık varlığına, günlük faaliyetlerin engellenme durumuna, hastanın kendi tansiyonunu ölçebilmesine ve genel sağlık durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturduğunu görmüşlerdir (Akça ve ark., 2018, ss.1768-1776). Dunlay ve ark., (2017), daha yaşlı, daha düşük eğitim düzeyi olan, hasta doyumunu daha düşük, sağlık okur yazarlığı daha kötü olan kalp yetersizliği hastalarının daha düşük hasta aktifliğine sahip olduğunu belirtmiştir. Bu hastaların aynı zamanda daha nitelikli bakıma ihtiyaç duyan, taburculuk sonrası mortalite riski yüksek ve 30 gün içinde hastaneye tekrar kabul oranları daha fazla olan hastalar olduğu ifade edilmiştir (Dunlay ve ark., 2017, 32, ss. 560–567). Pelin ve Sert, (2017), araştırmalarında kronik hastalığı olan bireylerde öğrenim durumu, diyetine uyma ve ilaçları düzenli kullanma durumuna göre PAM düzeyleri arasında anlamlı fark olduğunu ifade etmişlerdir (Pelin ve Sert, 2017, ss. 28-53).

Daha aktif olan hastalar bireysel olarak sağlık bakımlarında daha aktif rol ve sorumluluk almaktadırlar. Hasta aktifliğinde ve kronik hastalık yönetiminde esasen bakım gereksinimlerinin ve bakım hedeflerinin belirlenmesi, bakım çıktılarının takip edilmesi konusunda primer rol hastaya aittir (Koşar ve Büyükkaya Besen, 2015, ss. 45-51). Bu araştırmada kronik hastalığı olan bireylerde PAM puanı arttıkça yaş, ayak muayene sıklığı, kan



basıncı kontrol sıklığı ve egzersiz sıklığında artış olurken, yemek pişirirken eklenen tuz miktarında düşüş olduğu saptanmıştır. Tusa ve ark., (2020), yaş, egzersiz sıklığı, eğitim düzeyi, algılanan sağlık durumu, kas-iskelet hastalıklarından yakınma durumu ve beden kitle indeksi ile PAM düzeyi arasında anlamlı ilişkiler olduğunu belirtmiştir (Tusa ve ark., 2020, ss. 1-8). Vugt ve ark., (2019), hastalık süresi ve eğitim düzeyi ile PAM puanı arasında negatif ilişkiler olduğunu ifade etmiştir (Vugt ve ark., 2019, ss. 73–81). Creber ve ark., (2017), hasta aktifliğinin bilişsel beceriler, öz bakım davranışları, algılanan kontrol ve öz yeterlilik ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (Creber ve ark., 2017, ss. 817–820). Koşar ve ark., (2018), diyaliz tedavisi alan hastaların PAM puanları arttıkça, Sıvı Kontrol Ölçeği puanlarında da artış olduğunu; aynı zamanda Hasta aktifliği puanının, okur yazar olan-olmayan ve ilkökul mezunu olan gruplarda, diğer eğitim gruplarına göre daha düşük olduğunu ifade etmişlerdir (Koşar Şahin ve ark., 2018, ss. 126-137). Pelin ve Sert, (2017), PAM puanı ile hastalık nedeniyle gereken değişikliklere uyum, mental sağlık ve genel sağlık durumu arasında pozitif yönde anlamlı korelasyonlar belirtmişlerdir (Pelin ve Sert, 2017, ss. 28-53). Bu korelasyon ve fark sonuçları; bireylerin eşit bilgi, beceri ve motivasyon düzeyinde olduğunun düşünülmesini önlemesi ve ortak girişimler yerine düzeye özgü bireysel girişimlerin planlanmasının önünü açması açısından önem taşımaktadır. Literatürde ve benzer şekilde bu araştırmanın bulgularında da görüldüğü üzere hasta aktifliği ile özyönetim, sağlık bakım davranışları ve sağlık bakım çıktıları paralellik göstermektedir. Bu durumun, öz yönetim becerileri eksik olan hastaların daha yüksek sağlık risk grubuna girmeden önce saptanabilme, erken dönemde girişimlerin planlanıp uygulanabilme fırsatlarını sunabileceği düşünülmektedir.

5. SONUÇ

Bu çalışmada aktiflik düzeyi ve puanındaki iyileşmelere paralel olarak öz bakım ve öz yönetim davranışlarında da (ayak muayenesi, kan basıncı kontrolü vb.) iyileşmeler ve gelişmeler olduğu görülmüştür. Bu bağlamda hasta aktifliğini arttırmaya yönelik uygulanabilecek girişimlerin, hastanın öz yönetimini ve öz bakımını da iyileştirebileceği düşünüldüğünden, farklı kronik hastalık gruplarında, aktifliği arttırabileceği öngörülen girişimlerin etkinliğinin değerlendirildiği araştırmalara literatürde gereksinim duyulmaktadır.

Çıkar çatışması

Tüm yazarlar önemli katkılarda bulunmuştur ve tüm yazarlar makalenin içeriği konusunda hemfikirdir. Yazarlar çıkar çatışmasıyla sonuçlanan hiçbir finansal destek veya ilişki beyan etmemektedir. Bu çalışma sırasında herhangi bir kurum ve kuruluşun, maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır. Yazarlar, araştırma ekibi olarak çalışmaya katılan tüm hastalara ve uygulama izni veren tüm kurumlara teşekkürlerini sunmaktadır.

6. KAYNAKLAR

Ahn, Y.H., Kim, B.J., Ham, O.K., Kim, S.H. (2015). Factors associated with Patient Activation for Self-management among Community Residents with Osteoarthritis in Korea, J Korean Acad Community Health Nurs, 26(3), 303-311.



Kronik Hastalık Yönetiminde Bireyin Aktif Olmasını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Koşar Şahin ve ark.

Akca, N., Sönmez, S., Öke, P., (2018). Saygılı M. Hipertansiyon Hastalarında Hasta Aktifliği ve Tedaviye Uyum Düzeylerinin Değerlendirilmesi. 2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi. 1768-1776. Erişim tarihi: Bildiri_Kitab-sayfalar-1785-1795-Akca.pdf

Arabacı, Z, Doğru, A, Yıldırım, J. G. (2018). Kronik hastalıklarda transteoritik modele dayandırılarak motivasyonel görüşme tekniğinin kullanılması. Sağlık Akademisi Kastamonu Dergisi, 3(2), 50-61.

Avdal, E.U., Uran, B.N.O., Pamuk, G., Yıldırım, J. G., Konakcı, G., Ates, M., Polat G. (2020). Investigation of the Effect of Web-Based Diabetes Education on Metabolic Parameters in People with Type 2 Diabetes: A Randomized Controlled Trial. Journal of Infection and Public Health, 13(12), 1892-1898.

Bahrom, N.H., Ramli, A.S., Isa, M.R., Abdul-Hamid, H., Badlishah-Sham, S.F., Baharudin, N., Mohamed-Yassin, M.S. (2020). Factors Associated with High Patient Activation Level among Individuals with Metabolic Syndrome at a Primary Care Teaching Clinic Journal of Primary Care & Community Health, 11, 1-13.

Bos-Touwen, I., Schuurmans, M., Monnickhof, E.M., Korpershoek, Y., Spuit-Bentvelzen, L., Graaf, I.E., Wit, N., Trappenburg, J. (2015). Patient and disease characteristics associated with activation for self management in patients with diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, chronic heart failure and chronic renal disease: A cross-sectional survey study. PLOS ONE, 10(5), 1-15.

Creber, R.M., Chen, T., Wei, C., Lee, C.S. (2017). Brief Report: Patient Activation Among Urban Hospitalized Patients with Heart Failure. Journal of Cardiovascular Failure, 23(11), 817–820.

Do, V., Young, L., Barnason, S., Tran, H. (2015). Relationships between activation level, knowledge, self-efficacy, and self-management behavior in heart failure patients discharged from rural hospitals. F1000Research, 3(317), 1-11.

Dunlay, S.M., Griffin, J.M., Redfield, M.M., Roger, V.L. (2017). Patient Activation in Acute Decompensated Heart Failure. Journal of Cardiovascular Nursing, 32(6), 560–567.

Gleason, K.T., Tanner, E.K., Boyd, C.M., Saczynski, J.S.ve Szanton, S.L. (2016). Factors associated with patient activation in an older adult population with functional difficulties, Patient Education and Counseling, 99, 1421-1426.

Greene, J., Hibbard, J.H., Sacks, R., Overton, V., Parrotta, C.D. (2015). When Patient Activation Levels Change, Health Outcomes and Costs Change, Too. Health Affairs, 2015, 34(3), 431-437.

Hendriks, S.H, Hartog, L.C., Groenier, K.H., Maas, A.H., Hateren, K.J., Kleefstra, N., Biblo, H.J. (2016). Patient Activation in Type 2 Diabetes: Does It Differ between Men and Women? Hindawi Publishing Corporation Journal of Diabetes Research, 1-8.



Kronik Hastalık Yönetiminde Bireyin Aktif Olmasını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Koşar Şahin ve ark.

Hibbard, J.H., Mahoney, E.R., Stock, R. & Tusler, M. (2004). Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and Measuring Activation in Patients and Consumers. *HSR: Health Services Research*, 39(4), 1005-1026.

Hibbard, J.H., Mahoney, E.R., Stock, R. & Tusler, M. (2005). Development and Testing of a Short Form of the Patient Activation Measure, *HSR: Health Services Research*, 40(6), 1918-1930.

Johnson, M.L., Zimmerman, L., Welch, J.L., Hertzog, M., Pozehl, B., Plumb, T. (2016). Patient Activation with Knowledge, Self-Management and Confidence in Chronic Kidney Disease. *Journal of Renal Care*, 42(1), 15–22.

Jones, B., Ndosì, M., Hunt, A., Harcourt, D., ve Dures, E. (2021). Factors associated with patient activation in inflammatory arthritis: a multisite cross-sectional study. *Rheumatology Advances in Practice*, 11, 35-44.

Kinney, R.L., Lemon, S.C., Person, S.D., Pagoto, S.L., Saczynski, J.S. (2015). The association between patient activation and medication adherence, hospitalization, and emergency room utilization in patients with chronic illnesses: A systematic review, *Patient Education and Counseling*, 545–552.

Koşar, C., Büyükkaya Besen, D. (2015). Kronik Hastalıklarda Hasta Aktifliği: Kavram Analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8 (1), 45-51.

Kosar, C., Buyukkaya Besen, D. (2019). Adaptation of a patient activation measure (PAM) into Turkish: reliability and validity test. *African Health Science*, 19(1), 1811-1820.

Koşar Şahin, C., Çınar Pakyüz, S., Dedeli Çaydam, Ö. (2018). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastaların Sıvı Kısıtlamasına Uyumları ve Hasta Aktifliği Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(3): 126-137.

Lightfoot, C.J., Nair, D., Bennett, P.N., Smith, A.C., Griffin, A.D., Warren, M., Wilkinson, T.J. (2022). Patient Activation: The Cornerstone of Effective Self-Management in Chronic Kidney Disease? *Kidney and Dialysis*, 2, 91-105.

Lin, M.Y., Weng, W.S., Apriliyasari, R.W., Van Truong, P.V., Tsai, P.S. (2020). Effects of Patient Activation Intervention on Chronic Diseases: A Meta-Analysis. *The Journal of Nursing Research*, 28(5), 1-16.

Newland, P., Lorenz, R., Oliver, B.J. (2021). Patient activation in adults with chronic conditions: A systematic review, *Journal of Health Psychology*, 26(1), 103–114.

O'Malley, D., Dewan, A.A., Ohman-Strickland, P.A., Gundersen, D.A., Miller, S.M., Hudson, S.W. (2018). Determinants of patient activation in a community sample of breast and prostate cancer survivors, *Psycho-Oncology*, 27, 132–140.



Kronik Hastalık Yönetiminde Bireyin Aktif Olmasını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Koşar Şahin ve ark.

Overbeek, A., Rietjens, J., Jabbarian, L.J., Severijnen, J. Swart, S.J., Heide, A. Korfage, I. (2018). Low patient activation levels in frail older adults: a cross-sectional study, *BMC Geriatrics*, 18(7), 1-8.

Pelin, M. (2017). Kronik Hastalık Yönetiminde Hasta Rolü, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi. T.C. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 28-53. Danışman: Yrd. Doç. Dr. Havva SERT.

Rijken, M., Heijmans, M., Jansen, D., Rademakers, J. (2014). Developments in patient activation of people with chronic illness and the impact of changes in self-reported health: results of a nationwide longitudinal study in The Netherlands. *Patient Education and Counseling*, 97, 383- 390.

Schulman-Green, D., Jaser, S.S., Park, C., Whittmore, R. (2016). A metasynthesis of factors affecting self-management of chronic illness, *JAN*, 1469-89.

Tusa, N., Kautiainen, H., Elfving, P., Sinikallio, S., Mäntyselkä, P. (2020). Relationship between patient activation measurement and self-rated health in patients with chronic diseases. *BMC Family practice*, 21(225), 1-8.

Vugt, H.A., Boels, A.M., Weerdt, I., Koning, E.J.P., Rutten, G. (2019). Patient activation in individuals with type 2 diabetes mellitus: associated factors and the role of insulin. *Patient Preference and Adherence*, 13, 73–81.

Wilkinson, T.J., Memory, K., Lightfoot, C.J., Palmer, J., Smith, A.C. (2021). Determinants of patient activation and its association with cardiovascular disease risk in chronic kidney disease: A cross-sectional study. *Health Expectations*, 24, 843–852.

Yadav, U.N., Hosseinzadeh, H., Baral, K.P. (2018). Self-management and patient activation in COPD patients: An evidence summary of randomized controlled trials, *Clinical Epidemiology and Global Health*, 6, 148–154.

Yıldırım Duman, J. G. (2021). Self-Management of Chronic Diseases: A Descriptive Phenomenological Study, *Social Work in Public Health*, 36(2), 300-310.

Yıldırım, J.G., Bayık Temel, A. (2020). The Effect of Nurse Home-Support Program on Self-Management of Patients Receiving Oral Anticoagulation (Warfarin) Therapy. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, (28)1, 13-22.

Zimbudzi, E., Lo, C., Ranasinha, S., Fulcher, G.R., Jan, S., Kerr, P.G., Polkinghorne K.R., Russell, G., Walker, R.G., Zoungas, S. (2017). Factors associated with patient activation in an Australian population with comorbid diabetes and chronic kidney disease: a cross-sectional study, *BMJ Open*, 2017;7: 1-9.