

# NÖROLOJİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN KRONİK HASTALIK BAKIMINA İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELERİ

## Evaluations of the chronic disease care from perspective of individuals with neurological Disease

Fatma ÖZKAN TUNCAY (0000-0001-8059-1821), Tülay KARS FERTELLİ (0000-0002-8383-0805)

### ÖZET

**Amaç:** Bu araştırma nörolojik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımı nasıl değerlendirdiklerini ve bakımı etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma 245 birey ile sürdürülmüştür. Araştırmanın verileri nöroloji polikliniğine başvuran bireyler ile Tanıtıcı Bilgi Formu ve Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği kullanılarak, yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

**Bulgular:** Örneklem grubunun Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçek toplam puan ortalaması  $2.52 \pm 0.722$ 'dir. Ölçek alt boyutlarından alınan en yüksek puanı karar verme ( $2.73 \pm 0.92$ ), en düşük puanın ise izlem/koordinasyon boyutuna ( $2.17 \pm 0.88$ ) ait olduğu belirlenmiştir.

**Sonuç:** Nörolojik hastalığı olan bireylerin kronik hastalık bakımından memnuniyetleri orta düzeydedir. Bununla birlikte bireylerin kronik bakım sürecinde karar vermelerinin desteklenmesi yönünden memnun, ancak hastalığın izlem/koordinasyonu yönünden yeterince memnun olmadıkları sonucuna varılmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Nörolojik bozukluklar; Kronik hastalık; Hastalık yönetimi

### ABSTRACT

**Objective:** This study was carried out to determine how the individuals with neurological diseases assess their care, and what are the factors affecting the care.

**Materials and Methods:** The survey was conducted with 245 individuals. Data were collected using socio-demographic form and Chronic Disease Assessment Scale-Patient Care Form by face-to-face interview with the individuals applied to the neurology clinic. The data were analyzed with the statistical analysis package program.

**Results:** The mean score of Chronic Disease Assessment Scale-Patient Care Form was  $2.52 \pm 0.72$ . It was determined that the highest score of subscale was for decision-making ( $2.73 \pm 0.92$ ) and the lowest score was for monitoring/coordination dimension ( $2.17 \pm 0.88$ ).

**Conclusion:** Individuals with neurological disease had a moderate level of satisfaction with chronic disease care. It was concluded that individuals were satisfied to support their decision making in the chronic care process, but they were not sufficiently satisfied with monitoring / coordination of illness.

**Keywords:** Neurologic disorders; Chronic disease; Disease management

Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD. Sivas

Fatma ÖZKAN TUNCAY, Dr. Öğr. Üyesi  
Tülay KARS FERTELLİ, Dr. Öğr. Üyesi

#### İletişim:

Dr. Öğr. Üyesi Fatma ÖZKAN TUNCAY  
Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD. Sivas  
Tel: 0.346 219 10 10/2515  
e-mail:  
fozkan77@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 04.07.2018

Kabul tarihi/Accepted: 16.10.2018

DOI: 10.16919/bozoktip.440601

Bozok Tıp Derg 2019;9(1):14-21  
Bozok Med J 2019;9(1):14-21

## GİRİŞ

Kronik hastalıklar dünya çapında artan prevalansla birlikte ölüm ve sakatlığın başlıca nedenleri arasında yer almakta ve özellikle üretken dönemi kapsayan 20-64 yaş grubundaki ölümlerin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (1-4). Kronik hastalıklar arasında yer alan nörolojik sistem hastalıklarının birçoğu, bireylerde ciddi şekilde sınırlılık ve yetersizlik yaşatan hastalıklar olarak kabul edilmekte ve bu hastalıklar arasında Serebrovasküler Hastalıklar (SVH), Multiple Skleroz (MS) ve epilepsi yaygın olarak görülmektedir (5,6).

Günümüzde kronik hastalıkların yaygınlaşması kronik hastalık kontrolü ve toplum temelli hastalık yönetimi programlarının önemini ortaya koymaktadır. Kronik hastalık yönetimi, hastalığın tedavisi ile birlikte hastanın öz-yönetim becerisi kazanmasını kapsamaktadır ve bu ancak hasta ihtiyaçlarına göre belirlenecek bir bakım modelinin sunulması ile mümkündür (1,3,7).

Kronik Bakım Modeli, kronik hastalıkları olan hastalar için yüksek kaliteli bakımın sağlanması ve bakımın maliyetini azaltmak amacıyla, sağlık hizmetlerine rehberlik etmek üzere geliştirilmiş, yaygın olarak kullanılan bir modeldir (3,8,9,10). Wagner ve arkadaşları tarafından tanımlanan modelin anahtar noktası, sağlık bakım ekibi ile hasta arasında verimli bir etkileşimin olmasıdır (11). Model, yaygın olarak kabul görmüş ve kronik hastalıklardaki hasta merkezli bakımın temel unsurlarını yansıtmaktadır (3,10).

Başarılı, devamlı ve etkili bir kronik hastalık bakım modelinin; hastaneye yatış gereksinimini, acil başvurularını ve kronik hastalıklar nedeniyle oluşabilecek psikolojik ve fizyolojik etkileri azalttığı, ilaç uyumunu arttırdığı bildirilmektedir (7,12,13). Model doğrultusunda hastalar sürekli izlenmekte ve bakıma aktif katılımları ve öz-yönetimleri için desteklenmektedir. Bu doğrultuda en uygun tedavi ve izlem ile hastanın bakımdan memnun olması beklenmektedir (7,14,15). Bu nedenle kronik hastalığı olan bireylere hizmet veren hemşirelerin ve tüm sağlık profesyonellerinin verdikleri bakımı ve kronik hastalık yönetimi yeterliliğinin hastalar tarafından nasıl değerlendirildiğini belirlemeleri, buna göre bakımı yeniden yönlendirmeleri ve hastaları desteklemeleri gerekmektedir (16). Bu konu ile

ilgili ülkemiz ve yurtdışı literatüründe ilişkin birçok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda Diyabetes Mellitus, KOAH, kalp yetmezliği gibi hastalıklar daha sık ele alınmıştır. Ancak yaşamın önemli alanlarında etkilenmeye yol açan nörolojik hastalıklarda bu konunun yeterince irdelenmediği belirlenmiştir. Nörolojik hastalığa sahip bireylerin hastalık yönetimine ilişkin değerlendirme düzeylerini belirlemek ve bu doğrultuda bakımı planlamak, hastalık ile baş etmeyi kolaylaştıracak ve istenmeyen hastalık etkilerini önleyecektir. Bu doğrultuda araştırma nörolojik sistemle ilgili kronik hastalığı olan bireylerin hastalık bakımına ilişkin değerlendirmelerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışma evrenini, 1 Eylül 2017–31 Aralık 2017 tarihleri arasında Nöroloji polikliniğine başvuran, kronik nörolojik sağlık sorunu (Serebrovasküler Hastalık, Multiple Skleroz, Epilepsi) olan bireyler oluşturmuştur. Çalışmada belirtilen tarihlerde polikliniğe gelen, en az bir yıldır kronik nörolojik hastalığa sahip, 18 ve üzeri yaş grubunda olan, araştırmaya katılmasını engelleyecek düzeyde sağlık sorunu ve zihinsel engeli olmayan, işitme problemi yaşamayan ve açıklama sonrası çalışmaya katılmayı kabul eden 245 birey örnekleme dahil edilmiştir.

## Veri toplama Araçları

Araştırmanın verileri aşağıda açıklanan formlar aracılığıyla toplanmıştır:

Tanıttıcı Bilgi Formu; İlgili literatür ve çalışmalardan yararlanılarak, araştırmacılar tarafından hazırlanan bu form, bireylerin sosyo-demografik özelliklerini sorgulamaya yönelik 14 sorudan oluşmaktadır.

Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (KHBDÖ): Wagner'in Kronik Bakım Modeline dayalı olarak Glasgow ve arkadaşları tarafından 2005 yılında geliştirilmiş olan ölçeğin (9), Türkçe geçerlik ve güvenilirliği İncirkuş ve Nahcivan (2011) tarafından yapılmıştır (7). Kronik hastalara sunulan sağlık bakım hizmetlerinin hastalar tarafından değerlendirilmesine izin veren, aynı zamanda sunulan bakım hizmetlerinin kalitesi hakkında bilgi veren, uygulanması kolay kısa bir araçtır. Likert tipte ve 20 maddelik ölçek, hasta katılımı (1-3. sorular), karar verme (4-6. sorular),

amaç belirleme (7-11. sorular), problem çözme (12-15. sorular) ve izlem/koordinasyon (16-20. sorular) olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin puanlaması, "1=hiçbir zaman, 2=nadiren, 3=bazen, 4=çoğu zaman ve 5=her zaman" şeklindedir. Ölçeğin toplam puanı 20 maddenin tümünün ortalama puanı ile hesaplanır. Ölçek puanındaki artış, kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımdan memnuniyetlerini yüksek ve kronik hastalık yönetiminin yeterli olduğunu göstermektedir (7,8).

### Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Çalışma Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan etik izin (2017-07/29) ve ilgili kurumdan çalışmanın yapılabilmesi için kurum izni alınarak sürdürülmüştür.

Veriler araştırmacılar tarafından polikliniğe başvuran hastalar ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmacılar tarafından örneklem kriterlerini karşılayan bireylere çalışmanın amacı ve önemi hakkında bilgi verildikten ve yazılı-sözlü onamları alındıktan sonra, poliklinikte bulunan uygun bir görüşme odasında ilgili formlar uygulanmıştır. Her bir görüşme yaklaşık 15-20 dakika yürütülmüştür.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayar ortamında SPSS-16 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde; tanıtıcı özellikleri ve ölçek puan ortalamalarının belirlemek için sayı, yüzdelik hesabı ve ortalama hesabı kullanılmıştır. Tanıtıcı özelliklerle ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yönelik Independent Samples T-Test, One Way Anova Testi ve Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Araştırmada istatistiksel anlamlılık düzeyi .05 olarak kabul edilmiştir.

### BULGULAR

Yaş ortalaması 58.49±15.75 olan örneklem grubunun %59.6'sı kadın, %58.8'i ilköğretim mezunu ve çoğunluğu evli (%83.3) bireylerden oluşmaktadır. Bireylerin %59.6'sının SVH geçirdiği, %52.6'sının hastalık süresinin 5 yıldan fazla olduğu, %61.2'sinin sağlığını kötü olarak tanımladığı ve %79.5'inin hastalığa ilişkin bilgi sahibi olduğu görülmektedir (Tablo1).

**Tablo 1.** Nörolojik hastalığı olan bireylere ilişkin tanıtıcı özellikler

Tanıtıcı özellik	Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	146	59.6
Erkek	99	40.4
<b>Yaş ortalaması</b>	58.49±15.75	
<b>Medeni durum</b>		
Evli	204	83.3
Evli değil	41	16.7
<b>Eğitim durumu</b>		
Okuryazar değil	62	25.3
İlköğretim	144	58.8
Lise ve üzeri	39	15.9
<b>Hastalık türü</b>		
SVH	146	59.6
Epilepsi	54	22.0
MS	45	18.4
<b>Hastalık süresi</b>		
1-5 yıl	116	47.4
>5yıl	129	52.6
<b>Algılanan sağlık durumu</b>		
İyi	13	5.3
Orta	82	33.5
Kötü	150	61.2
<b>Hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumu</b>		
Evet	195	79.5
Hayır	50	20.5
<b>Toplam</b>	265	100.0

SVH; Serebro Vasküler Hastalık, MS; Multiple Skleroz

Bireylerin KHBDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar Tablo 2'de verilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılığına ait Cronbach alfa katsayısı 0,89 olarak bulunmuştur. Ölçek toplam puan ortalaması 2.52'dir. Ölçek alt boyutlarından alınan en yüksek puanın karar verme alt boyutunda (2.73±0.92), en düşük puanın ise izlem/koordinasyon alt boyutunda (2.17±0.88) olduğu görülmektedir.

**Tablo 2.** Nörolojik hastalığı olan bireylerin Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçek puan ortalamaları

	X	SD	Min	Max
KHBDÖ alt bileşenleri				
Hasta katılımı	2.67	0.98	1	5
Karar verme	2.73	0.92	1	5
Amaç belirleme	2.32	0.73	1	5
Problem çözme	2.70	1.04	1	5
İzlem ve koordinasyon	2.17	0.88	1	5
Toplam ölçek puanı	2.52	0.72	1	5

Bireylere ilişkin tanıtıcı özellikler ile KHBDÖ puanlarının karşılaştırıldığı Tablo 3’de cinsiyet, eğitim durumu, hastalık türü ve sürelerinin KHBDÖ toplam ve alt boyut puanlarını istatistiksel olarak etkilemediği belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Çalışmada evli olmayan ( $p:0.049$ ), sağlık durumunu iyi olarak değerlendiren ( $p:0.001$ ) ve hastalık hakkında bilgisi olan ( $p:0.016$ ) bireylerin problem çözme puan ortalamalarının daha iyi olduğu görülmektedir. Bununla birlikte hastalık hakkında bilgi alma durumunun ölçek toplam puanı ( $p:0.005$ ) ile birlikte karar verme ( $p:0.000$ ) ve amaç belirleme ( $p:0.001$ ) alt boyutlarını etkilediği belirlenmiştir. Ölçek toplam puan üzerinde etkili olan bir diğer değişken algılanan sağlık durumudur ( $p:0.020$ ). Tabloda sağlık durumunu iyi olarak algılayan bireylerin ölçek toplam puanı anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır.

## TARTIŞMA

Nörolojik hastalığı olan bireylerin hastalık yönetimine ilişkin değerlendirmelerini belirlemeye yönelik yapılan bu çalışmada; KHBDÖ toplam puan ortalaması  $2.52\pm 0.72$  (min:1, max:5) olarak belirlenmiştir. Bu ortalama bireylerin hastalık yönetiminden orta düzeyde memnun olduğunu göstermektedir. Ülkemizde bu değerlendirmeye yönelik çeşitli hastalık gruplarında çalışmalara rastlanmaktadır. Araştırmada kullanılan ölçeğin ülkemiz için geçerliliğinin yapıldığı çalışmada ölçek puan ortalaması  $2.54\pm 0.94$  olarak bulunmuştur (7). Dahiliye, nöroloji ve onkoloji servislerinde yatan bireyler ile yapılan farklı bir çalışmada ölçek toplam puan ortalaması  $2.65\pm 0.57$  olarak belirlenmiştir (12). Ayaktan poliklinik hizmeti alan kronik hastalık sahibi bireyler ile yapılan bazı çalışmalarda da benzer puan ortalamaları elde edilmiştir (16,17). Belirtilen puan ortalamaları

çalışma sonucuna oldukça yakın değerlerdir. Bununla birlikte ülkemiz literatüründe çalışma sonucundan daha yüksek memnuniyetin olduğunu gösteren çalışmalara da rastlamak mümkündür. Yıldız ve arkadaşları (2017) kalp yetersizliği olan hastaların ölçek toplam puan ortalamasını  $3,75\pm 0.61$  olarak belirlemiş ve aldıkları bakımı “iyi düzeyde” değerlendirdiklerini bulmuşlardır (18). Dede ve arkadaşlarının (2016) iç hastalıkları polikliniklerinde izlenen hastalarla yürüttükleri çalışmada ölçek toplam puanı 2.81 olup, bu çalışmadan daha yüksek bulunmuştur (4). Bu farklılıkların nedeni, çalışmaya katılan bireylerin hizmet aldıkları kurum ile açıklanabileceği gibi, hastalık gruplarının farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Diğer taraftan bazı uluslararası çalışmalar incelendiğinde farklı değerlere ulaşıldığı ancak genel anlamda memnuniyet düzeylerinin ülkemizde elde edilen ortalamalardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Avustralya’da birinci basamakta izlenen diyabetli ve iskemik kalp hastalığı olan bireylerin toplam ölçek puanı 3.3 olarak belirlenmiştir (19). Aragoles ve arkadaşları (2008) İspanyada yaptıkları çalışmada bu değeri, 3.17 olarak bulmuşlardır (20). Kalp hastalığı, DM ve KOAH gibi genel hastalık gruplarını içeren çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (10,21,22). Kronik hastalık yönetimine ilişkin belirlenen bu farklılıkların ülkelerin sağlık hizmet sunum şekilleri, sağlık politikalarındaki anlayış farklılıkları ve toplumsal beklenti düzeyindeki değişimlerden kaynaklandığı düşünülebilir. Bu durumda ülkemizde, hasta bakımına ilişkin memnuniyet düzeyinin farklı kronik hastalık gruplarında değerlendirilmesi ve artırılmasına yönelik hizmetlerin multidisipliner anlayışla planlanmasının önem taşıdığı söylenebilir.

Elde edilen bu sonuçlar tüm hasta gruplarında memnuniyetin farklı düzeylerde olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda nörolojik sorunu olan bireylerin bakımdan orta düzeyde memnun oldukları belirlenmiştir. Literatürde örneklem gruplarında epilepsi, MS gibi hastalıklara yer verilen çalışmalara rastlanmış (4,22) ancak tek başına bu grubun alındığı çalışma bulunmamıştır. Nörolojik sorunu olan bireylerin yaşadığı semptomlar onların kendi bakımlarını sürdürmelerini ve bakıma katılımlarını

etkileyebilmektedir. Özellikle progresif olarak ilerleyen yeti yitimleri bu durumun daha fazla yaşanmasına sebep olmakta ve konunun incelenmesini önemli kılmaktadır.

Bu araştırmada KBDÖ alt boyut puan ortalamaları incelenmiş; karar verme ve problem çözme puanları yüksek iken, izlem/koordinasyon puanının düşük olduğu belirlenmiştir. Bu araştırma bulgusunu destekler nitelikte birçok çalışmada benzer sonuç elde edilmiştir (7,9,17,23,24,25). Karar verme boyutunda incelenen noktalar; sağlık hizmetlerinin planlanması ve bu planlamada hastanın karar verme sürecine katılımını yansıtmaktadır. Bu bulgu hastaların karar/destek verme ve problem çözme konusunda kendi bakımlarına katılma düşüncesinde (12) olduklarını göstermektedir. Nörolojik sistem sorunu yaşayan bireylerin bu alanda yeterli olmaları ve bakımları için kendi kararlarını veriyor olmaları önemli bir bulgudur.

Kronik hastalık yönetiminin başarısında sağlık profesyonellerinin dikkate alması gereken diğer önemli bir etken ya da alt boyut problem çözme olarak bildirilmektedir (4,12). Problem çözme boyutu doktor ya da hemşirelerin gerekli olan tedaviyi önerirken hastanın değerlerini, inançlarını ve geleneklerini dikkate alması, hastanın tedavi planını yapması ve her durumda kendine bakabilmesi için yapması gerekenler konusunda yardım edilmesi gibi durumları içermektedir (9,16). Çalışmada hastaların bu boyuttaki yüksek puanları, hastaların hastalık ve tedavilere bağlı yaşanabilecek sıkıntıların belirlenmesi ve çözümünü konusunda sağlık ekibinden aldıkları destekten memnuniyetlerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda bir diğer alt boyut hasta katılımı boyutu orta düzeyde bulunmuştur. Hasta katılımı boyutu hastaların tedavi planında görüşlerinin alınması, tedavi ile ilgili başka seçeneklerin sunulması ve ilaçlar/etkileri ile ilgili sorunların bildirilmesinin istenmesi gibi durumları içermektedir (2,9). Nörolojik hastalıklar genellikle kronik gidişlidir ve hastalık süreçlerinin yönetiminde hasta ve hasta yakınlarının bilinçli katılımı da çok önemlidir (6). Bu doğrultuda çalışmada elde edilen bu bulgu araştırmaya alınan bireylerin tedavi sürecine aktif katılımlarının sağlanması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda izlem/koordinasyon alt boyutu puan ortalaması düşük çıkmıştır. Özellikle rutin izlem ve tedavi gerektiren hastalıklar yelpazesinde yer alan nörolojik sistem hastalıkları için bu durum önemlidir ve izlem ve koordinasyonda ciddi eksikler olduğunu düşündürmektedir. Boulton ve arkadaşlarının (2008) çalışmalarında belirttiği gibi, "hizmetlerin parçalı sunulması, sürekliliğin sağlanamaması, erişim güçlükleri ve koordinasyon eksikliği" kronik hastalık yönetimindeki önemli sorunlardan bazılarıdır (26). Literatür incelendiğinde çalışma bulgusunu destekleyen pek çok çalışma (9,18,20,22) olmasına rağmen farklı sonuçlar da yer almaktadır. Ay ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında izlem puan ortalaması çalışma değerimize göre oldukça yüksek bulunmuştur (12). Karabulutlu ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında da izlem/koordinasyon alt boyutu problem çözme becerisinden sonra yüksek puan ortalaması ile yer almaktadır (16). Bu farklılıkların hizmet alınan kurumun işleyiş yapısından, kurumdaki hasta izlem ve konsültasyon politikalarından ve hasta gruplarındaki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızda bazı tanıtıcı özellikler ile ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırılmış; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, kronik hastalığın tipi ve süresi arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bununla birlikte KHBDÖ toplam puanını anlamlı düzeyde etkileyen değişkenler sağlık algısı ve hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumu olarak belirlenmiştir. Glaskow ve ark.'nın birinci basamak sağlık ortamlarında kronik hastalığı olan bireylerle yürüttükleri çalışmada ölçek puan ortalaması ile yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve kronik hastalığın süresi ile KHBDÖ skoru arasında bir farklılık bulunmadığı bildirilmiştir (9). Yapılan bazı çalışmalarda da yaş, medeni durum, cinsiyet gibi değişkenlerin ölçek puan ortalaması üzerinde etkisi olmadığı görülmüştür (3,4,17,18,25).

**Tablo 3.** Nörolojik hastalığı olan bireylerin tanıtıcı özellikleri ile Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Hasta katılımı	Karar verme	Amaç belirleme	Problem çözme	İzlem ve koordinasyon	Toplam
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	2.73±0.92	2.77±0.90	2.34±0.73	2.23±0.84	2.23±0.84	2.56±0.69
Erkek	2.57±1.06	2.67±0.95	2.66±0.74	2.07±0.93	2.07±0.93	2.46±0.76
t	1.247	1.865	0.432	0.548	1.393	1.088
p	0.214	0.388	0.666	0.584	0.165	0.278
<b>Medeni Durum</b>						
Evli	2.62±0.96	2.72±0.92	2.30±0.75	2.65±1.05	2.16±0.90	2.49±0.73
Evli değil	4.87±1.04	2.78±0.89	2.46±0.63	2.98±0.94	2.18±0.81	2.66±0.64
t	1.483	0.430	1.321	2.011	0.116	1.324
p	0.139	0.667	0.188	<b>0.049</b>	0.908	0.187
<b>Eğitim durumu</b>						
Okuryazar değil	2.69±0.94	2.67±0.96	2.35±0.81	2.80±1.15	2.21±0.93	2.55±0.75
İlköğretim	2.60±0.99	2.79±0.91	2.34±0.71	2.67±1.00	2.16±0.89	2.52±0.72
Lise ve üzeri	2.85±0.99	2.58±0.88	2.24±0.69	2.66±1.01	2.13±0.80	2.49±0.67
F	0.994	0.898	0.300	0.384	0.123	0.069
p	0.372	0.409	0.741	0.682	0.884	0.933
<b>Hastalık türü</b>						
SVH	2.63±0.99	2.80±0.88	2.34±0.70	2.71±1.06	2.20±0.90	2.54±0.71
Epilepsi	2.77±0.94	2.54±0.91	2.23±0.75	2.60±1.03	2.07±0.77	2.41±0.69
MS	2.65±0.98	2.71±1.03	2.39±0.81	2.80±1.01	2.16±0.97	2.54±0.70
F	0.419	1.615	0.631	0.429	0.427	0.377
p	0.658	0.201	0.533	0.652	0.653	0.686
<b>Hastalık süresi</b>						
1-5 yıl	2.42±1.26	2.78±0.79	2.34±0.85	2.68±1.05	2.27±0.17	2.53±0.73
>5yıl	2.14±1.32	2.68±1.02	2.30±0.64	2.73±1.05	2.22±0.84	2.51±0.71
t	1.647	0.891	0.408	0.349	0.231	0.182
p	0.101	0.734	0.686	0.727	0.817	0.856
<b>Algılanan sağlık durumu</b>						
İyi	2,79±0,87	3.20±1.02	2.58±1.05	3.75±0.79	2.72±1.26	3.01±0.75
Orta	2,58±1,02	2.62±0.82	2.19±0.68	2.56±1.07	2.16±0.84	2.42±0.72
Kötü	2,70±0,97	2.75±0.95	2.38±0.72	2.69±1.00	2.14±0.89	2.53±0.70
KW	1.144	4.201	4.000	14.322	2.706	7.776
p	0.564	0.122	0.135	<b>0.001</b>	0.258	<b>0.020</b>
<b>Hastalık hakkında bilgi alma durumu</b>						
Evet	2.69±0.97	2.84±0.89	2.41±0.76	2.78±1.05	2.20±0.92	2.58±0.72
Hayır	2.56±1.03	2.28±0.91	2.00±0.51	2.38±0.93	2.05±0.74	2.26±0.67
t	0.891	3.925	3.635	2.428	1.048	2.831
p	0.374	<b>0.000</b>	<b>0.000</b>	<b>0.016</b>	0.296	<b>0.005</b>

## SONUÇ

Bu sonuçlar doğrultusunda kronik hastalığa sahip bireylerin aldıkları bakıma ilişkin değerlendirmelerinin aralıklı olarak yapılması, değerlendirme sonuçlarının sağlık hizmeti veren kurumlar ile paylaşılması, bireylerin memnuniyetini artıracak şekilde personel ve kurumsal düzeyde düzenlemelerin yapılması ve bireylerin kendi bakımlarına katılmalarını sağlayacak şekilde hizmetin sürdürülmesi önerilmektedir. Bununla birlikte sağlık hizmetlerinin sunumunda; karar verme desteği, hasta katılımı, izlem ve koordinasyonda yeterlilik, amaç belirleme ve problem çözmeyi kapsayan, hasta odaklı kronik hastalık bakım hizmetlerinin planlanması önem taşımaktadır. Çalışmanın üniversite hastanesinde polikliniğe başvuran nörolojik sağlık sorunu olan bireylerle yapılması ve çalışmanın tasarımının kesitsel tipte olması nedeniyle çalışma sonuçları topluma genellenemez. Bu çalışmanın sınırlılığı olarak kabul edilmekte ve çalışmanın farklı hastalık türlerinde ve daha geniş gruplarda uygulanması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Adaptation and validation of the patient assessment of chronic illness care in the French context. *BMC Health Serv Res.* 2014; 14(1): 269-271.
2. Koşar C, Besen DB. Kronik hastalıklarda hasta aktifliği: Kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi.* 2015; 8(1): 45-52.
3. Koley M, Saha S, Ghosh S, Nag G, Kundu M, Mondal R, et al. Patient-assessed chronic illness care (PACIC) scenario in an Indian homeopathic hospital. *JTCM.* 2016; 6(1): 72-77.
4. Dede B, Sarı M, Gürsul A, Hanedar A, Gadis A, Görgülü B, ve ark. Kronik hastalığı nedeniyle ayaktan izlenen hastaların aldıkları sağlık hizmetlerinin niteliğini etkileyen değişkenler. *TAF Prev Med Bull.* 2016; 5(3): 238-247.
5. Özkan Tuncay F, Mollaoğlu M. Effect of the cooling suit method applied to individuals with multiple sclerosis on fatigue and activities of daily living. *J Clin Nurs.* 2017; 26(23-24): 4527-4536
6. Aytaç E, Aybüke Ünal H, Ergün U, Sencer Demircan C, Ataç Uçar C, Topal Y, ve ark. Nörolojik hastalıklarda farkındalık: Ankara ili örneğinde 2. ve 3. basamak nöroloji polikliniklerinin karşılaştırılması. *Türk J Neurol.* 2014; 20(4): 112-120.
7. İncirkuş K, Nahcivan N. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu'nun Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi.* 2011; 4(1): 102-109.
8. Arditi C, Iglesias K, Peytremann-Bridevaux I. The use of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) instrument in diabetes care: a systematic review and meta-analysis. *IJQHC.* 2018; 1-8
9. Glasgow RE, Whitesides H, Nelson CC, King DK. Use of the Patient

- Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) with diabetic patients: relationship to patient characteristics, receipt of care, and self-management. *Diabetes Care.* 2005; 28: 2655-2666.
10. Wensing M, Lieshout JV, Jung HP, Hermesen J, Rosemann T. The Patients Assessment Chronic Illness Care (PACIC) questionnaire in The Netherlands: a validation study in rural general practice. *BMC Health Serv Res.* 2008; 8(182): 2-6.
  11. Wagner EH, Bennett SM, Austin BT, Greene SM, Schaefer JK. Finding common ground: Patient-centeredness and evidence-based chronic illness care. *JACM.* 2005; 11(1): 7-15.
  12. Ay S, Arpacı P. Hastanede yatan hastaların kronik hastalık bakımının değerlendirilmesi. *Manisa CBU Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi.* 2017; 4(1): 527-532.
  13. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Aff.* 2009; 28: e75-e85
  14. Grembowski D, Schaefer J, Johnson KE, et al. A conceptual model of the role of complexity in the care of patients with multiple chronic conditions. *Med Care.* 2014; 52 Suppl 3: 7-14.
  15. Hançerlioğlu S, Aykar FŞ. Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2018; 7(1): 175-183.
  16. Karabulutlu EY, Atman R, Yağcı S. Kronik hastalığı olan bireyler verilen bakımın değerlendirilmesi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 2015; 3(1): 16-30.
  17. Kaya ÇA, Akturan S, Şimşek S, Uğuz K, İcen F, Akman M. Kronik hastalık bakımının hasta perspektifinden değerlendirilmesi. *Turkish Family Physician.* 2013; 4(3): 1-9.
  18. Yıldız E, Güngörmüş Z. Kalp yetersizliği hastalarının kronik hastalık bakım hizmetine yönelik memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. *MN Kardiyoloji.* 2017; 24(4): 140-144.
  19. Taggart J, Chan B, Jayasinghe UW, Christi B, Proudfoot J, Crookes P, et al. Patients assessment of chronic illness care (PACIC) in two Australian studies: structure and utility. *J Eval Clin Pract.* 2011; 215-221.
  20. Aragonés A, Schaefer EW, Stevens D, Gourevitch MN, Glasgow RE, Shah NR. Validation of the spanish translation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) survey. *Prev Chronic Dis.* 2008; 5(4): 1-10.
  21. Peters-Klimm F, Campbell S, Hermann K, Kunz CU, Müller-Tasch T, Szecsenyi J. Case management for patients with chronic systolic heart failure in primary care: the HICMan exploratory randomised controlled trial. *Trials.* 2010; 11(1): 56.
  22. Jansen DL, Heijmans M, Rijken M. Individual care plans for chronically ill patients within primary care in the Netherlands: Dissemination and associations with patient characteristics and patient-perceived quality of care. *Scand J Prim Health Care.* 2015; 33(2): 100-6.
  23. 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 Qual Life Out.* 2012; 10(104): 2-7.

24. Ludt S, Lieshout JV, Campbell SM, Rochon J, Ose D, Freund T, et. al. Identifying factors associated with experiences of coronary heart disease patients receiving structured chronic care and counselling in European primary care. BMC Health Serv Res. 2012; 12(221): 2-11.
25. Üstünova E, Nahçıvan N. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin kronik hastalık yönetimine ilişkin değerlendirmeleri ve ilişkili faktörler. F.N. Hem. Derg. 2015; 23(1): 11-22.
26. Boulton C, Karm L, Groves C. Improving chronic care: "Guided Care" model. The Permanente Journal. 2008; 12(1): 50-54.