

Klinik Araştırma

Kalp Yetersizliği Hastalarının Kronik Hastalık Bakım Hizmetine Yönelik Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi

Yrd.Doç.Dr. Esra YILDIZ*, Doç.Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ**

Öz

Amaç: Araştırma, kronik kalp yetersizliği olan hastalarda kronik hastalık bakımını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.**Gereç ve Yöntem:** Araştırma Erzurum il merkezinde bulunan bir hastanenin kardiyoloji polikliniğine başvuran kalp yetersizliği olan hastaların kronik hastalık bakımı değerlendirmelerini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Çalışmaya 211 hasta katıldı. Araştırma verilerinin toplanmasında soru formu, "Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği" kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik dağılımlar, ortalama, bağımsız gruplarda t testi, varyans analizi ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı.**Bulgular:** Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği toplam puan ortalamasının $3,75 \pm 0,61$ olduğu, ölçeğin alt boyutları arasında en düşük puan ortalamasının amaç belirleme boyutunda ($3,52 \pm 0,77$) iken, en yüksek puan ortalamasının ise hasta katılımı boyutunda ($4,01 \pm 0,78$) olduğu saptanmıştır. Hastaların toplam kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği puan ortalamaları ile cinsiyetleri, medeni durumları, kalp yetersizliği dışında başka bir hastalığa sahip olma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Hastalık süresi ile ölçek toplam puanları ve alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf istatistiksel olarak anlamlı ilişki (r, p) olduğu saptandı.**Sonuç:** Bu sonuçlar ışığında kalp yetersizliği olan hastaların sunulan kronik hastalık bakımını iyi düzeyde değerlendirdiğini göstermektedir.**Anahtar Kelimeler:** Kronik hastalık bakımı, Kalp yetersizliği, Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği, Hemşirelik

Evaluation of Satisfaction in Patients with Heart Failure Towards Chronic Illness Care Service

Abstract

Objective: This study was conducted to examine the heart failure patients' assessments of their chronic illness care.**Material and Method:** This descriptive study examined the chronic illness care assessments of 211 heart failure patients who visited the cardiology polyclinic of a hospital in the city of Erzurum. The research data were collected using a questionnaire and the Patient Assessment of Chronic Illness Care Scale (PACIC). Percentage distributions, means, the independent t test, variance analysis and Pearson's correlation analysis were used to evaluate the research data.**Results:** The patients' mean total score on Patient Assessment of Chronic Illness Care scale was 3.75 ± 0.61 . The lowest and highest mean subscale scores were for goal setting (3.52 ± 0.77) and patient activation (4.01 ± 0.78) subscales. No significant difference was found between the participants' total PACIC mean scores by their gender, marital status or having any other disease except heart failure. A weak and positive statistically significant relationship was determined between their mean total scale scores and subscale scores by their disease duration.**Conclusion:** These results show that patients with heart failure assess their chronic illness care as being offered at good level.**Keywords:** Chronic illness care, Heart failure, Patient assessment of chronic illness care scale, Nursing

* Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Erzurum

** Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Gaziantep

Yazışma Adresi: Esra Yıldız, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Erzurum

esrazengin82@gmail.com

Geliş Tarihi: 23.10.2017 Kabul Tarihi: 21.11.2017

Giriş

Kalp yetersizliği pek çok kronik hastalık gibi hastaların yaşam kalitesini düşüren, sağlık sisteminde önemli yük oluşturan bakımı ve yönetimi güç olan bir hastalıktır.

İnsan ömrünün uzaması kronik hastalıkların tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de artmasına sebep olmuştur. Kalp yetersizliği hastalarının ilaç kullanma, kan basıncı takibi, kilo izlemi, sıvı kısıtlaması ve sodyum re-

tansiyonunu önleme günlük ilaç kullanımında uyuma ve akut tıbbi acil durumlara hazırlıklı olmasını gerektiren ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen bir hastalıktır.¹

Günümüzde kalp yetersizliğinde muzdarip olan bireyler için verilen bakıma uyumları ve algıladıkları engeller bakımın kalitesini etkilemektedir.² Kronik hastalığın bakımında amaç hasta ve ailesinin sorunları ile baş etme gücünü artırma, hastalığın öz yönetimini geliştirme, hasta eğitimi, vaka yönetimini sağlama, bakım ve yaşam kalitesini artırmaktır.³

Kronik hastalığa sahip bireylerin pasif alıcı konumunda hasta eğitimi ve hastalık bakımlarına dahil edilmeleri günbegün artan hastalık yüklerinin altından kalkmalarında fayda sağlamamaktadır. Hastaların kronik hastalıklarını yönetmede öz yönetim ve öz etkinliğini sağlayacak bakım programlarının geliştirilmesine ihtiyaç vardır.⁴

Kronik hastalıkların yönetiminde kaliteyi sağlamak üzere Wagner ve ark.⁵ tarafından kronik bakım modeli geliştirilmiştir. Bu model kronik hastalık yönetiminde kullanılan ve etkili olduğu kabul edilen bir modeldir.⁶ Kronik bakım modeli diyabet, KOAH, kalp yetersizliği gibi pek çok kronik hastalığın değerlendirilmesinde kullanılmıştır.⁷⁻¹⁰ Kalp yetersizliği olan hastalara sunulan hizmetin kalitesinin değerlendirilebilmesi, hastalara sunulacak hizmetin geliştirilebilmesi için gereklidir. Bu nedenle kalp yetersizliği olan hastalara verilen kronik bakım hizmetine yönelik hastaların memnuniyet ve yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesine araştırılmasına ihtiyaç vardır. Bu çalışma, kalp yetersizliği olan hastaların kronik hastalık bakımını değerlendirmesini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tasarım Tipi, Yeri ve Zamanı: Tanımlayıcı nitelikte yapılan bu çalışma Erzurum'da bir hastanenin kardiyoloji polikliniğine başvuran kalp yetersizliği olan hastalar ile Haziran 2016 - Kasım 2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Araştırmanın evreni Erzurumda kriterlere uyan hastalar olup, basit rasgele örnekleme yöntemiyle veri toplama tarihlerinde polikliniğe başvuran bu kriterlere uyan hastalar çalışmaya alınmıştır. Yapılan farklı testlerin gücü %86 ile %91 arasında değişmektedir.

Dahil edilme kriterleri : (1) En az 6 ay öncesinden

kalp yetersizliği tanısı almış olmak, (2) 18 yaşının üzerinde olmak, (3) bilinci açık olmak ve (4) araştırmaya katılmaya gönüllü olmaktır. Hastalar eğer isterlerse anket formunu kendileri doldurdu. Anket formunu kendi dolduramayan hastalara araştırmacı aracılığı ile anket formu iletildi.

Veri toplama araçları: Veriler, araştırmaya katılan bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, hastalık süresi ve başka bir kronik hastalığa sahip olma bilgilerini içeren soru formu ve Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu ile toplandı.

Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği (KHBDÖ) hasta formu (Patient Assessment of Chronic Illness Care-PACIC) ölçek, kronik bakım modeline dayalı olarak 2005 yılında Glasgow ve ark.¹¹ tarafından İngilizce dilinde geliştirilmiştir. Ölçeğin tamamı için Cronbach's alfa değeri .93, hasta katılımı alt boyutu için .82, karar verme alt boyutu için .77, amaç belirleme alt boyutu için .84, problem çözme alt boyutu için .90, izlem ve koordinasyon alt boyutu için .86 olduğunu bulmuşlardır. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliği İncirkuş ve Nahcivan¹² tarafından yapılmıştır. Ölçek, kronik hastalığa sahip hastalara sunulan sağlık bakım hizmetlerinin hastalar tarafından değerlendirilmesini sağlayan; (1) hasta katılımı, (2) karar verme desteği, (3) amaç belirleme/rehberlik, (4) problem çözme, (5) izlem/koordinasyon olmak üzere 5 alt boyut ve 20 maddeden oluşan bir ölçüm aracıdır. Ölçeğin toplam puanı 20 maddenin tümünün ortalama puanı ile hesaplanmaktadır. 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 5'li likert tipi bir derecelemeyle ölçülür. Ölçek puanlarındaki artış, kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin yüksek ve kronik hastalık yönetiminin yeterli olduğunu gösterir.¹² Glasgow ölçeğinin toplam Cronbach's alfa değeri .91, alt boyut puanları .71 - .79 arasında (hasta katılımı alt boyutu için .72, karar verme alt boyutu için .72, amaç belirleme alt boyutu için .71, problem çözme alt boyutu için .75, izlem ve koordinasyon alt boyutu için .79) değişmektedir.¹²

Verilerin elde edilmesi: Veriler, polikliniklerde başvuran hastaların muayeneyi bekledikleri salonda hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak dolduruldu. Veriler 5-10 dakika sürede elde edildi.

Verilerin değerlendirilmesi: Veriler elektronik ortamda, Statistical Package for Social Sciences (SPSS 22.0)

paket programı kullanılarak, veriler; sayı, yüzde, ortalama, t testi, ANOVA ve korelasyon analizi kullanılarak değerlendirildi. Kronik bakım yönetimini değerlendirme puan ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkeni, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, hastalık süresi bağımsız değişkenini oluşturdu. Anlamlılık değeri olarak $p<.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular

Hastaların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; %56,4'ünün erkek, %74,9'unun evli, %83,9'unun kalp yetersizliği dışında başka bir kronik hastalığı bulunduğu, %47,4'ünün ilkökul mezunu olduğu, yaş ortalamalarının 62.7 yıl, hastalık sürelerinin ise 4.4 yıl olduğu saptandı. Hastaların Kronik Bakım Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ile cinsiyetleri, medeni durumları, kalp yetersizliği dışında başka bir hastalığa sahip olma durumları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 1, $p>0,05$).

Hastaların eğitim durumları ile Kronik Bakım Değerlendirme Ölçeği Toplam puan ortalaması ($F=2,681$,

$p=.033$), Karar verme desteği ($F=2,345$, $p=.05$) ve Rehberlik/amaç belirleme ($F=3,240$, $p=.013$) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 1). Yapılan posthoc analizine göre eğitim durumları arasındaki farkın ikili grup kaynağı, toplam puan ortalaması için; eğitim düzeyi okur yazar olmayanlar/olanlar ile eğitim düzeyi lise olanlar ($p=.004$) arasından kaynaklanmaktadır. Karar verme desteği alt boyutu için; eğitim düzeyi ilkökul olanlar ile eğitim düzeyi lise olanlar ($p=0,038$), eğitim düzeyi ilkökul olanlar ile eğitim düzeyi üniversite olanlar ($p=.012$) arasından kaynaklanmaktadır. Rehberlik/amaç belirleme alt boyutu için; eğitim düzeyi okur yazar olmayanlar ile eğitim düzeyi lise olanlar ($p=.001$), eğitimi olmayan hastalar ile eğitim düzeyi üniversite olanlar ($p=.05$), eğitim düzeyi ilkökul olanlar ile eğitim düzeyi lise olanlar ($p=.022$) arasından kaynaklanmaktadır.

Hastaların yaş ortalaması; 62.7 yıldır. Yaş ile kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı (Tablo 1, $p>0,05$).

Tablo 1: Kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile tanıtıcı özelliklerin karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler		n(%)	Kronik Hastalık Bakım Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları (X±SS)					
			Toplam Puan	Hasta katılımı	Karar verme desteği	Rehberlik/ Amaç belirleme	Problem çözme	İzlem/ Koordinasyon
Cinsiyet	Kadın	92(43,6)	3,78±.65	4,10±.81	3,92±.78	3,53±.82	3,93±.73	3,61±.81
	Erkek	119(56,4)	3,73±.58	3,95±.75	3,89±.76	3,52±.74	3,89±.69	3,59±.78
İstatistiksel Analiz			t=0,505, $p>0,05$	t=1,372, $p>0,05$	t=.258, $p>0,05$	t=.173, $p>0,05$	t=.449, $p>0,05$	t=0,207, $p>0,05$
Medeni Durum	Evli	158(74,9)	3,78±.59	4,01±.75	3,91±.77	3,55±.75	3,95±.68	3,65±.74
	Bekar	53(25,1)	3,66±.66	4,01±.88	3,88±.76	3,44±.84	3,77±.79	3,46±.92
İstatistiksel Analiz			t=1,191, $p>0,05$	t=.016, $p>0,05$	t=.236, $p>0,05$	t=.899, $p>0,05$	t=1,582, $p>0,05$	t=1,319, $p>0,05$
Başka Kronik Hastalık	Var	177(83,9)	3,76±.58	4,00±.76	3,94±.70	3,52±.76	3,92±.70	3,63±.75
	Yok	34(16,1)	3,68±.76	4,06±.96	3,72±1.03	3,55±.84	3,84±.75	3,43±.97
İstatistiksel Analiz			t=.724, $p>0,05$	t=.495, $p>0,05$	t=1,438, $p>0,05$	t=.199, $p>0,05$	t=.528, $p>0,05$	t=1,468, $p>0,05$
Eğitim durumu	Yok	58(27,5)	3,58±.62	4,00±.76	3,70±.85	3,30±.78	3,72±.83	3,42±.86
	İlkökul	100(47,4)	3,75±.62	3,96±.81	3,91±.77	3,51±.79	3,96±.66	3,58±.76
	Ortaokul	15(7,1)	3,89±.63	4,20±.73	4,02±.68	3,62±.88	3,95±.78	3,84±.74
	Lise	28(13,3)	3,99±.48	4,16±.75	4,07±.62	3,89±.56	4,07±.58	3,87±.77
	Üniversite	10(4,7)	3,94±.54	3,96±.79	4,36±.36	3,80±.67	3,95±.65	3,82±.61
İstatistiksel Analiz			F=2,681, $p=.033$	F=.600, $p>0,05$	F=2,345, $p=.05$	F=3,240, $p=.013$	F=1,471, $p>0,05$	F=2,181, $p>0,05$
Yaş ortalaması		62.7 yıl	r=-.067, $p>0,05$	r=-.009, $p>0,05$	r=-.003, $p>0,05$	r=.098, $p>0,05$	r=-.035, $p>0,05$	r=-.050, $p>0,05$
Hastalık Süresi ortalaması		4.4 yıl	r=-.219, $p=.001$	r=-.034, $p>0,05$	r=-.181, $p=.009$	r=-.212, $p=.002$	r=-.167, $p=.015$	r=-.170, $p=.013$
Puan Ortalamaları (X±SS)			3,75±.61	4,01±.78	3,90±.76	3,52±.77	3,91±.71	3,60±.79

Kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile hastaların hastalık süreleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde; toplam puan ($r=-.219$, $p=.001$), Karar verme desteği ($r=-.181$, $p=.009$), Rehberlik/amaç belirleme ($r=-.212$, $p=.002$), problem çözme ($r=-.167$, $p=.015$), izlem ($r=-.170$, $p=.013$) ile hastalık süresi arasında negatif yönde anlamlı zayıf ilişkiler saptanmıştır (Tablo 1). Hastalık süresi arttıkça toplam puan ve hasta katılımı haricindeki alt boyut puan ortalamaları düşmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; toplam puan ortalaması; $3,75 \pm .61$, hasta katılımı; $4,01 \pm .78$, karar verme desteği; $3,90 \pm .76$, rehberlik/amaç belirleme $3,52 \pm .77$, problem çözme; $3,91 \pm .71$, izlem; $3,60 \pm .79$ olarak belirlendi (Tablo 1). Bu çalışmada ölçeğin toplam Cronbach's alfa katsayısı .899, hasta katılımı alt boyutunda .722, karar verme alt boyutunda .679, amaç belirleme alt boyutunda .719, problem çözme alt boyutunda .732, izlem koordinasyon alt boyutunda .772'dir.

Tartışma

Yaşam süresinin uzaması bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların yaygınlaşmasına sebep olmuştur. Kronik hastalıkların yaygınlaşması ile hastalığın denetimi ve yönetimi için sistematik yaklaşımları öne çıkarmaktadır. Kronik hastalıkların yönetimi, özellikle sunulacak sağlık hizmetinin hem maliyet etkinliğinin sağlanması hem de kalitesinin geliştirilmesi için gereklidir. Ayrıca sağlık ekibinin koordinasyonunun sağlanması ve hasta sonuçlarının iyileştirilmesi için önemli ve pratik bir yöntemdir.¹³ Kalp yetersizliği olan hastaların kronik bakımı değerlendirmeleri hastalara verilecek bakımı geliştirmede anahtar rol oynar. Bu çalışmada kalp yetersizliği olan hastaların KHBDO puan ortalamalarının $3,75 \pm .61$ olduğu saptandı. Bu sonuç kalp yetersizliği olan hastaların aldıkları kronik bakımı "iyi düzeyde" değerlendirdikleri söylenebilir. Akbaş ve ark.¹⁴ çalışmalarında KHBDO puan ortalaması bizim çalışmamızdaki ile benzerdir. Kronik hastalığa sahip bireylerin kronik bakımı değerlendirdikleri çalışmalarda KHBDO puan ortalamasında bizim çalışmamıza göre düşük sonuçlara ulaşmışlardır.^{8,9,15} Bunun yanı sıra Peters-Klimm et al.¹⁶ kalp yetersizliği olan hastalarda yaptıkları çalışmalarında KHBDO puan ortalamasının bu çalışmamınki ile benzerdir. Cramm ve ark.'nın¹⁷ çalışmasında kalp yetersizliği hastalarında KHBDO puan ortalamaları ile benzer sonuçlar

olduğu saptandı. Bu çalışmanın bulgusunun diğer hastalıkların KHBDO puan ortalamalarına göre daha yüksek olması kalp yetersizliğine spesifik olduğunu düşündürmektedir.

Ölçeğin alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde hasta katılımı alt boyutunun en yüksek ortalamaya, rehberlik/amaç belirleme alt boyutunun en düşük ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Glasgow ve ark.'nın¹⁸ diyabetli hastalarda yaptıkları çalışmada elde ettikleri bulgular bu çalışmanın bulgusunu destekler niteliktedir.

Hastaların sosyo-demografik bulguları ve KHBDO toplam ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; cinsiyet, medeni durum ve başka bir kronik hastalığın varlığının ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak fark oluşturmadığı saptandı. Glasgow ve ark.'nın¹⁸ çalışmalarında cinsiyet, etnik grup, gelir ve başka hastalığın varlığının KHBDO puan ortalamalarına etki etmediğini saptamışlardır. Ay ve Arpacı⁹, Üstünova ve Nahcivan⁸ yaptıkları çalışmalarında cinsiyet, medeni durum ve gelirin KHBDO puan ortalamalarına etki etmediğini saptamışlardır.

Hastaların eğitim durumu KHBDO puan ortalamalarına etki ettiği eğitimi olmayan hastaları KHBDO toplam puan, karar verme desteği ve rehberlik/amaç belirleme alt boyutlarında diğer eğitim seviyelerine göre daha düşük olduğu saptandı. Houle ve ark.¹⁰ lise ve üzeri eğitime sahip olan bireylerin KHBDO puan ortalamalarının diğer eğitim seviyesinde bireylere göre daha yüksek olduğunu saptamıştır. Üstünova ve Nahcivan⁸ eğitilmiş bireylerin eğitim almamış bireylere göre kronik bakımı değerlendirmelerinin daha iyi olduğunu saptamıştır. Karar verme desteğinde özellikle lise ve üniversite mezunlarının diğer eğitim seviyelerine göre yüksek ortalamaya sahip olması, hastaların eğitimlerinin aldıkları kronik bakımda etkili olduğunu göstermektedir. Hastaların hastalıklarının bakımı hakkında karar almada daha etkin olduğu, bakımını daha iyi anladığı ve değerlendirdiği anlamına gelmektedir. Eğitim seviyesinin yüksek olması verilen bakımı anlama ve bakıma katılma kapasitesinin fazla olduğunu düşündürmektedir. Bunun sonucunda hastaların kronik bakımı değerlendirmelerinin de yüksek olacağı şeklinde yorumlanabilir.

Ölçeğin rehberlik/amaç belirleme alt boyutunda; hastanın tedavisinde amaç belirlemeye yönelik olarak kendi bakımını yapma amacı, beslenme ve egzersiz yapma davranışlarını geliştirme, tedavi planının örneği-

ne sahip olma ve destek eğitimlerine teşvik edilme hedeflenir.¹² Bu sonuç lise mezunu olan hastaların hastalıkları ile ilgili amaç belirlemede daha iyi olduğunu düşündürmektedir. Bunun yanında bu farklılık araştırma-mızdaki lise mezunu hasta sayısının eğitimi olamayan ve ilkokul mezunu hasta sayısından sonra ortaokul ve üniversiteye göre en yüksek hasta sayısının olduğu eğitim seviyesidir. Üniversite mezunu hasta sayısı az olduğundan dolayı bu farklılık ortaya çıkmış olabilir.

Yapılan korelasyon analizleri neticesinde hastaların yaş ortalamasının KHBDÖ puan ortalamalarına etki etmediği ancak hastalık süresinin hastaların kronik bakımı değerlendirmelerine etki ettiği saptandı. Üstünova ve Nahcivan⁸ hastalık süresinin KHBDÖ puan ortalamala-

rına etki ettiğini saptamıştır. Hastalık süresinin artması hastaların kronik bakımı değerlendirmeleri daha iyi olmaktadır. Bu durum zamanla hastaların hastalığını yönetmeyi öğrenmelerinden kaynaklanmış olabilir.

Sonuç

Kalp yetersizliği olan hastaların kronik bakımı iyi düzeyde değerlendirdikleri sonucuna ulaşıldı. Eğitim seviyesinin artmasının ve hastalık süresinin hastaların kronik bakımı değerlendirmesinde olumlu etkiye sahip olduğu saptandı. Bu bulgular ışığında kalp yetersizliği olan hastaların kronik bakımlarını yönetmede hastalığın başlan-gıcından itibaren eğitimlerin sağlanması önerilir.

Kaynaklar

1. Akdemir N. Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul: Ekin Matbaası 2004:457-64.
2. Dayapoğlu N, Yıldız E. Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastaların İlaça Uyum, Diyetle Uyum ve Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlarının İncelenmesi. MN Kardiyol 2017;24(2):78-83.
3. Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. Int J Qual Health Care 2005;17(2):141-6.
4. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. Patient Educ Couns 2002;48(2):177-187.
5. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Affairs 2001;20(6):64-78.
6. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA 2002; 288(14):1775-1779.
7. Schmittdiel J, Mosen DM, Glasgow RE, Hibbard J, Remmers C, Bellows J. Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) and improved patient-centered outcomes for chronic conditions. J Gen Intern Med 2008;23(1):77-80.
8. Üstünova E, Nahcivan N. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan Bireylerin Kronik Hastalık Yönetimine İlişkin Değerlendirmeleri ve İlişkili Faktörler. Florence Nightingale Hem Derg 2015;23(1):11-22.
9. Ay S, Arpacı P. Hastanede Yatan Hastaların Kronik Hastalık Bakımının Değerlendirilmesi. Manisa CBU J Inst Health Sci 2017;4(1):527-532.
10. Houle J, Beaulieu MD, Lussier MT. et al. Patients' experience of chronic illness care in a network of teaching settings. Canadian Family Phys 2012;58(12):1366-1373.
11. Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, Mahoney LD, Reid RJ, Greene SM. Development and validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC). Medical Care 2005;43(5):436-444.
12. İncirkuş K, Nahcivan N. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu'nun Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği. Dokuz Eylül Üni Hem Yüksek Okulu Derg 2011;2011(1):102-109.
13. İncirkuş K, Nahcivan NÖ. Kronik Hastalık Yönetimi İçin Bir Rehber: Kronik Bakım Modeli. Florence Nightingale Hem Derg 2015;23(1):66-75.
14. Akbaş M, Sürücü ŞG, Akça E, Köroğlu CO. Evaluation of Chronic Patient Nursing Care by The Patients: A University Hospital Case. LIFE: Int J Qual Health Care 2017;3(2):38-50.
15. Dede B, Sarı M, Gürsul A, et al. Kronik hastalığı nedeniyle ayaktan izlenen hastaların aldıkları sağlık hizmetlerinin niteliğini etkileyen değişkenler. TAF Prev Med Bull 2016; 15(3):239.
16. 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.
17. 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 Outcomes 2012;10(1): 104.
18. Glasgow RE, Whitesides H, Nelson CC, King DK. Use of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) with diabetic patients. Diabetes care 2005;28(11):2655-2661.