

Araştırma / Research Article

Kronik hastalığı nedeniyle ayaktan izlenen hastaların aldıkları sağlık hizmetlerinin niteliğini etkileyen değişkenler

Variables affecting quality of care of the outpatients having a chronic condition

Bahadır Dede¹, Murat Sarı², Abdülkadir Gürsul², Anıl Hanedar², Ayca Gadis², Begüm Görgülü², Bilge Eti², Caner Kalay², Hatice AYDIN², Hatice Ayhan Güler², İbrahim Kala², Kivanç Görgülü², Murat Dilşen², Uğur Yıldırımka², Sena Tuğba², Erhan Eser³

ÖZET

Amaç: Kronik hastalık yönetimi için en iyi bilinen, en etkili ve çok kullanılan model, "Kronik Bakım Modeli"dir. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği hasta sürümü (KBDh) (PACIC) bu modele göre geliştirilmiş bir araçtır. Bu çalışmanın amaçları; 1- PACIC (KBDh) ölçüm gerecinin farklı hastalık ve sosyodemografik değişkenlere olan duyarlılığının sınanması ve 2- Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi (CBÜTF) hastanesinde, ayaktan izlenen bireylerde, kronik hastalık izlem niteliğini ve bunu etkileyen nedenleri ortaya koymaktır. **Gereç ve Yöntem:** Bu tanımlayıcı çalışmada, CBÜTF hastanesinde 14 hastalıkları (Endokrinoloji, Nefroloji, Romatoloji, Onkoloji, Gastroenteroloji), Nöroloji, Dermatoloji, Göğüs Hastalıkları ayaktan tanı-tedavi birimlerinden 6 ay ve daha uzun süredir hizmet alan hastalara (n=295), KBDh ölçeğini, sosyodemografik değişkenleri ve diğer morbidite değişkenlerini içeren bir anket uygulanmıştır. Karşılaştırmalarda tip 1 hata 0,05 düzeyinde kabul edilmiş, istatistik analizlerde SPSS 15.0 paketi kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırma örneğinin yaş ortalaması 51,6±15,2; hastaların %18,3'ü 65 yaş ve üstünde ve %64,7'si kadındı. Hastaların %28,8'inin tip 2 diyabeti, %29,5'inin hipertansiyonu, %16,7'sinin KOAH'ı, %15,5'inin nörolojik hastalığı (migren, epilepsi, MS) ve %9,5'inin kronik alerjik rahatsızlığı vardı. Hastalık süresi ortalama 9,3±7,9 yıldır ve %48,8'inin en az bir eşlik eden hastalığı bulunmaktaydı. KBDh ölçeği ortalama skoru 2,81±0,86'dır. Düşük eğitim ve gelir durumu; sosyal güvencenin olmayışı ve bölgeye göç ile gelme izlem niteliğini olumsuz yönde etkilemektedir (p<0.05). Hipertansiyonlu hastalar, hasta katılımı ve amaç belirleme boyutları açısından diğer kronik sorunlardan daha olumsuz durumdadırlar (p<0.05). Hastanın belirli bir hekim tarafından sürekli izlenmesi ve bu hekimin birinci basamak hizmeti veriyor olması izlem niteliğini artırmaktadır (p<0.05). Ayrıca tüm kronik hastalıklar ve tüm boyutlar için, izlem niceliği iyileştirilme izlemin niteliği de iyileşmektedir. **Sonuç:** PACIC (KBDh) toplam ve boyut skorları incelendiğinde hastaların bir üniversite hastanesinde izlendiği dikkate alındığında skorlar, izlem niteliğinin yeterli düzeyde olmadığını göstermektedir. Kronik hastaların ikinci basamak yerine birinci basamak koşullarında izlenmesi izlem niteliğini de artıracaktır.

ABSTRACT

Objective: The best known, most effective and widely used model for chronic illness management is "Chronic Care Model". Patient Assessment of Care for Chronic Conditions (PACIC) (KBDh) is designed according to this model. The objectives of this study are; 1. To test the sensitivity of PACIC to diverse socio-economic and condition specific variables and 2. To define the quality of care (QOC) and the affecting variables on QOC of the patients in the outpatient wards of CBU hospital. **Materials and Methods:** In this descriptive study, we enrolled patients from Celal Bayar University Hospital, Departments of Internal Medicine (Endocrinology, Nephrology, Rheumatology, Oncology, and Gastroenterology), Neurology, Dermatology, and Pulmonary Medicine outpatient clinics. Patients were under follow-up care for more than 6 months (n=295) and they were asked to fill the survey containing PACIC scale, socio-demographic variables and other morbidity variables. Type 1 error was adopted as 0.05 and the SPSS 15.0 was used for statistical analysis. **Results:** The mean age was 51.6±15.2; 18.3% of patients aged 65 and over, and 64.7% were female. 28.8% of patients had type 2 diabetes, 29.5% had hypertension, 16.7% had COPD, 15.5% had neurological disease (migraine, epilepsy, MS) and 9.5% had chronic allergic diseases. The mean duration of disease was 9.3±7.9 years, and there was at least one comorbidity in 48.8% of the patients. The overall PACIC scale score was 2.81±0.86. Lower education and income status; the lack of social security and migration to the region negatively affected the quality of follow-up (p<0.05). Patients with hypertension were more negatively affected than the other chronic illness patients in terms of patient activation and goal setting/tailoring dimension scores (p<0.05). Having continuous monitoring by a particular physician and having this physician as primary care physician increased the quality of monitoring (p<0.05). Also, for all chronic diseases and for all dimensions, improvement in quantity of monitoring improved quality of monitoring. **Conclusion:** Given the PACIC (KBDh) the total score and dimension scores and considering that patients were followed at a university hospital, the scores in this study show that the quality of monitoring is not sufficient level of. Monitoring of the patients in primary care conditions instead of at the second level improves the quality of follow-up.

¹Halk Sağlığı Müdürlüğü, Muğla.
²Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Manisa.
³Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD, Manisa.

Yazışma Adresi/Address for correspondence:
Bahadır Dede,
Halk Sağlığı Müdürlüğü, Muğla
bahadirdede@gmail.com

Anahtar Kelimeler:
Kronik hastalık, olgu yönetimi, niceliksel değerlendirme, niteliksel değerlendirme

Key Words:
Chronic illness, case management, evaluation quantitative, evaluation qualitative

Gönderme Tarihi/Received Date:
15.12.2015

Kabul Tarihi/Accepted Date:
05.03.2016

Yayımlanma Tarihi/Published Online:
July 27, 2016

GİRİŞ

Kronik hastalıklar, uzun seyirli, kendiliğinden iyileşmeyen, karmaşık, toplum üzerindeki etkileri ve kendi içinde nedenleri bakımından çeşitlilik gösteren ve bazıları ölüme neden olurken bazıları işlev kaybı yaratan hastalıklardır. Kronik hastalıklar üretken dönemi kapsayan yirmi, altmış dört yaş grubundaki ölümlerin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır ve tüm dünya ülkelerinde giderek artmaktadır (1). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, dünyadaki ölümlerin %63'ü kronik hastalıklara bağlıdır, bu ölümlerin 60 yaşın altındakilerinin %90'ü düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir ve bu yılda 36 milyon insan kronik hastalıklardan öldüğü anlamına gelmektedir (2). Kronik hastalıklara bağlı ölüm oranının 2020 yılında %75'e yükselmesi beklenmektedir (3). Ülkemizde de dünyada olduğu gibi nüfusun yaşlanması ve beklenen yaşam süresinin uzamasına bağlı, hastalık yükü giderek artmakta ve bu hastalıkların çoğunu kronik hastalıklar oluşturmaktadır (4).

Dünyada kronik hastalıklardan ölümlerin %48'i kardiyovasküler hastalıklar, %21'i kanserler, %12'si solunum hastalıkları, %3,6'sı Diabetes Mellitus iken, ülkemizde kronik hastalıklardan ölümlerin %49'unun kardiyovasküler hastalıklar, %18'inin kanserler, %9'unun kronik solunumsal hastalıklar, %2'sinin ise diyabete bağlı olduğu görülmektedir. Ulusal raporlarda da ülkemizde ölüme neden olan ilk 10 hastalıktan yedisinin kronik hastalıklar olduğu belirtilmektedir (5). Kronik hastalıklardaki artış, sağlık sistemlerinde maliyet yükünü artırmakta ve kronik hastalığı olan hastalara yönelik uygulanan sağlık hizmetinin örgütlenme ve ulaştırılmasında eksiklikleri ortaya çıkarmaktadır (6).

Daha iyi sağlık sonuçlarına, daha verimli bir şekilde erişebilmek için hizmet sunan ve hizmet alanların sürece entegre edilmesi sonucunda "Kronik hastalık yönetimi" modeli ortaya çıkmıştır. Kronik hastalık yönetimi kavramı kanıta dayalı rehberler eşliğinde hasta ve hekimin ekip çalışması ile iletişimin artması, davranış değişikliklerini kolaylaştırmak için gerekli geri bildirim, hekimin performansının klinik sonuçlara ve verimliliğe göre ölçülmesidir (1,7,8).

Kronik hastalık yönetimi için çeşitli modeller ileri sürülmesine rağmen en iyi bilinen, en çok kullanılan ve en etkili kabul edileni "Kronik Bakım Modelidir" (1,9,10). Kronik Bakım Modeli, birinci basamak sağlık hizmetleri ile sağlığın korunmasına ve geliştirilmesine yönelik hizmetleri ön plana çıkarmaktadır. Model doğrultusunda yapılandırılan kronik hastalık yönetimi

ile hastalar rutin olarak tanınır, aktif katılımları ve ayrıntılı olarak bilgilendirilmeleri sağlanır, öz yönetim için desteklenir. Bu doğrultuda en uygun tedavi ve izlem planlanarak bakım sonuçlarında ve kalitesinde iyileşme; sonuçta da hasta memnuniyeti beklenir (11,12).

Ülkemizde kronik hastalık yönetiminin değerlendirilmesinde kullanılan araçlar incelendiğinde, hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyini ölçmede Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği (13), hastaların bakış açısından bireyselleştirilmiş bakımın değerlendirilmesinde Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası (14), kronik hastalığı olan bireylerde yaşam kalitesinin belirlenmesinde EUROQOL (15); hekimlerin sunduğu bakımın hastalar tarafından değerlendirilmesinde EUROPEP (16) gibi araçların kullanıldığı görülmektedir. Ancak bu araçlar sunulan hizmetin yalnızca hekimlik veya hemşirelik yönünün değerlendirilmesine izin vermektedir.

Kronik bakım modeline dayalı olarak geliştirilen tek ölçüm gereci olan ve orijinal adı "Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) olan Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği hasta sürümü (KBDh) 2005 yılında Glasgow ve arkadaşları tarafından İngilizce dilinde geliştirildi. Kronik hastalara sunulan bakımı hekim, hemşire ve diğer sağlık personeli boyutlarıyla ve ekip yaklaşımı doğrultusunda ele alan; uygulaması kolay ve kısa bir ölçektir. Aynı zamanda sağlık ekibinin kronik bakım modelini uygulamalarına entegre etmelerinde; sunulan bakımın düzenli, objektif ve tarafsız raporlandırılmasında; hastaların bakış açılarını tanılamada yardımcı olan, hasta merkezli bir araçtır (17,18). Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu'nun (KDBh) Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirliği, İncirkuş ve Nahcivan tarafından yapılmıştır (19) .

Bu çalışmanın amaçları;

- Alanda geçerliliği daha önce gösterilmiş olan PACIC ölçüm gerecinin çeşitli kronik hastalığı olan bireylerde uygulanarak elde edilen sonuçlarının kaynakçada elde edilen verilerle karşılaştırılarak ölçeğin farklı hastalık ve sosyodemografik değişkenliklere olan duyarlılığının sınanması,
- Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hafsa Sultan Hastanesinde, sık rastlanan kronik hastalıkları nedeniyle ayaktan izlenen bireylerde, kronik hastalık izlem niteliğini ve bunu etkileyen nedenleri ortaya koymaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Katılımcıların özellikleri, örnekleme ve veri toplama

Kesitsel nitelikteki bu çalışmada, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde İç hastalıkları (Endokrinoloji, Nefroloji, Romatoloji, Onkoloji, Gastroenteroloji), Nöroloji, Dermatoloji, Göğüs Hastalıkları ayaktan tanı-tedavi birimlerinde (polikliniklerinde) izlenen hastalarda 21-27 Haziran 2012 tarihleri arasında kronik hastalık bakım ve izlem niteliği bir anket seti aracılığıyla incelenmiştir. Araştırma grubu 6 ay ve daha uzun süredir ilgili kliniklerden hizmet alan, iletişim kurmaya engel olacak biçimde işitme görme ve zihinsel problemi bulunmayan, araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerdir. 21-27 Haziran döneminde ilgili birimlere önceki aylardaki bir haftalık başvuru sayıları dikkate alınarak, beklenen toplam başvuru sayısı 885 hasta olarak öngörülerek ve anket doldurma süreleri hesaba katılarak, üç hastanın birinin (n=295) fırsatçı örneklemeyle örneğe seçilmesine karar verilmiştir. Bu sayı tamamlandığında veri toplamaya son verilmiştir. Anketler ayaktan başvuru birimlerinde sağlanan bağımsız bir odada hastalarla yüz yüze görüşmeyle doldurulmuştur.

Anket setinin içeriği

Sosyodemografik anket: Araştırmada kullanılan sosyodemografik ankette yaş, cinsiyet, medeni durum, iş, eğitim durumu, aile tipi, ailenin algılanan gelir

durumu, sosyal güvence, maddi durum algısı, göç, alışkanlıklar alkol ve sigara kullanım durumu ve fizik aktivite sorulmuştur.

Hastalık Bilgi formu: Hastalığın hasta tarafından algısı ve izlem parametrelerinden oluşan formda hastadan elde edilen değişkenler şunlardır (Tablo 1):

- 1- Hastanın izlem dosyasından elde edilen biyokimyasal ölçüm değerleri,
- 2- Bu ölçümlere dayanan Kronik hastalıkların izlem niceliği göstergeleri:
- 3- Algılanan sağlık durumu,
- 4- Kronik hastalığını izleyen sürekli bir hekimin varlığı ve bu hekimin çalıştığı kurum,

Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Hasta Ölçeği (KBDh):

Glasgow ve arkadaşları tarafından İngilizce 'de geliştirilen 20 maddeli ve 5 faktörlü yapıda geliştirilen beşli Likert tipi yanıt seçeneklerinden oluşan Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) Anketi, kronik hastalıklara sunulan sağlık bakım hizmetlerinin hastalar tarafından değerlendirilmesine izin veren, uygulanması kolay bir ölçektir. Kronik bakım modelinin temel altı ögesi doğrultusunda oluşturulan KBDh, 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar: *Hasta katılımı* (1-3 sorular); *Karar verme* (4-6 sorular); *Amaç belirleme/rehberlik* (7-11 sorular); *Problem çözme* (12-15 sorular); *İzlem/koordinasyon* (16-20 sorular) dur (19). Ölçek, artrit, astım, diyabet,

Tablo 1. Kronik hastalık yönetimi için Referans İzlem Niceliği Göstergeleri

Kronik hastalık	İzlem Nicelik göstergesi	Referans*
Diyabet	Hemoglobin A1c: (%6,5 ve altı = iyi-; %6,5 üstü= kötü)	WHO (2011) ^a
KOAH	FEV1/FVC: 70 ve üzeri= iyi; 70'in altı= kötü	NICE (2010) ^b
Hipertansiyon	Sistolik KB sınırı= 120 mmHg Diyastolik KB sınırı= 80 mmHg	JNC-7 ^c
Epilepsi	Son 6 ayda geçirilmiş nöbet sayısı	NICE (2012) ^d
Multipl Skleroz	Son 1 yıldaki atak sayısı	NICE (2014) ^e
Migren	Son 3 aydaki atak sayısı (Bir ve daha fazla olması kötü)	NICE (2012) ^f
Kronik dermatitler	Semptomların alevlenme durumu	Klinik deneyim

*İzlem nicelik göstergeleri için kaynaklar:

^aWHO (2011) .Use of Glycated Haemoglobin (HbA1c) in the Diagnosis of Diabetes Mellitus WHO/NMH/ CHP/CPM/11.1 (https://www.diabetes.org.uk/Documents/Professionals/hba1c_diagnosis.1111.pdf)

^bNICE guidelines [CG101] (2010). Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management. (<http://www.nice.org.uk/guidance/CG101>)

^cThe American Joint National Commission (JNC-7) Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.

^dNICE guidelines [CG137] (2012). Epilepsies: diagnosis and management.

^eNICE guidelines [CG186] (2014) Multiple sclerosis in adults: management.

^fThe NICE Guidelines on management of headache – (2012).

hipertansiyon, kronik ağrı, konjestif kalp yetmezliği gibi hastalıklarda orjinaline uygun olarak çeşitli dillere çevrilerek hastalıklarda bakımın kalitesini değerlendirmede uygun bir araç olduğu saptanmıştır (15,18-24). Her boyutun skoru maddelerin ortalaması alınarak kendi boyutu içerisinde hesaplandı ve toplam KBDh skoru tüm 20 maddenin skorlarının ortalamasıyla hesaplandı. Boyut puanları da soru puan değerleri aritmetik ortalaması alınarak hesaplanır. Ölçeğin toplam puanı ve her bir alt boyutun ortalama puanı, 1 = hiçbir zaman, 2 = nadiren, 3 = bazen, 4 = çoğu zaman ve 5= her zaman şeklinde beşli Likert tipi bir derecelenmeyle ölçülür. Ölçek puanlarındaki artış, kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerinin yüksek ve kronik hastalık yönetiminin yeterli olduğunu gösterir. Ölçeğin kesme noktası yoktur.

İstatistik Çözümlenmeler

Parametrik test varsayımlarının gerçekleştirildiği iki ortalamanın karşılaştırıldığı durumlarda Student's t testi, üç veya daha fazla ortalamanın karşılaştırıldığı durumlarda tek yönlü Varyans Analizi ; Parametrik test varsayımlarının sağlanmadığı ikili karşılaştırmalarda Mann Whitney U testi kullanılmış, üçlü karşılaştırmalarda farklı olan grubun belirlenmesinde (Post Hoc test olarak) Tukey's B kullanılmıştır. Karşılaştırmalarda tip 1 hata 0,05 düzeyinde kabul edilmiş, istatistik analizlerde SPSS 15.0 paketi kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırma örneğinin yaş ortalaması 51,6±15,2'dir (dağılım aralığı 19-90). Katılımcıların %18,3'ü 65 yaş ve üstü, %64,7'si kadın, %17,6'sının herhangi bir örgün eğitim diploması yoktur. Bireylerin %7,5'inin herhangi bir sağlık güvencesi yoktur ve %33,6'sının geliri giderinin altındadır. Bireylerin %38,0'i bölgeye göçle gelmiş, göçlerin %29,5'i ise Doğu Anadolu Bölgesinden gerçekleşmiştir. Katılımcıların kronik hastalık durumlarına bakıldığında %28,8'ini diyabeti, %29,5'inin hipertansiyonu, %16,7'sinin KOAH'ı, %15,5'inin nörolojik hastalığı (migren, epilepsi, MS) ve %9,5'inin kronik alerjik rahatsızlığı vardır. Katılımcıların kronik hastalık süresi ortalama 9,3±7,9 yıldır ve %48,8'inin en az bir eşlik eden hastalığı bulunmakta, %21,7'sinin ise sağlık algısı kötüdür. Katılımcıların %72,2'sinin kronik hastalığını izleyen sürekli bir hekimi vardır ve %23,0'ünün bu kronik hastalığını takip eden hekimi birinci basamakta çalışmaktadır. (Tablo 2).

Tablo 2. Araştırma grubunun sosyodemografik ve hastalık özelliklerine göre dağılımları (n= 295)

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Yaş		
18-39 yaş	68	23,1
40-64 yaş	173	58,6
65 ve üstü	54	18,3
Cins		
Erkek	104	35,3
Kadın	191	64,7
Eğitim		
Oy-oy değil	52	17,6
İlköğretim	146	49,5
Lise ve üstü	97	32,9
Sosyal güvence		
SGK	273	92,5
Yeşilkart-Yok	22	7,5
Maddi durum algısı		
Gelir giderin altı	99	33,6
Gelir gider eşit	178	60,3
Gelir gider üstü	18	6,1
Göç		
Var	112	38,0
Yok	183	62,0
Göç Bölge (n=112)		
Doğu	33	29,5
Batı	79	70,5
Kronik hastalık tipleri		
Diyabet	76	28,8
Hipertansiyon	78	29,5
KOAH	44	16,7
Nörolojik hastalıklar (Epilepsi-Multipl skleroz)	41	15,5
Kronik Dermatit	25	9,5
Kronik hastalık süresi		
10 yıl altı	207	70,2
10 yıl ve üstü	88	29,8
Eşlik eden hastalık (en az bir)		
Var	144	48,8
Yok	151	51,2
Algılanan sağlık		
Kötü	64	21,7
Orta	118	40,0
İyi	113	38,3
Kronik hastalığı izleyen sürekli bir hekimin varlığı		
Var	213	72,2
Yok	82	27,8
Hastayı sürekli hekimin çalıştığı kurum		
1. Basamak	49	23,0
2. Basamak	164	77,0

Tüm hastalar için KBDh ölçeği ortalama skoru $2,81 \pm 0,86$ 'dır. Katılımcılar en yüksek skoru hasta katılımı ($3,00 \pm 1,14$) alt boyutundan, en düşük skoru ise izlem\koordinasyon ($2,62 \pm 1,13$) alt boyutundan almışlardır. KBDh ölçeği ve alt boyutların skorlarının dağılımına bakıldığında hiçbirinde dağılımın çarpık olmadığı ($<1,0$) anlaşılmaktadır. Benzer şekilde hiçbir soru için basıklık sorunu olmadığı izlenmektedir (değerler $-1,0-0,0$ aralığındadır). Ölçekten alınabilecek

olası en düşük puanı alanların yüzdesi olarak ifade edilen taban yüzdesi tüm alt boyutlar ve toplam ölçek için çok iyidir ($\%0,7-\%10,20$). Ölçekten alınabilecek olası en yüksek puanı alanların yüzdesi olarak ifade edilen tavan yüzdesi tüm alt boyutlar ve toplam ölçek için çok iyi bulunmuştur ($\%0,3-\%8,80$) (Tablo 3). Bu bulgular KBDh ölçeğinin ölçüm özellikleri ve dolayısıyla elde edilen sonuçların yorumlanması açısından olumlu göstergelerdir.

Tablo 3. KBDh ölçeği ve alt boyutlarının. bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (n= 295).

Değişkenler	KBDh (toplam) (ort±ss)	Hasta Katılımı (ort±ss)	Sunum biçimi ve karar verme (ort±ss)	Amaç Belirleme (ort±ss)	Problem Çözme (ort±ss)	İzlem\ Koordinasyon (ort±ss)
Yaş						
18-39	2,88±0,83	3,15±1,06	3,01±1,11	2,76±0,98	2,82±1,09	2,66±1,17
40-64	2,72±0,81	2,88±1,16	2,85±1,02	2,59±1,03	2,73±1,15	2,54±1,02
≥ 65	2,86±1,01	2,93±1,25	3,12±1,12	2,65±1,16	2,87±1,25	2,73±1,27
p*	0.314	0.174	0.257	0.405	0.734	0.542
Cins						
Erkek	2,80±0,89	2,91±1,19	2,90±1,15	2,72±1,08	2,81±1,14	2,67±1,15
Kadın	2,81±0,85	3,04±1,11	3,00±1,04	2,64±1,02	2,78±1,15	2,60±1,11
p*	0.930	0.356	0.473	0.571	0.846	0.568
Eğitim						
Oy-oy değil	2,50±0,76†	2,71±0,99	2,56±0,86†	2,35±0,92†	2,41±1,06†	2,48±1,12
Temel eğ. (8yıl)	2,88±0,89	3,02±1,20	3,13±1,09	2,72±1,10	2,89±1,18	2,64±1,16
Lise ve üstü	2,86±0,84	3,13±1,11	2,92±1,10	2,76±0,97	2,84±1,09	2,67±1,08
p***	0.017	0.096	0.003	0.050	0.028	0.598
Sosyal güvence						
SGK	2,84±0,87	3,02±1,15	3,00±1,10	2,70±1,05	2,82±1,16	2,66±1,14
Yeşil kart/Yok	2,41±0,59	2,71±0,97	2,54±0,70	2,32±0,85	2,38±0,91	2,12±0,79
p**	0.025	0.216	0.009	0.104	0.082	0.030
Maddi durum algısı						
Gelir< Gider	2,60±0,80 †	2,73±1,14 †	2,76±0,97	2,45±1,01†	2,54±1,08 †	2,51±1,07
Gelir= Gider	2,90±0,86	3,12±1,12	3,06±1,10	2,77±1,05	2,90±1,17	2,67±1,15
Gelir> gider	3,02±0,95	3,29±1,11	3,16±1,31	2,86±0,90	3,04±1,06	2,75±1,21
p***	0.010	0.013	0.059	0.037	0.027	0.485
Göç						
Göç	2,83±0,75	3,03±1,10	3,04±1,05	2,67±0,97	2,83±1,17	2,71±1,04
Yerli	2,79±0,92	2,98±1,17	2,92±1,09	2,67±1,08	2,73±1,10	2,57±1,18
p*	0.687	0.732	0.364	0.968	0.480	0.316
Göç bölgesi						
Doğu	2,58±0,72	2,89±1,16	2,63±0,82	2,27±0,89	2,37±1,10	2,70±1,04
Batı	2,94±0,75	3,08±1,07	3,21±1,10	2,83±0,96	2,88±1,07	2,72±1,04
p*	0.020	0.409	0.008	0.005	0.026	0.923
Tüm çalışma grubu	2,81 ± 0,86	3,00 ± 1,14	2,96 ± 1,08	2,67 ± 1,04	2,79 ± 1,14	2,62 ± 1,13

*Student's t test ; ** Mann Whitney -U ; ***Tek yönlü varyans analizi

†Post hoc (farkı yaratan grup) : Tukey b

Araştırma grubunda KBDh ölçeği ve alt boyutlarının sosyo-demografik değişkenlerle tek değişkenli çözümleyici analizinde: eğitimsizlerin, sosyal güvencesi olmayanların ve Doğu Anadolu bölgesinden göçle gelenlerin “karar verme” alt boyutu skorları daha kötüdür ($p<0.05$); “hasta katılımı” alt boyutunun ise sadece gelirden etkilendiği, alt gelir grubunda bu boyut skorunun anlamlı düzeyde düşük olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir. KBDh “amaç belirleme” ve “problem çözme” alt boyut skorları ise eğitimsizlerde, Doğu Anadolu bölgesinden göçle gelenlerde ve alt gelir

grubunda diğerlerinden anlamlı düzeyde ($p<0.05$) daha düşük bulunmuştur. “İzlem/koordinasyon” alt boyut skoru ise sadece sosyal güvencesi olmayan hastalarda daha düşük ($p<0.05$) bulunmuştur. Ayrıca ölçeğin toplam skorunun tüm sosyo-demografik değişkenlere duyarlı olduğu belirlenmiştir. (Tablo 3).

Araştırma grubunda çeşitli kronik hastalığı olan bireylerde KBDh ölçeği ve alt boyutlarının hastalık türü ve nicel izlem göstergeleri ile olan ilişkisine bakıldığında tek değişkenli çözümleyici analizde:

Tablo 4. KBDh ölçeği alt boyutlarının hastalık tanısı ve izlem özelliklerine göre dağılımı (n= 295).

Değişkenler	KBDh (ort-ss)	Hasta Katılımı (ort-ss)	Sunum biçimi ve karar verme (ort-ss)	Amaç Belirleme (ort-ss)	Problem Çözme (ort-ss)	İzlem\ Koordinasyon (ort-ss)
Kronik Hastalık Tipi (n:264)						
Diyabet	2,93±0,90	3,08±1,11	3,12±1,07	2,87±1,05	2,88±1,20	2,71±1,08
Hipertansiyon	2,60±0,70	2,67±1,07†	2,76±0,88	2,34±0,89†	2,70±1,02	2,54±1,08
Epilepsi	2,93±0,79	3,33±0,99	2,93±1,20	3,04±0,96	2,83±0,99	2,55±1,19
Dermatozlar	2,60±0,77	2,81±0,91	2,73±1,13	2,52±0,84	2,70±1,19	2,25±1,10
KOAH	2,86±1,06	3,03±1,32	3,12±1,23	2,53±1,26	2,76±1,36	2,88±1,24
Eşlik eden hastalık						
p*	0.079	0.025	0.169	0.002	0.888	0.211
Var	2,83±0,89	2,98±1,13	3,00±1,08	2,69±1,07	2,81±1,17	2,69±1,15
Yok	2,79±0,83	3,02±1,15	2,93±1,08	2,65±1,00	2,77±1,12	2,56±1,11
p**	0.675	0.749	0.624	0.783	0.817	0.334
Algılanan Sağlık						
Kötü	2,81±0,80	2,97±1,12	2,98±0,95	2,71±1,04	2,75±1,10	2,53±1,00
Orta	2,75±0,83	2,99±1,20	2,87±1,06	2,54±1,01	2,74±1,13	2,65±1,15
İyi	2,87±0,92	3,06±1,08	3,06±1,16	2,78±1,05	2,86±1,19	2,65±1,18
p*	0.605	0.870	0.401	0.191	0.710	0.743
Kronik hastalığı sürekli izleyen bir hekim						
Var	2,87±0,84	3,06±1,13	3,06±1,09	2,76±1,00	2,79±1,14	2,70±1,12
Yok	2,64±0,88	2,84±1,16	2,72±1,00	2,44±1,10	2,79±1,16	2,42±1,12
p**	0.039	0.142	0.015	0.020	0.983	0.051
Hekim çalıştığı kurum						
1.Basamak	3,17±0,86	3,39±1,05	3,39±1,05	2,98±1,05	3,12±1,08	3,00±1,13
2.Basamak	2,78±0,82	2,96±1,14	2,96±1,09	2,69±0,98	2,69±1,14	2,61±1,11
p**	0.004	0.020	0.016	0.077	0.022	0.037

*Tek yönlü varyans analizi ; **Student's t test

†Post hoc (farkı yaratan grup) : Tukey b

Hipertansiyonluların “hasta katılım” ve “amaç belirleme” boyutunda diğer sağlık sorunları olanlardan daha yüksek puan aldıkları izlenmektedir. Herhangi bir hekim tarafından Bu kronik hastalığı açısından kendisini sürekli izleyen bir hekimi bulunmayanlar, “karar verme”, “amaç belirleme” ve “İzlem/koordinasyon” boyutlarında bir hekim tarafından düzenli izlenenlere göre beklendiği gibi anlamlı düzeyde (sırasıyla p = 0.015; 0.015 ve 0.050) daha düşük puan almışlardır. Bir hekim tarafından düzenli olarak izlenenler içinde 2. Basamak hekimi tarafından izlenenlerin ise toplamda ve amaç belirleme boyutu dışındaki tüm boyutlarda birinci basamakta izlenenlere göre daha düşük (p<0.05) puanlar aldıkları

görülmektedir. Toplam KBDh skoru ise sürekli izlenen ve izleyen hekimin bir birinci basamak hekimi olduğu hastalarda diğerlerine göre; diyabetli ve epileptik hastalarda diğer hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir (p<0.05) (Tablo 4).

Araştırma grubunda KBDh ölçeği ve alt boyutlarının kronik hastalıkları izlem niteliği göstergeleri ile karşılaştırıldığında tek değişkenli çözümleyici analizlerde, tüm hastalık gruplarında, KBDh ‘nin tüm boyutlarının nicel izlem yeterliliği göstergelerine duyarlı oldukları anlaşılmaktadır. Nicel izlemler kötüleştikçe tüm boyutlardaki puanlar da düşmektedir (Tablo 5).

Tablo 5. Kronik Hasta Bakımını Değerlendirme Ölçeğinin (KBDh) Türkçe sürümünün kronik hastalık izlem niteliği (*) ile ilişkisi.

Değişkenler	Hasta Katılımı	Sunum biçimi ve karar verme	Amaç Belirleme	Problem Çözme	İzlem\ Koordinasyon	Toplam Ölçek
	Ort. ± Sd	Ort. ± Sd	Ort. ± Std	Ort. ± Sd	Ort. ± Sd	Ort. ± Sd
Diyabet (n:76)						
İyi (n=17)	3,76±0,53	3,76±0,62	3,27±0,75	3,27±0,76	3,22±1,03	3,46±0,50
Kötü	2,88±1,15	2,94±1,10	2,75±1,10	2,76±1,29	2,56±1,06	2,78±0,94
p**	<0.001	<0.001	0.034	0.047	0.027	<0.001
Hipertansiyon (n:78)						
İyi (n:10)	3,83±0,83	3,33±0,82	3,28±1,11	3,47±0,99	3,73±1,15	3,53±0,68
Kötü	2,46±0,98	2,66±0,86	2,17±0,74	2,56±0,96	2,33±0,92	2,44±0,56
p**	<0.001	0.016	<0.001	0.004	<0.001	<0.001
KOAH (n:44)						
İyi (n:21)	3,54±1,16	3,50±1,34	3,00±1,43	3,47±1,40	3,35±1,13	3,37±1,03
Kötü	2,55±1,40	2,64±0,96	2,07±0,94	2,27±1,24	2,47±1,23	2,40±0,99
p**	0.030	0.039	0.034	0.012	0.036	0.008
Epilepsi (n:41)						
İyi (n:13)	3,76±0,95	3,60±1,39	3,94±0,64	3,57±1,01	3,56±1,23	3,68±0,62
Kötü	2,78±1,08	2,18±1,05	2,78±0,85	2,50±1,00	2,20±1,10	2,49±0,70
p**	0.042	0.016	0.002	0.024	0.016	0.001
Dermatozlar (n:25)						
İyi (n:21)	2,92±0,99	3,00±1,09	2,72±0,84	3,07±1,08	2,51±1,10	2,85±0,72
Kötü	2,44±0,54	1,88±0,83	1,86±0,39	1,50±0,61	1,43±0,67	1,82±0,22
p**	0.268	0.033	0.026	0.003	0.034	<0.001
Tüm Hastalar (n:264)						
İyi (n:82)	3,47±1,01	3,36±1,11	3,01±1,05	3,20±1,12	3,12±1,17	3,23±0,84
Kötü	2,77±1,14	2,77±1,01	2,50±0,99	2,59±1,10	2,38±1,02	2,60±0,79
p***	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

*İzlem niteliği sayıları= İyi izlenen hasta sayısı/ Kötü izlenen hasta sayısı (Ref: Tablo 1)

** Mann Whitney U, *** Student's t test

TARTIŞMA

Bu çalışmada, kronik hastalığı olan bireylerin nicel ve nitel açıdan izlenme özellikleri ve bunları etkileyen özellikler araştırılmıştır. Kronik hastalıkların sağlık hizmet kullanım sürekliliği ile ilgili olarak araştırma örneğindeki her dört hastadan üçünün hastalığını izleyen bir hekimi olduğu ancak izleyen hekimlerin sadece dörtte birinin birinci basamak hekimi olduğu saptanmıştır. Manisa kentsel bölgesinde 2014 yılında yapılan, toplumdaki tanı almış olan tip 2 diyabetlileri temsil eden bir tez çalışmasında (23) diyabetlilerin %87'sinin kendilerini izleyen bir hekimleri bulunduğu, bu hekimin %15'inin aile sağlığı merkezinde görev yaptığı belirlenmiştir. Diyabetin toplum tarafından daha fazla önemsendiğini varsaydığımızda bulgularımızın tutarlı olduğu söylenebilir.

Karışık hasta grubunun değerlendirildiği bizim çalışmamızda, toplam KBDh skoru (2,81), kaynakçadaki benzer hasta gruplarını inceleyen diğer bazı çalışmadan daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmaların birisi, PACIC Türkçe geçerliliği çalışmasıdır (19). Bu çalışmada toplam KBDh skoru 2,54 olarak elde edilmiştir. Söz konusu bu çalışmanın İstanbul'da devlet hastanesine başvuranlardan seçilmiş olması, bizim çalışmamızdaki hastaların üniversite hastanesine başvuranlardan oluşması aradaki puan farkını açıklayabilir. Diğer taraftan bizim çalışmamızdaki toplam KBDh skoru, bazı uluslararası çalışmadan daha yüksek bulunmuş, bazılarında ise daha düşük bulunmuştur: ABD'de topluma dayalı bir diğer çalışmada toplam KBDh puanı 2,6 olarak saptanmış (19) ; Hollanda'da yapılan bir diğer topluma dayalı birinci basamak çalışmasında ise 1.94 puan elde edilmiştir (25). Avustralya'da birinci basamakta izlenen diyabetli ve iskemik kalp hastalığı olan bireylerdeki toplam KBDh skoru 3,3 (21) ; Hollanda kırsal birinci basamak çalışmasında 2,9 (20); ABD'de diyabetli ve hipertansiyonlu grupta yapılan bir klinik deneyde başlangıç 3,0 olan KBDh skoruna (26,27) Thom'un (26) ve Sampalli'nin izlem (27) çalışmasının başlangıcında ise 3,2 puana ulaşılmıştır. Görüldüğü gibi bizim çalışmamızda ulaşılan toplam KBDh skoru uluslararası çalışmaların çoğunda elde edilen skordan daha düşüktür. Türkçe geçerlilik çalışmasından elde edilen puanın düşüklüğü de bu bulguyu pekiştirmektedir. Örneğimiz topluma dayalı, olasılıklı bir örnekleme yöntemiyle seçilmiş olsaydı bu değerlerin çok daha düşük çıkması beklenebilirdi. Kaynakçada, hastanede izlenen hastaların KBDh karşılaştırmasında olanak veren tek çalışma olan Aragones ve arkadaşlarının ABD'de İspanyol kökenli nüfusta yaptıkları çalışmada elde edilen bulgular, hastanede izlenen diyabetlilerin (24), bizim çalışmamızda yer alan diyabetli hastalardan

elde edilen KBDh skorlarına benzer olduğunu göstermektedir.

Ancak yine de elde ettiğimiz puanlarla yukarıda vurguladığımız kaynakçada ulaşılan verilerle karşılaştırıldığında arada farklılıklar olmasını sadece çalışmaya katılanların hizmet aldıkları yer ile açıklamak yetersiz olacaktır. Belki de bu farklılığın asıl nedeni çoklu hastalık gruplarının ağırlığındaki farklılıklar olabilir. Nitekim bizim çalışmamızda tüm boyutlarda tip 2 diyabetlilerin izlem skorları toplam skordan daha düşüktür. KBDh ölçeği kullanılarak yapılan kronik hastalık izlem niteliği değerlendirme çalışmalarının önemli bir çoğunluğunun ya sadece tip 2 diyabetliler üzerinde yapıldığı (18,28-36) ya da hasta havuzunda mutlaka diyabetlilerin dâhil edildiği (17,21,26,37) anlaşılmaktadır. Sadece diyabetlilerin çalışmaya dâhil edildiği, boyut skorlarının yayınlandığı altı çalışmadan dördünde elde edilen boyut skorları bizim çalışmamızdaki diyabetlilerin aldıkları skordan daha yüksek bulunmuştur (18, 28,29,30). Bizim skorlarımız, sadece Danimarka çalışmasında elde edilen sonuçlardan daha iyidir (32) .

Sosyo-demografik değişkenler açısından eğitimsiz olma, sosyal güvencenin olmayışı, olumsuz maddi durum algısı, Doğu Anadolu'dan göçle gelme ve hastayı bir hekim tarafından düzenli olarak izleyen bir hekimin bulunmaması beklendiği gibi KBDh ile ölçülen hizmet nitelik algısını da kötüleştirilmektedir. Glasgow ve arkadaşları (18) boyut skorlarının cinsiyetten etkilendiğini bildirmişler ancak KBDh puanlarının kronik hastalıkların sayısı veya yaş, ABD'de kaç yıl bulunduğu, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik verilerle ilişkili olmadığını saptamışlar(19). Sağlık, yaşam kalitesi ve hizmet algısının, eğitim, gelir düzeyi ve sosyal güvenceden etkilendiği birçok çalışmada gösterilmiştir (21,24,30,38,39). Benzer şekilde Cramm ve Nieboer 'in yeni (2015) yaptıkları bir çalışmada algılanan kronik hastalık yönetiminin, düşük eğitim düzeyde olan, yalnız yaşayan yaşlılarda daha olumsuz olduğu bildirilmiştir (41). Bizim çalışmamızdan farklı olarak bazı diğer çalışmalarda, yüksek sosyoekonomik durumdaki iyi eğitilmiş ve çalışan hastalar kronik hastalık bakımlarından daha az memnundu (21,42,43). Öte yandan hastayı izleyen hekimin birinci basamakta çalışıyor olması ise hastanın kronik hastalık izlem algısını olumlu hale dönüştürmektedir. Nitekim Alman ve Hollanda KBDh geçerlilik çalışmalarında hastayı izleyen hekimden hoşnut olmanın KBDh skorlarını iyileştirdiği bildirilmektedir (20,22). Diğer taraftan birinci basamakta hasta izleminin kronik hasta hizmet modeli üzerindeki olumlu etkisi ABD 'de de gösterilmiştir (44) Alman geçerlilik çalışmasında algılanan sağlık düzeyi iyileştikçe ve hastalık süresi

arttıkça KBDh skorları yükselmektedir (22). Bizim çalışmamızda böyle bir bulguya rastlanmamasının nedeni hastalarımızın hepsinin üçüncü basamak kurumda izleniyor olması yani homojen dağılımı olabilir.

Bu çalışmada çalışılan örneklemin sadece tek sağlık kurumundan alınması ve çoğunlukla hipertansiyon ve diyabetli hastalardan oluşması araştırmanın başlıca sınırlılığını oluşturmaktadır. Örneklem farklı kronik sağlık sorunları olan hastalardan seçilmiş ve her ne kadar hipertansiyon ile diyabetli hastaların çokluğu sınırlılık olarak yorumlansa da, çalışmamız orijinal ölçeğin denendiği örneklem gruplarına benzer olduğu söylenebilir. Diğer taraftan, 2013 yılında Türkiye'yi temsil eden verilere dayanan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk çalışmasında (45), kronik hastalıklarda düzenli izlem verisi yerine bazı hastalıkların biyokimyasal göstergelere göre kontrol altında bulunma durumu bildirilmiş, bizim çalışmamızdaki kronik hastalıklar içinde yer alan hipertansiyonun ve diyabetin kontrol altında bulunma oranlarının sırasıyla %30 ve %23 olduğu saptanmıştır. Bu durum, hastaların iyi izlem algılarının hastalıkların gerçekte kontrol altında bulunma durumuna göre çok daha iyimser olduğunu ortaya koymaktadır. Belki de kronik hastalık izlemleri ile ilgili buna benzer nitelik algısı çalışmalarında elde edilen sonuçların daha dikkatli yorumlanması gerekebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

PACIC (KBDh) puanları dikkate alındığında bu çalışma örneğinde izlem niteliğinin yeterli düzeyde olmadığını görülmektedir. KBDh puanları gelir, eğitim, sosyal güvence ve göç gibi sosyoekonomik göstergelere duyarlıdır. Alt sosyal sınıfta olmak izlem niteliğini kötüleştirir. Bunun dışında sürekli bir hekim tarafından izlenen ve birinci basamak sağlık kurumlarında düzenli olarak izlenen hastaların ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur. Kronik hastaların izlem niteliğinin geliştirilmesi için toplumdaki alt sosyal sınıfların öncelenmesi ve kronik hastalığı olan bireylerin birinci basamakta izlenmesinin desteklenmesi önerilir.

Ölçeğin daha geniş homojen fiziksel ve psikiyatrik hastalıklarda uygulanması ve sonuçların paylaşılması, sonuçların genellenebilirliğini artıracaktır.

KAYNAKLAR

1. Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, Chopra M, Ebrahim S, Kidd M, et al. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle income countries: A priority for primary health care. *Lancet*. 2008;(372):940-949.

- World Health Organization [WHO] (2008a). 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases. Erişim: 29.11.2015, <http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf>.
- World Health Organization [WHO] (2001). Adherence to long term therapies: Policy for action. Meeting report. WHO/MNC/CCH/01.02, 1-21.
- Mollahaliloğlu S, Hülür Ü, Yardım N, Özbay H, Çaylan A K, Ünüvar N, et al. (Editörler) (2007) Türkiye'de sağlığa bakış (ss. 45-71). Ankara: Bölük Ofset Matbaacılık.
- Ünüvar N, Mollahaliloğlu S, Yardım N. (Editörler) (2006). Türkiye hastalık yükü çalışması (2004) (ss. 2-12). Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık.
- Vos T, Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 2015; 386 (No. 9995): 743-800.
- Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing Care for Patients with Chronic Illness. *Milbank Q*. 1996; 74(4):511-44.
- Grembowski D, Schaefer J, Johnson KE, Fischer H, Moore SL, Tai-Seale M, Ricciardi R, Fraser JR, Miller D, Leroy L. A conceptual model of the role of complexity in the care of patients with multiple chronic conditions. *Med Care*. 2014; 52 Suppl 3:S7-S14.
- Akalın EH. Kronik Hastalıklar Yönetim Modelleri. ACTUS Sosyal Stratejiler Geliştirme. http://www.actus.com.tr/files/kronik_modelleri.pdf, Merkezi web sitesi Erişim tarihi: 22.10.2015.
- Haskett T. Chronic illness management: Changing the system. *Home Health Care Management Practice* 2006;(18): 492-496.
- Coonrod BA, Betschart J, Harris MI. Frequency and determinants of diabetes patient education among adults in the U.S. population. *Diabetes Care*. 1994; 17:822-858.
- Malek M. Tip 2 Diyabetli Hastalara Verilen Beslenme Eğitiminin Beslenme Bilgi ve Alışkanlıkları Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Doktora Tezi. Ankara üniversitesi Ev ekonomisi (beslenme bilimleri) Anabilim dalı. Ankara, 2010.
- Akın S, Erdoğan S. The Turkish version of the Newcastle satisfaction with nursing care scale used on medical and surgical patients. *Journal of Clinical Nursing*, 2007; 16, 646-653.
- Acaroğlu, R., Şendir, M., Kaya, H., & Sosyal, E. Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının hasta memnuniyeti ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesine etkisi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2007; 59, 61-67.
- Kaya N, Solmaz Ş, & Bolol N. Larinjektomili bireylerin sağlığa ilişkin yaşam kalitesini değerlendirmede Euroqol ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliliği. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2007; 15(58), 30-39.
- Aktürk Z, Dağdeviren N, Şahin EM, Özer C, Göktaş YH, ve ark. Hastalar hekimleri değerlendiriyor: EUROPEP ölçeği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2002; 1-8.
- Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, Mahoney LD, Reid RJ, & Greene SM. (2005). Development and validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC). *Medical Care*. 2005b; 43(5): 436-444.
- Glasgow RE, Nelson CC, Whitesides H, & King DK. Use of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) with diabetic patients. *Diabetes Care*, 2005a; 28, 2655-2661.
- İncirkuş K, Nahcıvan ÖN. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu'nun Türkçe Versiyonunun Geçerlilik ve Güvenirliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi* 2011; 4(1): 102-109.

20. Wensing, M., Lieshout, J. V., Jung, H. P., Hermsen, J., & Rosemann, T. The patients assessment chronic illness care (PACIC) questionnaire in the Netherlands: A validation study in rural general practice. *British Medical Journal*, 2008; 8: 182-188.
21. Taggart J, Chan B, Jayasinghe UW, Christl B, Proudfoot J, Crookes P, Beilby J, Black D, Harris MF. Patients Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) in two Australian studies: structure and utility. *J Eval Clin Pract*. 2011;17(2):215-21.
22. Rosemann, T., Laux, M. D., Droese Meyer, S., Gensichen, J., & Szecsenyi, J. Evaluation of a culturally adapted German version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) questionnaire in a sample of osteoarthritis patients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2007;13: 806-813.
23. Dede B. Manisa Kent Merkezinde Yaşayan Diyabetli Hastalarda İzlem Ve Bakım Niteliğinin Değerlendirilmesi; Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Manisa (2014).
24. Aragonés, A., Schaefer, E. W., Stevens, D., Gourevitch, M. N., Glasgow, R. E., & Shah, N. R.. Validation of the Spanish translation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) Survey. *Preventing Chronic Disease*. 2008;5(4): 1-10.
25. 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.
26. Thom DH, MD, Ghorob A, Hessler D, De Vore D, Chen BSE, Thomas A. Bodenheimer. Impact of Peer Health Coaching on Glycemic Control in Low-Income Patients With Diabetes: A Randomized Controlled Trial. *Annals of Family Medicine*, 2013; 11(2): 137-144.
27. Sampalli T, Desy M, Dhir M, Edwards L, Dickson R, Blackmore G. Improving wait times to care for individuals with multimorbidities and complex conditions using value stream mapping. *Int J Health Policy Manag*. 2015 Apr 5;4(7):459-66.
28. Ku GM, Kegels G. Adapting chronic care models for diabetes care delivery in low-and-middle-income countries: A review. *World J Diabetes*. 2015 May 15;6(4):566-75.
29. Kruijs AL, Boland MR, Assendelft WJ, Gussekloo J, Tsiachristas A, Stijnen T, Blom C, Sont JK, Rutten-van Mölken MP, Chavannes NH. Effectiveness of integrated disease management for primary care chronic obstructive pulmonary disease patients: results of cluster randomised trial. *BMJ*. 2014;349(g5392): 1-11.
30. Frei A, Senn O, Huber F, Vecellio M, Steurer J, Woitzek K, Rosemann T, Steurer-Stey C. Congruency of diabetes care with the Chronic Care Model in different Swiss health care organisations from the patients' perspective: a cross sectional study. *Swiss Med Wkly*. 2014;(10)144:1-6.
31. Fan J, McCoy RG, Ziegenfuss JY, Smith SA, Borah BJ, Deming JR, Montori VM, Shah ND. Evaluating the structure of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) survey from the patient's perspective. *Ann Behav Med*. 2015;49(1):104-11.
32. Kuznetsov L, Simmons RK, Sandbaek A, Maindal HT. The impact of intensive multifactorial treatment on perceptions of chronic care among individuals with screen-detected diabetes: results from the ADDITION- Denmark trial. *Int J Clin Pract*. 2015 ; 69(4):466-73.
33. Zuercher E, Bordet J, Burnand B, Peytremann-Bridevaux I. CoDiab-VD: protocol of a prospective population-based cohort study on diabetes care in Switzerland. *BMC Health Serv Res*. 2015 14;15:329-335.
34. Rossi MC, Lucisano G, Funnell M, Pintaudo B, Bulotta A, Gentile S, Scardapane M, Skovlund SE, Vespasiani G, Nicolucci A; BENCH-D Study Group. Interplay among patient empowerment and clinical and person -centered outcomes in type 2 diabetes. *The BENCH-D study*. *Patient Educ Couns*. 2015; 98(9):1142-9.
35. Aung E, Donald M, Coll JR, Williams GM, Doi SA. Association between patient activation and patient-assessed quality of care in type 2 diabetes: results of a longitudinal study. *Health Expect*. 2015 Mar 13. doi: 10.1111/hex.12359.
36. Casillas A, Iglesias K, Flatz A, Burnand B, Peytremann-Bridevaux I. No consistent association between processes-of-care and health-related quality of life among patients with diabetes: a missing link? *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2015 Jan 10;3(1):e000042. doi: 10.1136/bmjdr-2014-000042.
37. Petersen JJ, Paulitsch MA, Mergenthal K, Gensichen J, Hansen H, Weyerer S, Riedel-Heller SG, Fuchs A, Maier W, Bickel H, König HH, Wiese B, van den Bussche H, Scherer M, Dahlhaus A; MultiCare Study Group. Implementation of chronic illness care in German primary care practices-how do multimorbid older patients view routine care? A cross-sectional study using multilevel hierarchical modeling. *BMC Health Serv Res*. 2014; 7(14):336. doi: 10.1186/1472-6963-14-336.
38. Liu H, Hummer RA. Are educational differences in U.S. self-rated health increasing?: an examination by gender and race. *Soc. Sci. Med*. 2008;67(11):1898-1906.
39. Mansyur C, Amick BC, Harrist RB, Franzini L. Social capital, income inequality, and self-rated health in 45 countries. *Soc. Sci. Med*. 2008;66(1):43-56.
40. Sadana R, Mathers CD, Lopez AD, Murray CJL, Iburg KM. Comparative analyses of more than 50 household surveys on health status. İçinde: Summary Measures of Population Health. Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD ve Lopez AD. (ed.) World Health Organization: Geneva, 2002.
41. Cramm JM, and Nieboer AP. Chronically ill patients' self-management abilities to maintain overall well-being: what is needed to take the next step in the primary care setting? *BMC Fam Pract*. 2015; 16: 123.
42. Jackson, G., Weinberger, M., Hamilton, N. & Edelman, D. (2008) Racial/ethnic and educational-level differences in diabetes care experiences in primary care. *Primary Care Diabetes*, 2, 39-44.
43. Jayasinghe, U. W., Proudfoot, J., Holton, C., Powell Davies, G., Amoroso, C., Bubner, T., Beilby, J. & Harris, MF. Chronic ill Australian' satisfaction with accessibility and patient-centredness. *International Journal for Quality in Health Care*, 2008; 20:105-114.
44. Siminerio LM, Piatt G., Zgibor JC Implementing the Chronic Care Model for improvements in diabetes care and education in a rural primary care practice. *Diabetes Educ* 2005; 31: 225-34.
45. T.C: Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ed: Ünal B, Ergör G. Sağlık Bakanlığı Yayın No:909, Ankara, 2013.

© GATA. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, noncommercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

Source of Support: Nil, Conflict of Interest: None declared