

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Kronik Hastalık Yönetimine İlişkin Değerlendirmeleri ve İlişkili Faktörler*

Related Factors and Patient Assessment of Chronic Illness Care in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Emine ÜSTÜNOVA**, Nursen NAHCIVAN***

İletişim/Correspondence: Nursen NAHCIVAN Adres/Adress: İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Abide-i Hürriyet Cad. 34381 Şişli/ İstanbul Tel: 0212-440 00 00 (Dahili 27058) Fax: 0212-224 49 90 E-mail: nursen@istanbul.edu.tr

ÖZ

Amaç: Bu araştırmanın amacı, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) olan bireylerin kronik bakım yönetimlerini nasıl değerlendirdiklerini belirlemek ve kronik bakım yönetimlerinde ilişkili olan faktörleri incelemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı-kesitsel tipteki araştırmanın örneklemini, İstanbul'da üç Aile Sağlığı Merkezi ve iki hastaneden hastalığı nedeniyle hizmet alan 300 KOA hastası oluşturdu. Veriler Hasta Tanılama Formu ve Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, medyan, t-testi, ANOVA ve korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Yaş ortalaması 63.89 ± 11.14 (min-max= 38-87) olan örneklemin çoğunluğu erkek (%70.3), evli (%83), ilkökul mezunu (%41.7) ve çalışmamaktadır (%81). Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalaması 1.69 ± 0.37 'dir (min-max=1-5). Alt ölçeklerin ortalamaları ise; hasta katılımı 1.86 ± 0.72 ; karar verme 2.34 ± 0.63 ; amaç belirleme 1.56 ± 0.39 ; problem çözüme 1.81 ± 0.51 ; izlem/koordinasyon 1.24 ± 0.50 'dir. Yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eşlik eden hastalık, sağlık hizmeti alınan süre, son altı ayda acile başvurma ve hastanede yatma durumu ile kronik hastalık yönetimine ilişkin memnuniyet puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmazken; eğitim durumuna göre ve hastaneden hizmet alan ile hastalığına ilişkin bilgi alan hastalarda kronik hastalık yönetimi memnuniyet puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu. Ayrıca hastalarda hastalık süresi arttıkça, memnuniyet puan ortalamaları da artmaktadır.

Sonuç: KOA'lı hastaların kronik bakım yönetimine ilişkin memnuniyetleri oldukça düşüktür. Hastalık yönetimini kapsayan hizmet süreçlerinde, "hasta katılımı, karar verme, amaç belirleme, problem çözüme ve izlem/koordinasyon" alanlarındaki yetersizlikler hasta memnuniyetini azaltan başlıca nedenlerdir. KOA'lı hastalara sunulan hastalık yönetimi hizmetlerinin planlanmasında kronik bakım modeli bileşenlerinin dikkate alınması hasta memnuniyetini artırabilir. Bu konuda KOA'lı hastaları temsil eden örneklemlerde çalışılmasına ve ileri araştırmalar yapılmasına gereksim vardır.

Anahtar Kelimeler: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA), kronik bakım yönetimi, PACIC, hemşirelik.

ABSTRACT

Aim: The purpose of this to determine perceive chronic care management and related factors of the people with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD).

Method: Sample of study which designed descriptive and cross-sectional consisted of 300 patients who treated in health care centers or hospitals in Istanbul. The data has been collected with Patient Identification Form and Patient Assessment of Chronic Illness Care-Patient Form. Analysis of the data; number, percent, mean, standart deviation, median, t test, ANOVA, correlation were used.

Results: Average age of sample group were 63.89 ± 11.14 (min-max=1-5), most of them were male (%70.3), married (%83), primary school graduated (%41.7) and does not work (%81). Average score of Patient Assessment of Chronic Illness Care is 1.69 ± 0.37 (min-max=1-5). Average scores of subscales were; patient activation 1.86 ± 0.72 , decision support 2.34 ± 0.63 , goal setting 1.56 ± 0.39 , problem-solving 1.81 ± 0.51 , follow-up 1.24 ± 0.50 . No statistically significant difference was found with age, sex, marital status, operating state, chronic conditions, duration of treatment, status of visit emergency and duration of hospitalization. The satisfaction with chronic care management was higger in patients with educated, treated in hospital and informed about illness. Also average score of satisfaction increases if duration of disease increases.

Conclusion: Findings revealed that patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease have low satisfaction about chronic care management. Deficiencies according to "patient activation, decision support, goal setting, problem solving and follow up" are mean reasons to reduce patient satisfaction. Results of the study is recommended in health programme and quality improvement study in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

Key Words: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), chronic care management, PACIC, nursing.

* İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2013, 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur (27-31 Ekim 2013, Antalya), **Uzm. Hem. Acıbadem Atakent Hastanesi, Klinik Eğitim Hemşiresi, **Prof. Dr. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Yazının gönderilme tarihi: 13.02.2014

Yazının basım için kabul tarihi: 28.12.2014

GİRİŞ

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA), tüm dünyada en sık görülen hastalık ve ölüm nedenleri arasındadır ve tüm ülkeler için ciddi bir sağlık sorunu ve ekonomik yük oluşturmaktadır (GOLD 2006; WHO 2012). Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması verilerine göre, ülkemizdeki ölümlerin %70'ini kronik hastalıklar oluşturmakta ve KOA (%6) ölüme sebep olan ilk on hastalık içinde üçüncü sırada yer almaktadır (Ünür, Mollahaliloğlu ve Yardım 2006). Yapılan çalışmalar KOA'nın günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyerek hastaların bağımlılık düzeylerini artırdığını göstermektedir (Aşti ve Kara 2002; GOLD 2006; Ünsal ve Yetkin 2005).

Aynı zamanda KOA'nın sebep olduğu sakatlıklar, iş gücü kayıpları ve sağlık harcamaları dolayısıyla, toplumlar için oluşturduğu sosyoekonomik yük de giderek artmaktadır. Küresel bir sağlık sorunu olduğunun daha iyi anlaşılması ile son yıllarda hastalığa olan ilgi artmıştır (Tatlıcıoğlu 2007). Bu sebeple diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi KOA'da da hastalık kontrolü ve toplum temelli hastalık yönetim programlarının önemi giderek artmaktadır (Adams ve ark. 2007). Kronik hastalık yönetimi hastalığın tedavisinden çok, hastanın, öz-yönetim becerisi kazanması için çeşitli öğretim yöntemleriyle hazırlanması ve güçlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır (Bourbeau ve Palen 2009; İncirkuş ve Nahcivan 2011). İyi bir hastalık yönetimi acil servise başvuruları ve hastaneye yatışları azaltmalı bunun yanında hastanın fiziksel ve mental fonksiyonlarında iyileşme sağlamalıdır (Hasket 2006).

Hemşireler, KOA için yürütülen kronik hastalık yönetiminde kilit sağlık profesyonelleridir (Taylor ve ark. 2005). Nitekim Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN), hemşirelerin kronik hastalık yönetiminde lider rolde olduklarını vurgulamaktadır (ICN 2010). Hemşireler tarafından yürütülen hastalık yönetimi çalışmalarında genel olarak; hastaneye/acile yatış sayısı, sağlık harcamaları, yaşam kalitesi, hasta bilgi düzeyi gibi verilerde olumlu sonuçlar görülmüştür (Bourbeau ve ark. 2003; Casas ve ark. 2006; Fernandes, Pache, Bird ve Bryden

2006; Hermiz ve ark. 2002; Jonsdottir 2007). ICN'nin 2010 yılında yayınladığı raporunda, çeşitli ülkelerde kronik hastalıkların bakımı için çeşitli modellerin kullanıldığı belirtilmektedir. Kronik hastalık yönetimi için en çok kullanılan, en iyi bilinen ve en etkili olan model, Kronik Bakım Modeli'dir. (Escarrabill 2009; İncirkuş 2010; İncirkuş ve Nahcivan 2011). Model, hastalık yönetiminde önemli öğelerden *sağlık bakım organizasyonu, sağlık bilgi sistemleri, sağlık hizmetleri sunum planı, karar verme desteği, öz-yönetim desteği* ile *toplum kaynakları ve politikalara* odaklıdır (Adams ve ark. 2007; Aragonés ve ark. 2008; Glasgow ve ark. 2005b; İncirkuş 2010; Rosemann, Laux, Droeemeyer, Gensichen ve Szecsenyi 2007). Aynı zamanda modelde tanımlanan bu öğelerin yanı sıra kronik hastalık yönetiminde hasta memnuniyeti ile ilişkili olabilecek çeşitli etmenlerin de önemi vurgulanmaktadır. Nitekim çeşitli çalışma raporlarında hastaların kronik hastalık yönetimine ilişkin değerlendirmelerinde *yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışma durumu* (Aragonés ve ark. 2008; Glasgow ve ark. 2005b; İncirkuş 2010); *hastalık süresi, eşlik eden hastalık, hastanede yatma ve acile başvurma durumu* (Aragonés ve ark. 2008; Aydın, Yıldız, Karagözoğlu ve Özden 2012; İncirkuş 2010) ve *hastalığa yönelik bilgi alma durumu ile bilgi kaynakları* (İncirkuş 2010; Saymer ve ark. 2012) gibi birçok değişkenin önemli olabileceği vurgulanmaktadır.

Çeşitli çalışmalarda Kronik Bakım Modeli'nin diyabet, kalp hastalıkları, depresyon, astım gibi hastalıklarda kullanıldığı ve bu hastalık gruplarında sağlık harcamaları ile acile/hastaneye başvuruları azalttığı, yaşam kalitesi ve hasta memnuniyetini ise yükselttiği belirtilmiştir (Aragonés ve ark. 2008; Glasgow, Nelson, Whitesides ve King 2005a; Glasgow ve ark. 2005b; Rosemann ve ark. 2007; Wensing, Lieshoud, Jung, Hermesen ve Rosemann 2008). Ancak KOA'lı bireylerin hastalık yönetimlerini Kronik Bakım Modeli'ne göre inceleyen çalışmalar oldukça azdır. KOA'lı hastalarda kronik bakım modelini temel alarak yapılan iki çalışmada (Adams ve ark. 2007; Bodenheimer, Wagner ve Grumbach 2002) modelin öğelerinin uygulanmasıyla hastalarda acile başvuru oranı, hastaneye ya-

tış sıklığı ve hastanede kalma süresinin azaldığı gösterilmiştir. Türkiye’de KOAH’ın hastalık yükünü sürekli izleyen ve sağlıklı veri toplayan bir sistem bulunmakla beraber Sağlık Bakanlığınca oluşturulan “*kronik havayolu hastalıklarını önleme ve kontrol programı*” ile Türkiye’de bu hastalıklara bağlı ölümlerin ve beraberinde getirdiği ekonomik yükün azaltılması hedeflenmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2009). Bireylerin yaşamını birçok açıdan olumsuz yönde etkileyen önemli bir kronik hastalık olmasına karşın KOAH’ın, yaşamlarını nasıl etkilediğini hastaların bakış açısıyla inceleyen çalışmalar ülkemizde sınırlıdır (Aydın ve ark. 2012). Bu nedenle KOAH’lı hastaların kendi bakış açılarından aldıkları kronik bakım hizmetlerini nasıl algıladıklarını değerlendirmek ve hastalık yönetiminden memnuniyetleri ile ilişkili olan etmenleri incelemek önemlidir. Bu bağlamda çalışmanın amacı, KOAH’lı hastaların kronik bakım yönetimlerini nasıl değerlendirdiklerini belirlemek ve kronik bakım yönetimde ilişkili olan faktörleri incelemektir. Araştırma sonucunda elde edilen verilerin KOAH’lı hastalara verilen bakımın kalitesini artırmaya yönelik hastalık yönetimi programlarının yapılandırılmasında yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Araştırma kapsamında yanıt aranan başlıca araştırma soruları şunlardır:

- KOAH’lı hastaların kronik hastalık yönetimine ilişkin değerlendirmeleri nasıldır?
- KOAH’lı hastaların kronik bakım yönetimine ilişkin memnuniyet puan ortalamaları nedir?
- KOAH’lı hastaların kronik bakım yönetimine ilişkin memnuniyet puan ortalamaları ile bazı sosyodemografik değişkenler, hastalık ve sağlık hizmet özellikleri arasında anlamlı ilişki var mıdır?

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi, Yeri ve Örneklemi: Tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlanan araştırma, Mayıs 2012–Ocak 2013 tarihleri arasında İstanbul’da üç Aile Sağlığı Merkezi, bir Üniversite Hastanesi ve bir Devlet Hastanesinde yürütüldü. İki tip kurumun seçilme nedeni, ülkemizde kronik hastalık yönetiminin birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarının sorumluluğunda olmasıdır. Araştırmanın örneklemi, en az 6 ay-

dır. KOAH hastası olan, bir sağlık kurumundan hizmet alan, araştırmaya katılmaya engel oluşturacak fiziksel ve zihinsel engeli bulunmayan, 18 yaş ve üzerindeki hastalar arasından olasılıksız yöntemle seçilen 300 birey oluşturdu. Örneklemi oluşturan hastaların hizmet aldıkları sağlık kurumlarına göre temsil edilmelerini sağlamak için amaçlı olarak yarısı birinci basamaktan (n=150) diğer yarısı ikinci basamak hizmet sunan (n=150) kurumlardan (hastanelerden) seçildi.

Veri Toplama Araçları: Veriler, *Hasta Tanılama Formu* ve *Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu* ile toplandı.

- **Hasta Tanılama Formu:** Hastaların *sosyo demografik özellikleri* (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışma durumu), *hastalık özellikleri* (hastalık süresi, eşlik eden hastalık varlığı, son altı ayda acile başvurma ve hastanede yatma durumu, hastalığa ilişkin bilgi alma durumu, bilgi kaynakları), *sağlık hizmeti aldıkları kurumlara* (hizmet alınan kurum, hizmet alma süresi) ilişkin özellikleri kapsayan 13 sorudan oluşmaktadır.
- **Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu (Türkçe PACIC):** Wagner’in Kronik Bakım Modeline dayalı olarak Glasgow ve arkadaşları tarafından 2005 yılında geliştirilmiş olan ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenilirliği İncirkuş ve Nahcivan (2011) tarafından yapılmıştır. Likert tipinde ve 20 maddelik ölçek, *hasta katılımı, karar verme, amaç belirleme, problem çözme ve izlem/koordinasyon* olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin puanlaması, “1=hiçbir zaman, 2=nadiren, 3=bazen, 4=çoğu zaman ve 5=her zaman” şeklindedir. Ölçek puanındaki artış, kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin yüksek ve kronik hastalık yönetiminin yeterli olduğunu gösterir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına göre; ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı $\alpha=.91$, madde toplam puan korelasyonları $r=.46$ ile $.69$ ($p=.001$), dört-sekiz haftalık test-tekrar test korelasyonu oldukça yüksek bulunmuştur ($r=.93$, $p=.001$) (İncirkuş ve Nahcivan, 2011). Bu çalışmadaki örneklem grubu için

Cronbach Alfa katsayısı $\alpha=0.80$ olup alt boyutlarda Cronbach Alfa değerleri; hasta katılımı 0.72; karar verme 0.62; amaç belirleme 0.43; problem çözme 0.31; izlem/koordinasyon 0.75 olarak bulundu.

Araştırmanın Değişkenleri: Bu çalışmada hastaların kronik bakım yönetimine ilişkin değerlendirmeleri memnuniyet puan ortalamaları olarak ölçülmüş olup toplam ölçek ve alt ölçek (*hasta katılımı, karar verme, amaç belirleme, problem çözme ve izlem/koordinasyon*) puan ortalamaları bağımlı değişkenlerdir. Kronik hastalık bakımı ile bağıntısı incelenen bağımsız değişkenler ise; *yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, hastalık süresi, eşlik eden hastalık varlığı, sağlık hizmeti alınan kurum, aynı kuruluştan hizmet alınan süre, son altı ayda acile başvurma ve hastanede yatma durumu, hastalığa yönelik bilgi alma durumu ve bilgi kaynaklarıdır.*

Verilerin Toplanması: Veriler bireylerin öz-bildirimine dayalı olarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Verilerin toplanmasında iki farklı yol izlendi. Hastanelerde bireyler Solunum Fonksiyon Testi laboratuvarlarına gelen hastalar arasından seçildi. Bu bölüme gelen KOAH'lı hastalardan araştırmaya katılmayı kabul edenler bekleme salonlarında uygun bir yere alındıktan sonra görüşme yapılarak veriler toplandı. Aile sağlığı merkezlerinde ise kayıtlı hastalar arasından belirlenen KOAH'lı hastalar telefonla aranarak araştırma kısaca anlatıldı, araştırmayı kabul edenler görüşme için aile sağlığı merkezlerine davet edildi. Bu merkezlerde veri toplama işlemi kurumun fiziki yapısına uygun olarak boş odalarda ya da bekleme salonlarında yapıldı. Veri toplama işlemi ortalama 20 dakika sürdü.

Etik Konular: Araştırma öncesinde ilgili kurumlardan kurum izinleri ve etik kurul izni (06.04.2012 tarih, 10055 sayılı izin) alındı. Araştırmaya katılan bireylerle genel olarak çalışmanın amacı, veri toplama işleminin nasıl ve ne kadar süreceği vb. konularında açıklama yapıldıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerden yazılı bilgilendirilmiş onam alındı. Okur-yazar olmayan ya da imza atamayan/atmak istemeyen katılımcılardan ise sözlü onam alındı.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Bu çalışmada, "örneklem tüm KOAH'lı hastaları temsil etmeyip sadece belirli bir ilde, sınırlı sayıdaki sağlık kurumlarından hizmet alan KOAH'lı hastaları kapsamaması; çalışmanın tasarımı tipinin tanımlayıcı-kesitsel olması ve kullanılan veri toplama aracı Türkçe PACIC'in bazı alt ölçeklerinin cronbach alfa katsayısının bu örneklem grubunda düşük ve orta düzeyde bulunması" çalışmanın başlıca sınırlılıkları arasındadır.

Verilerin Değerlendirilmesi: Veriler bilgisayar ortamında, Statistical Package for Social Sciences (SPSS 17.0) paket programı kullanılarak değerlendirildi. Tanımlayıcı veriler "sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ve medyan"; kronik bakım yönetimine ilişkin memnuniyet puan ortalamaları ile bağımsız değişkenlerin ilişkisi, "t-testi, ANOVA ve kolerasyon teknikleri" kullanılarak analiz edildi. Anlamlılık değeri $p<0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışma kapsamına alınan KOAH hastalarının yaş ortalaması 63.89 ± 11.14 'dür (min-max=38-87 yaş). Katılımcıların çoğunluğu erkek (%70.3), evli (%83) ve ilköğretim mezunudur (%41.7). Gelir getiren herhangi bir işte çalışanların oranı %19'dur. Çalışmaya katılanların hastalık süresi 6 ay ile 35 yıl arasında (medyan 7.5 yıl) değişmekte olup, hastaların çoğunluğu (%60.7) 5 yıl ve daha az süredir KOAH hastasıdır (Tablo 1).

Hastaların %51.3'ü KOAH dışında başka kronik hastalıklara sahiptir. Bu hastalıklar en fazla oranda hipertansiyon (%65), kalp hastalıkları (%34) ve diyabet (%25)'tir. Aile sağlığı merkezi ve hastanelerde izlemeleri yapılan hastaların %53.7'sinin izlem süresi 1-5 yıl arasındadır (medyan 5 yıl). Hastalığı nedeniyle, son altı ayda acile başvuranların oranı %19, hastaneye yatanların oranı %5.3'tür. Hastaların %49.3'ü hastalığıyla ilgili bilgi aldığını belirtmiş olup, bilgi kaynakları arasında en fazla oranda sırasıyla; doktor (%85.8), televizyon/radyo (%43.9) ve hemşire (%23.6) yer almaktadır (Tablo 2).

Tablo 1. Hastaların Bazı Sosyo-Demografik ve Hastalık Özellikleri ile Kronik Bakım Yönetimine İlişkin Memnuniyet Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=300)

Özellik	n (%)	Ortalama±SD	İstatistik
Yaş			
40 yaş ve altı	6 (2.0)	1.83 ± 0.66	F= 1.77
41-64 yaş	151 (50.3)	1.72 ± 0.38	p= 0.171
65 yaş ve üzeri	143 (47.7)	1.65 ± 0.33	
Yaş Ortalaması (X±SD)	63.89±11.14	r= -0.24	p= 0.094
Cinsiyet			
Erkek	211 (70.3)	1.70 ± 0.39	t= 0.87
Kadın	89 (29.7)	1.66 ± 0.31	p= 0.383
Medeni Durum			
Evli	249(83.0)	1.70 ± 0.38	t= -0.58
Bekar/Dul/Boşanmış	51(17.0)	1.66 ± 0.28	p= 0.563
Eğitim			
Eğitimsiz	89 (29.7)	1.58 ± 0.26	t= 3.58
Eğitimli	211 (80.3)	1.74 ± 0.39	p= 0.000
Çalışma Durumu			
Çalışıyor	57 (19.0)	1.77 ± 0.43	t= 1.84
Çalışmıyor	243 (81.0)	1.67 ± 0.35	p= 0.066
Hastalık Süresi			
5 yıl ve altı	182 (60.7)	1.68 ± 0.35	F= 1.07
6-10 yıl	79 (26.3)	1.68 ± 0.39	p= 0.344
11 yıl ve üzeri	39 (13.0)	1.77 ± 0.39	
Hastalık Süresi Ortalaması (X±SD)	10.88±10.32	r=0.664	p=0.003
Eşlik Eden Hastalık			
Var	154 (51.3)	1.71 ± 0.37	t= 1.04
Yok	146 (48.7)	1.67 ± 0.37	p= 0.297

Tablo 2. Hastaların Aldığı Sağlık Hizmeti Özellikleri ile Kronik Bakım Yönetimine İlişkin Memnuniyet Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=300)

Özellik	n (%)	Ortalama ± SD	İstatistik
Sağlık Hizmeti Alınan Kurum			
ASM	150(50.0)	1.63±0.27	t= 2.47
Hastane	150(50.0)	1.74±0.43	p= 0.014
Sağlık Hizmeti Alınan Süre			
1 yıldan az	30(10.0)	1.68 ± 0.45	F= 2.60
1-5 yıl	161(53.7)	1.70 ± 0.36	p= 0.053
6-10 yıl	97(32.3)	1.65 ± 0.35	
11 yıl ve üzeri	12(4)	1.95 ± 0.34	
Sağlık Hizmeti Alınan Süre Ortalaması (X±SD)	8.50±7.91	r=0.41	p=0.111
Acile Başvurma Durumu			
Evet	57(19.0)	1.75 ± 0.37	t= 1.32
Hayır	243(81.0)	1.68 ± 0.36	p= 0.189
Hastanede Yatma Durumu			
Evet	16(5.3)	1.67 ± 0.34	t= -0.21
Hayır	284(94.7)	1.69 ± 0.37	p= 0.832
Hastalığa İlişkin Bilgi Alma Durumu			
Evet	148(49.3)	1.82 ± 0.40	t= 6.20
Hayır	152(50.7)	1.57 ± 0.28	p= 0.000

Çalışma kapsamındaki hastaların kronik hastalık bakım yönetimlerinden memnuniyet puan ortalaması toplam ölçek için 1.69 ± 0.37 'dir. Alt ölçek madde puan ortalamaları sırasıyla, *Hasta Katılımı* için 1.86 ± 0.72 , *Karar Verme* 2.34 ± 0.63 , *Amaç Belirleme* 1.56 ± 0.39 , *Problem Çözme* 1.81 ± 0.51 , *İzlem/Koordinasyon* 1.24 ± 0.50 'dir (Tablo 3).

Tablo 3. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği'nin Madde Puan Ortalamaları (N=300)

Ölçek ve Alt Ölçekler	Madde Puan Ortalaması (min-max=1-5)	±SD
Hasta Katılımı	1.86	0.72
Karar Verme	2.34	0.63
Amaç Belirleme	1.56	0.39
Problem Çözme	1.81	0.51
İzlem/Koordinasyon	1.24	0.50
Toplam Ölçek Puanı	1.69	0.37

Hastaların ölçek maddelerine verdikleri yanıtların sayı ve yüzdelik dağılımları Tablo 4'te sunulmuştur. Buna göre hasta katılımı alt boyutunda, hastaların büyük çoğunluğu "*Tedavi planım yapılırken görüşlerim alındı*" (%78), "*Tedavim konusunda karar vermem için başka seçenekler sunuldu*" (%89) maddelerine **hiçbir zaman**; "*İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi*" (%51) maddesine **bazen** şeklinde yanıt vermişlerdir.

Karar Verme alt boyutunda hastaların yarısından fazlası "*Sağlığım için yapmam gerekenler yazılı olarak verildi*" (%78), "*Kendi bakımımı sağlamak için yaptığım şeylerin sağlığı nasıl etkileyeceği açıklandı*" (%88) maddelerine **hiçbir zaman**; "*Bakımımın iyi düzenlenmiş olmasından memnun kaldım*" (%61) maddesine **çoğu zaman** yanıtını vermişlerdir. Amaç Belirleme alt boyutunda hastaların büyük çoğunluğu "*Kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu*" (%96), "*Beslenme ya da egzersiz yapma davranışlarımı geliştirmem için yardım edildi*" (%88), "*Tedavi planımın bir kopyası/örneği bana verildi*" (%86) ve "*Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edildim*" (%96) maddelerine **hiçbir zaman**; "*Sağlık alışkanlıklarım ile ilgili sorular soruldu*" (%62) maddesine ise **bazen** yanıtını vermişlerdir.

Problem Çözme alt boyutunda "*Doktorum ya da hemşiremin gerekli olan tedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim*" maddesine hastaların yaklaşık yarısı (%51) **hiçbir zaman**; %30'u ise **çoğu zaman** yanıtını vermişlerdir. Hastaların büyük çoğunluğu "*Günlük yaşamımda uygulayabileceğim bir tedavi planı yapmam için yardım edildi*" (%98) ve "*Zor zamanlarımda bile kendime bakabilmem için yapmam gerekenler konusunda yardım edildi*" (%99) maddelerine **hiçbir zaman** yanıtını vermişlerdir. "*Hastalığımla hayatımı nasıl etkilediği soruldu*" maddesine ise hastaların %56'si **bazen**, %20'si **çoğu zaman** şeklinde yanıtlamışlardır. Beş maddenin bulunduğu İzlem/Koordinasyon boyutunda hastaların büyük çoğunluğu bütün maddelere **hiçbir zaman** yanıtını vermişlerdir. Bu maddeler sırasıyla, "*Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı*" (%94); "*Hastalığımla bana yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya hiçbir zaman teşvik edildim*" (%94); "*Diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacım olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirildim*" (%86); "*Diğer branşlardaki hekimlere gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı*" (%84) ve "*Diğer hekimlerle yaptığım görüşmeler konusunda sorular soruldu*" (%88).

Hastaların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre kronik hastalık yönetimlerinden memnuniyet puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yaş ($p=0.171$), cinsiyet ($p=0.383$), medeni durum ($p=0.563$) ve çalışma durumuna ($p=0.066$) göre puan ortalamaları yönünden anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sosyo-demografik özelliklerden sadece eğitim ile ölçek madde puan ortalaması arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.000$). Eğitim durumu değişkeni çoklu karşılaştırma yerine ikili düzenlenerek analize alınmıştır. Buna göre ilköğretim, ortaokul, lise, üniversite eğitimi olanlar birleştirilmiş, eğitilmiş ile eğitimsiz olarak karşılaştırılmıştır.

Tablo 4. Ölçek Maddelerine Verilen Yanıtların Dağılımı

Son 6 ay içinde kronik hastalığımla ilgili bakım aldığımda ;		Hiçbir Zaman n (%)	Nadiren n (%)	Bazen n (%)	Çoğu Zaman n (%)	Her Zaman n (%)
Hasta Katılımı	1. Tedavi planım yapılırken görüşlerim alındı.	235 (78.3)	7 (2.3)	45 (15.0)	12 (4.0)	1 (0.3)
	2. Tedavim konusunda karar vermen için başka seçenekler sunuldu	267 (89.0)	2 (0.7)	27 (9.0)	4 (1.3)	-
	3. İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi.	57 (19.0)	9 (3.0)	152 (50.7)	73 (24.3)	9 (3.0)
Karar Verme	4. Sağlığım için yapmam gerekenler yazılı olarak verildi.	233 (77.7)	1 (0.3)	36 (12.0)	30 (10.0)	-
	5. Bakımımın iyi düzenlenmiş olmasından memnun kaldım.	1 (0.3)	-	29 (9.7)	184 (61.3)	86 (28.7)
	6. Kendi bakımımı sağlamak için yaptığım şeylerin sağlığımı nasıl etkileyeceği açıklandı.	264 (88.0)	1 (0.3)	22 (7.3)	12 (4.0)	1 (0.3)
Amaç Belirleme	7. Kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu.	289 (96.3)	3 (1.0)	7 (2.3)	1 (0.3)	-
	8. Beslenme ya da egzersiz yapma davranışlarımı geliştirmem için yardım edildi.	264 (88.0)	2 (0.7)	20 (6.7)	14 (4.7)	-
	9. Tedavi planımın bir kopyası/örneği bana verildi.	259 (86.3)	1 (0.3)	15 (5.0)	25 (8.3)	-
	10. Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edildim.	289 (96.3)	-	8 (2.7)	3 (1.0)	-
	11. Sağlık alışkanlıklarım ile ilgili sorular soruldu.	30 (10.0)	11 (3.7)	186 (62.0)	66 (22.0)	7 (2.3)
Problem Çözme	12. Doktorum ya da hemşiremin gerekli olan tedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim.	153 (51.0)	3 (1.0)	51 (17.0)	89 (29.7)	4 (1.3)
	13. Günlük yaşamımda uygulayabileceğim bir tedavi planı yapmam için yardım edildi.	294 (98.0)	-	2 (0.7)	4 (1.3)	-
	14. Zor zamanlarımda bile kendime bakabilmem için yapmam gerekenler konusunda yardım edildi.	296 (98.7)	-	2 (0.7)	2 (0.7)	-
	15. Hastalığımla hayatımı nasıl etkilediği soruldu.	50 (16.7)	16 (5.3)	167 (55.7)	61 (20.3)	6 (2.0)
	16. Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı.	281 (93.7)	4 (1.3)	14 (4.7)	1 (0.3)	-
İzlem/Koordinasyon	17. Hastalığım konusunda bana yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya teşvik edildim.	283 (94.3)	1 (0.3)	11 (3.7)	5 (1.7)	-
	18. Diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacım olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirildim.	259 (86.3)	-	29 (9.7)	11 (3.7)	1 (0.3)
	19. Diğer branşlardaki hekimlere gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı.	253 (84.3)	1 (0.3)	35 (11.7)	10 (3.3)	1 (0.3)
	20. Diğer hekimlerle yaptığım görüşmeler konusunda sorular soruldu.	264 (88.0)	2 (0.7)	23 (7.7)	10 (3.3)	1 (0.3)

Hastalık özelliklerine göre kronik hastalık bakım yönetimlerinden memnuniyet puan ortalamaları karşılaştırıldığında, *hastalık süresi* ile ölçek madde puan ortalaması arasında orta düzeyde ve pozitif korelasyon bulunmuştur ($r=.66$, $p=0.003$). Hastalık süresi arttıkça kronik hastalık bakım yönetiminden memnuniyet de artmaktadır. *Eşlik eden hastalık varlığı* ($p=0.297$) ile kronik hastalık bakım değerlendirme puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 1).

Sağlık hizmeti alınan kurumlara göre kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında, hastalık izlemine hastanede yatanların ölçek madde puan ortalaması, Aile sağlığı merkezinden hizmet alanlara göre daha yüksek bulunmuş olup fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p=0.014$). *Sağlık hizmeti alınan süre* hem yıllara göre hem de hizmet süresi ortalamasına göre memnuniyet puan ortalaması ile karşılaştırılmış ve farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=0.053$). Hastaların *acile başvurma sıklığı* ($p=0.189$) ve *hastanede yatma durumu* ($p=0.832$) ile kronik hastalık bakım değerlendirme puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bireylerin hastalıklarına ilişkin *bilgi alma durumu* ile kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında; bilgi alanların toplam puanlarının almayanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0.000$) (Tablo 2). Bilgi kaynaklarına göre incelendiğinde; doktordan ($p=0.034$), hemşireden ($p=0.001$) ve diğer kaynaklardan (akraba, arkadaş) ($p=0.001$) bilgi alma ile ölçek toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunurken, TV/radyodan ($p=0.743$), dergi/broşürden ($p=0.739$) ve internetten ($p=0.205$) bilgi alanlarda anlamlı bir fark bulunmamıştır.

TARTIŞMA

KOAH'lı hastaların kronik hastalık yönetimlerini kendi bakış açılarından değerlendirerek bu konudaki sorunlu alanları belirlemek ve kronik hastalık yönetimi ile ilişkili olabilecek etmenleri incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada, KOAH hastalarının bakım ve hastalık yönetimlerine ilişkin bazı önemli ipuçla-

rı elde edilmiştir. Büyük çoğunluğu erkek (%73), 41 yaş üzeri (%98) ve eğitilmiş (%80) olan KOAH hastalarının, kronik hastalıklarına ilişkin aldıkları bakım hizmetlerinden memnuniyet puan ortalamaları oldukça düşük (1.69 ± 0.4) bulunmuştur. Bu çalışmada kullanılan ölçekteki değerlendirme ölçütlerine göre açıklamak gerekirse, hastalar kronik hastalık bakımına ilişkin hizmetlerin çoğunluğunun olması gerekeni karşılamadığını belirtmişlerdir. Değerlendirmelerin çoğu "hiçbir zaman" ile "nadiren" arasında yer almıştır. Literatür bilgileri aynı ölçeğin farklı ülkelerde, farklı kronik hastalıklarda da kullanıldığını göstermektedir. Amerika'da çeşitli kronik hastalığı olan bireylerde yapılan bir çalışmada, hastalıklara göre memnuniyet puan ortalamaları sırasıyla; diyabetli hastalarda 2.83 ± 1.0 ; depresyon hastalarında 2.71 ± 1.1 ; artritli hastalarda 2.67 ± 1.1 ; ağrılı hastalarda 2.64 ± 1.0 ; hipertansiyon hastalarında 2.62 ± 1.0 ve astımlı hastalarda 2.40 ± 1.0 olarak bulunmuştur (Glasgow ve ark. 2005b). Almanya'da Rosemann ve ark. (2007) çeşitli kronik hastalığı olan bireyleri kapsayan çalışmada, elde edilen memnuniyet puan ortalamaları diyabetli hastalarda en yüksek (2.73) olmak üzere diğer hastalarda sırasıyla koroner kalp hastalığı olanlarda 2.49; astım/KOAH hastalarında 2.44; hipertansiyon hastalarında 2.43 ve depresyon hastalarında 2.26 olduğu belirlenmiştir. Hollanda'da diyabetli ve KOAH'lı hastaları kapsayan bir çalışmada ise kronik bakım memnuniyeti diyabetli hastalara göre KOAH'lı hastalarda (2.3 ± 0.8) daha düşük bulunmuştur (Wensing ve ark. 2008). Değişik ülkelerde yapılan bu çalışmaların sonuçlarına benzer şekilde bizim çalışmamızda da KOAH'lı hastaların diğer hastalara göre aldıkları sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerinin genel olarak daha düşük olduğu görülmektedir. Ancak karşılaştırılan bu çalışmaların çoğunun metodolojik çalışmalar olması nedeniyle KOAH'lı hastalardaki kronik bakım hizmetlerinden memnuniyet puan ortalamalarının düşük bulunma nedenleri çok açık değildir.

Hastaların toplam ölçek puanları düşük olmakla birlikte alt ölçek puan ortalamaları arasında farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışma kapsamındaki hastala-

rın alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları en yüksekte düşüğe; *karar verme*, *hasta katılımı*, *problem çözme*, *amaç belirleme* ve *izlem/koordinasyon* şeklinde sıralanmaktadır. Bu bulgular Rosemann ve ark. (2007) yapmış oldukları çalışmadaki alt ölçek sıralamaları ile benzerlik göstermektedir. Yanı sıra bizim çalışmamıza benzer şekilde Aragonés ve ark. (2008), Glasgow ve ark. (2005b), İncirkuş (2010)'un çalışmalarında da *karar verme* alt ölçek puan ortalaması en yüksek, *izlem/koordinasyon* alt ölçek puan ortalaması en düşük bulunmuştur. Kronik Bakım Modeli'ne göre ölçeğin "hasta katılımı", "amaç belirleme" ve "problem çözme" alt boyutlarındaki ifadeler "öz-yönetim desteğine", "karar verme" alt boyutu ise "sağlık hizmetleri sunum planı" ve "karar verme desteğine" ilişkin hasta görüşlerini yansıtmaktadır. Bu nedenle çalışma kapsamındaki hastaların kronik bakım yönetiminden memnuniyetsizlikleri, sağlık kurumlarından aldıkları hizmetlerin organizasyonundaki yetersizliklerden ve hastalarda öz-yönetim desteğinin geliştirilememesine bağlı olabilir.

Karar Verme boyutunda yer alan üç madde sağlık hizmetlerinin planlanması ve bu planlamada hastanın karar verme sürecine katılımını yansıtmaktadır. Bu bağlamda hastaların çoğunluğu *sağlıkları için yapmaları gerekenlerin yazılı olarak verilmediğini* (%78) ve *kendi bakımlarını sağlamak için yaptıkları uygulamaların sağlıklarına olan etkilerinin açıklanmadığını* (%88) ifade etmişlerdir. Bulgular KOAH'lı hastaların tedavi ve bakım süreçlerindeki kararlara katılımını sağlamada yetersizlikler olduğunu göstermekle birlikte, hastaların tamamına yakınının (%90) *bakımlarının iyi düzenlenmiş olmasından memnun kaldıklarını* belirtmeleri, hastaların kronik hastalık izlemlerine yönelik sağlık sisteminde olması gereken düzenlemeler konusunda farkındalıkların yetersiz olduğunu göstermektedir.

Hasta katılımı boyutundaki maddelere de hastaların çoğunluğu karar verme boyutundaki maddelerle benzer şekilde, katılmadıklarını ifade etmişlerdir. Bu hastalar; *tedavi planları yapılırken görüşlerinin alınma-*

dığını (%78) ve *tedavileri konusunda başka seçenekler sunulmadığını* (%89) belirtmişlerdir. Sadece *ilaç etki ve yan etkileri* (%78) konusunda hasta katılımının desteklendiği bulgulanmıştır. Bu durum diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi KOAH'lı hastaların da büyük kısmının tedavi sürecine katılımlarının sadece ilaç kullanımı düzeyi ile sınırlı kaldığını düşündürmektedir. Oysa Kronik Bakım Modeli'nde de belirtildiği gibi yüksek kaliteli kronik hastalık bakımı, uygulama ekibi ve hasta arasındaki verimli etkileşim ile mümkündür. Bu etkileşimde hastanın kendi bakımında aktif ve bilgili bir katılımcı olması beklenmektedir (Wagner ve ark. 2001).

Amaç Belirleme alt boyutunun temeli işbirlikçi amaçlar belirlemek için bilgi edinmektir. Bu boyuttaki puan düşüklüğü öz-yönetim eksikliğini gösterir (İncirkuş 2010). Bu bölümde hastaların yarıdan fazlası (%62) *sağlık alışkanlıkları ile ilgili kendilerine sorular yöneltilmediğini* ifade etmişlerdir. Buna karşın hastaların tamamına yakını *kendi bakımını yapma amacına yönelik sorular sorulmadığını* (%96), *beslenme ve egzersiz konusunda yardım edilmediğini* (%88), *hastalığına yardımcı eğitim programlarına teşvik edilmediğini* (%96) ve *düzenlenen tedavi planlarının bir kopyasının kendilerine verilmediğini* (%86) belirtmişlerdir. Wensing ve ark. (2008) çalışmalarında Amaç Belirleme alt boyut puan ortalamasının diğer alt boyut ortalamalarına göre daha düşük olması KOAH'lı hastalarda öz-yönetim eksikliği olduğunu vurgulamaktadır.

Kronik hastalık yönetiminin başarısında sağlık profesyonellerinin dikkate alması gereken diğer önemli bir etken ya da alt boyut **problem çözmedir** (Briggs 2003). Bu çalışmada hastaların yaklaşık yarısının (%48), *sağlık çalışanlarının inanç ve geleneklerini dikkate aldıklarını* ifade etmeleri, bu örneklem grubuna hizmet veren sağlık profesyonellerinin toplumun inançlarına saygılı davrandığını düşündürmektedir. Buna karşın hastaların tamamına yakınının *günlük yaşamlarında uygulayabilecekleri bir tedavi planı yapmaları için yardım edilmediğini* (%98) ve *zor zamanlarında kendilerine bakabilmeleri için yapmaları ge-*

rekenler konusunda yardım edilmediğini (%99) belirtmeleri, aynı sağlık profesyonellerinin hasta ile aralarında işbirliğine dayalı bir etkileşimin olmadığını göstermektedir. Hastaların tedavileri düzenlenirken inanç ve değerlerinin, sosyal ve kültürel koşullarının dikkate alınması halinde problem çözme alt boyutunun kriterleri yerine getirilmiş olacaktır.

Boult ve ark. (2008) çalışmalarında belirtildiği gibi, “hizmetlerin parçalı sunulması, sürekliliğin sağlanamaması, erişim güçlükleri ve koordinasyon eksikliği” kronik hastalık yönetimindeki önemli sorunlardan bazılarıdır. Yapılmış pek çok çalışmada (Aragones ve ark. 2008; Glasgow ve ark. 2005a; Glasgow ve ark. 2005b; İncirkuş 2010; Rosemann ve ark. 2007) olduğu gibi bizim çalışmamızda da **İzlem/Koordinasyon** alt boyutunun puan ortalamasının en düşük çıkması KOAH’lı hastaların yönetiminde özellikle izlem ve koordinasyonda ciddi eksikler olduğunu düşündürmektedir. Hastaların tamamına yakınının (%94) *sağlık kontrolleri dışında durumunu izlemek için kendisine ulaşılmadığını* ifade etmesi bu kurumlarda hasta izleminin yeterli olmadığını; *hastaların diğer sağlık profesyonellerine (%86) ya da programlarına yönlendirilmemeleri (%94)* de kurum içi/kurumlar arası koordinasyon eksikliğini ortaya koymaktadır.

Bu çalışmada aynı zamanda kronik hastalık yönetiminden hasta memnuniyeti ile bazı değişkenler arasındaki ilişkiler incelenmiş ve sadece “eğitim, hastalık süresi, sağlık hizmeti alınan kurum, hastalığa ilişkin bilgi alma durumu” ile anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre *eğitilmiş olanların* olmayanlara göre, *hastalık izlemini hastaneden alanların* ASM’lerden alanlara göre ve *hastalığa ilişkin bilgi alanların* almayanlara göre kendilerine sunulan sağlık hizmetlerinden memnuniyetleri anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca bulgular hastalık süresi arttıkça hastaların aldıkları hizmetten memnuniyetlerinin de arttığını göstermiştir. Ancak hastalık süresinin hasta memnuniyetinde neden artışa yol açtığı tam anlaşılamamıştır. Bu konuda ileri araştırmalara gereksinim vardır. İkinci basamak sağlık kuruluşlarından hizmet alan

KOAH’lı hastaların kendilerine sunulan bakım hizmetlerinden memnuniyetlerinin daha yüksek olması, ASM’lerde KOAH hastalarının takip ve tedavilerinde eksik uygulamalar olduğunu ortaya koymaktadır. Ülkemizde diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi KOAH’ın da ikinci basamakta tedavi edilmesi ve izlenmesi gereken bir hastalık olarak algılanması (Yaman ve Akdeniz 2010) nedeniyle bu durum beklenen bir bulgu olarak yorumlanmıştır.

Türkiye’nin de içinde bulunduğu 11 ülkeyi kapsayan KOAH’a ilişkin tutum ve inançları inceleyen geniş ölçekli uluslararası bir çalışmada hastaların tamamına yakını hastalıklarına ilişkin daha iyi bilgilendirmeye ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir (Sayiner ve ark. 2012). Bizim çalışmamızdaki örneklem grubunda, *hastalığına ilişkin bilgi alanların* almayanlara göre kendilerine sunulan kronik hastalık bakım hizmetlerinden duydukları memnuniyetin daha yüksek olması, hastalığa ilişkin bilgi sahibi olmanın hasta memnuniyeti ile olumlu yönde ilişkili olduğunu destekler niteliktedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hasta bakış açısından yapılan değerlendirmelere göre KOAH’lı hastalar, kendilerine sunulan kronik hastalık bakımından/yönetiminden memnun değillerdir. Hastaların kronik bakıma ilişkin memnuniyetlerini düşüren nedenler kurumsal olarak sağlık hizmetleri sunum planı, karar verme desteği ve izlem/koordinasyondaki yetersizliklerden; hasta katılımı, amaç belirleme ve problem çözmeyi kapsayan, hastalardaki “öz-yönetim desteğinin” sağlanamamasından kaynaklanmaktadır. Kronik hastalık yönetiminden memnuniyet ile ilişkisi incelenen değişkenlerden sadece “eğitilmiş olma, hastalık süresinin artması, hastalık izlemini hastaneden alma ve hastalığa ilişkin bilgi alma durumu” anlamlı bulunmuştur. Bu çalışma sonuçları, kronik hastalık yönetiminde rolü olan sağlık profesyonellerinin mesleki yetkinlik ve hazırlıklı olmalarının yanı sıra sağlık sisteminde alt yapı düzenlemelerine de gereksinim olduğunu düşündürmektedir. Bu doğrultuda;

- KOAH'lı hastaların memnuniyetlerini düşüren nedenleri dikkate alan hastalık yönetimi programlarının planlanması ve sağlık profesyonelleri tarafından kullanılması,
- KOAH'lı hastaların hastalıklarına yönelik hasta eğitimi/bilgilendirme programlarının yapılması,
- KOAH'lı hastalarda kronik hastalık yönetimini hasta bakış açısından değerlendirmek için daha geniş ölçekli ve ileri çalışmalar yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

Adams, S., G. ve ark. (2007). Systematic review of the chronic care model in chronic obstructive pulmonary disease prevention and management. *Arch Intern Med*, 167: 551-561.

Aragones, A. ve ark. (2008). Validation of the Spanish translation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) survey. *Preventing Chronic Disease*, 5(4): 1-10.

Aşti, T., Kara, M. (2002). Kronik obstrüktif akciğer hastalığının evde bakımı. *AÜTD*, 34: 75-81.

Aydın, T. H., Yıldız, T. F., Karagözoğlu, Ş., Özden, D. (2012). Hastaların bakış açısıyla kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile yaşamak: Fenomenolojik çalışma. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.*, 20(3): 177-183.

Bodenheimer, T., Wagner, E. H., Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness: The chronic care model, Part 2. *JAMA*, 288(15): 1909-1914.

Boult, C., Karm, L., Groves, C. (2008). Improving chronic care: "Guided Care" model. *The Permanente Journal*, 12(1): 50-54.

Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med*, 163(5): 585-591.

Bourbeau, J., Palen, J. van der (2009). Promoting effective self-management programmes to improve COPD. *European Respiratory Journal*, 33(3): 461-463.

Briggs, H. A. (2003). Problem solving in diabetes self-management: A model of chronic illness self-management behavior. *Annals of Behavioral Medicine*, 25(3): 182-193.

Casas, A. ve ark. (2006). Integrated care prevents hospitalisations for exacerbations in COPD patients. *European Respiratory Journal*, 28: 123-130.

Escarrabill, J. (2009). Discharge planning and home care for end-stage COPD patients. *European Respiratory Journal*, 34(2): 507-512.

Fernandes, A., Pache, S., Bird, W., Bryden, C. (2006). Measures to improve knowledge of self-care among patients with COPD: A

UK general practice audit. *Primary Care Respiratory Journal*, 15: 307-309.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (2006). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease, <http://www.goldcopd.org/guidelines-global-strategy-for-diagnosis-management.html> (21.05.2013).

Glasgow, R. E., Nelson, C. C., Whitesides, H., King, D. K. (2005a). Use of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) with diabetic patients. *Diabetes Care*, 28: 2655-2661.

Glasgow, R. E. ve ark. (2005b). Development and validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC). *Medical Care*, 43(5): 436-444.

Haskett, T. (2006). Chronic illness management: Changing the system. *Home Health Care Management Practice*, 18: 492-494.

Hermiz, O., ve ark. (2002). Randomized controlled trial of home based care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *British Medical Journal*, 325: 938-942.

International Council of Nurses (ICN) (2010). International Nurses Day, Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care. ICN - International Council of Nurses, Geneva, Switzerland.

İncirkuş, K. (2010). Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Aracı'nın geçerlik ve güvenilirliği. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

İncirkuş, K., Nahcivan, N. (2011). Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu'nun Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yükseköğretim Elektronik Dergisi*, 4(1): 102-109.

Jonsdottir, H. (2008). Nursing care in the chronic phase of COPD: A call for innovative disciplinary research. *Journal of Clinical Nursing*, 17: 272-290.

Rosemann, T., Laux, M. D., Droesemeyer, S., Gensichen, J., Szecsenyi, J. (2007). Evaluation of a culturally adapted German version of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) questionnaire in a sample of osteoarthritis patients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13: 806-813.

Sayiner, A. ve ark. (2012). Attitudes and beliefs about COPD: Data from the BREATHE study. *Respiratory Medicine*, 106(S2): S60-S74.

Tatlıcıoğlu, T. (2007). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve geleceği. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 55(3): 303-318.

Taylor, S. J. C. ve ark. (2005). Effectiveness of innovations in nurse led chronic disease management for patients with chronic obstructive pulmonary disease: Systematic review of evidence. *BJM*, 331(7515): 485.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2009). Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, “Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astm-KOAH) Önleme ve Kontrol Programı (2009-2013) Eylem Planı”, Anıl Matbaacılık, Ankara.

Ünsal, A., Yetkin, A. (2005). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(1): 42-53.

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

Wagner, E. H. ve ark. (2001). Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Affairs*, 20(6): 64-78.

Wensing, M., Lieshoud, J. V., Jung, H. P., Hermsen, J., Rosemann, T. (2008). The patient assessment chronic illness care (PACIC) questionnaire in the Netherlands: A validation study in rural general practice. *BMC Health Services Research*, 8: 182-188.

World Health Organization (WHO) (2012). Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/index.html> (06.05.2013).

Yaman, H. ve Akdeniz, M. (2010). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve birinci basamakta tedavi rehberlerinin kullanımı. *Sendrom Aktüel Tıp Dergisi*, 22(1): 17-20.