



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM
DALI**

**BY-PASS CERRAHİSİ OLAN YETİŞKİN HASTALARDA
CERRAHİ SONRASI BAKIM VE TABURCULUK
SONRASI YAŞAM ETKİLİLİK BEKLENTİLERİ**

**Özge SARIGÜL
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Ersin AKPINAR**

ADANA-2025



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM
DALI**

**BY-PASS CERRAHİSİ OLAN YETİŞKİN HASTALARDA
CERRAHİ SONRASI BAKIM VE TABURCULUK
SONRASI YAŞAM ETKİLİLİK BEKLENTİLERİ**

**Özge SARIGÜL
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Ersin AKPINAR**

ADANA-2025

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tezimin hazırlanma sürecinde, bilimsel bir rehber olarak yolumu aydınlatan, akademik disiplini, bilgi ve deneyimiyle bana ilham veren, her zaman desteğini hissettiğim, bu süreç boyunca beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum tez danışmanım, değerli hocam Prof. Dr. Ersin AKPINAR’a,

Asistanlık dönemim boyunca eğitimime katkı sağlayan, bilgi ve tecrübeleriyle yol gösterici olan değerli hocalarım Prof. Dr. Esra SAATÇI, Prof. Dr. Sevgi ÖZCAN, Prof. Dr. Hatice KURDAK, Dr. Öğr. Üyesi Zeliha Yelda ÖZER ve Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Nur TOPUZ’a,

Hayatımın her anında yanımda olduklarını hissettiren, desteklerini ve koşulsuz sevgilerini her daim hissettiğim annem, babam ve kardeşime,

Asistanlık sürecinde birlikte yol almaktan mutluluk duyduğum arkadaşlıkları ve dostlukları ile asistan arkadaşlarıma,

Sonsuz Teşekkürler.

Dr. Özge SARIGÜL

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar LİSTESİ.....	V
ŞEKİLLER LİSTESİ	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	VII
ÖZET	IX
ABSTRACT.....	X
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Kronik Hastalık Bakımı	2
2.1.1. Kronik Hastalık Bakımında Aile Hekimlerinin Rolü	19
2.1.1.1. Aile Hekimliğinde Koruyucu Sağlık Hizmetleri	20
2.1.1.2. Hasta Eğitimi ve Hasta Güçlendirilmesi.....	21
2.1.2. Kronik Hastalık Bakımının Sürekliliği	23
2.2. Cerrahi Öncesi ve Sonrası Bakımda Aile Hekimlerinin Görevleri.....	24
2.3. Taburculuk Sonrası Bakımda Aile Hekimlerinin Görevleri.....	25
2.4. Özetkililik Kavramı.....	26
2.4.1. Özetkililik İnancını Etkileyen Faktörler	27
2.4.1.1. Kişisel Deneyimler	27
2.4.1.2. Başkalarının Deneyimlerinden Çıkarılan Sonuçlar (Dolaylı Yaşantılar).....	27
2.4.1.3. Sosyal Onay	28
2.4.1.4. Kişinin Fizyolojik ve Duygusal Durumu	28
2.4.2. Sağlığı Geliştirme ve Sürdürme.....	28
2.4.3. Hastalık Sürecinde Özetkililik	29
2.5. Evde Bakım Hizmetleri	29
2.6. Bireyselleştirilmiş Sağlık Hizmetleri.....	30
2.7. Kardiyovasküler Hastalıklar	31
2.7.1. Kardiyovasküler Hastalıkların Risk Faktörleri	31
2.7.2. Kardiyovasküler Hastalıkların Belirti ve Bulguları	32
2.7.3. Kardiyovasküler Hastalıkların Sonuçlar	33

2.7.4 Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Yolları.....	33
2.7.5. Kardiyovasküler Hastalıkların Tedavisi.....	33
2.8. Koroner Arter Bypass Greft (KABG).....	34
2.8.1. KABH Sonrası Komplikasyonlar	35
2.8.2. KABG Ameliyatlarında Taburculuk Sonrası Dönem	35
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	37
3.1. Araştırma İçin Alınan İzinler	37
3.2. Araştırmanın Tipi ve Evreni.....	37
3.3. Araştırmanın Örneklemine Belirlenmesi	37
3.4. Veri Toplama ve Ölçüm Araçları	37
3.4.1. Sosyodemografik Bilgiler Anketi	38
3.4.2. Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu .	38
3.4.3. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (KHBDÖ)	39
3.5. Verilerin Toplanması ve İstatistiksel Analiz	40
3.5.1. Verilerin Toplanması	40
3.5.2. İstatistiksel Yöntemler	40
4. BULGULAR.....	41
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	41
4.2. Özetkililik Beklentilerine Dair Bulgular.....	44
4.3. Kronik Hastalık Bakım Değerlendirilmesine Dair Bulgular	56
4.4. BEBÖ ve KHBDÖ Karşılaştırmasına Dair Bulgular.....	64
5. TARTIŞMA.....	65
5.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği ile İlişkisi.....	65
5.2 Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği ile İlişkisi	72
5.3. Katılımcıların BEBÖ ve KHBDÖ ölçekleri karşılaştırması	77
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	80
6.1. Sonuçlar	80
6.2. Öneriler	82
6.3. Çalışmanın Güçlü Yönleri	83
6.4. Çalışmanın Kısıtlılıkları.....	83

7. KAYNAKLAR	84
8. EKLER.....	96
Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu	96
Ek 2. Anket Formu.....	97



TABLÖLAR LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Kronik bakım modeli ve genişletilmiş bakım modeli karşılaştırması	15
Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	42
Tablo 3. Katılımcıların sağlık durumları	42
Tablo 4. Katılımcıların kronik hastalık ve ameliyat öncesi eğitim durumları	43
Tablo 5. Katılımcıların kronik hastalık durumları	43
Tablo 6. BEBÖ alt boyutlarının yaşa göre korelasyonu	44
Tablo 7. Sosyodemografik özelliklere göre BEBÖ ölçeğinin toplam ve alt boyut puan dağılımı	49
Tablo 8. BEBÖ toplam ve alt boyutlarının sağlık hizmet kullanımı ve sağlık algısına göre puan dağılımı	52
Tablo 9. Diyabet ile BEBÖ toplam ve alt boyutlarının ilişkisi	53
Tablo 10. Hipertansiyon ile BEBÖ toplam ve alt boyutlarının ilişkisi	54
Tablo 11. Diğer hastalıklar ile BEBÖ toplam ve alt boyutlarının ilişkisi	54
Tablo 12. Kronik hastalık süresi ile BEBÖ toplam ve alt boyut korelasyon ve anlam	54
Tablo 13. BEBÖ ölçeğine verilen yanıtların dağılımı	55
Tablo 14. KHBDO alt boyutlarının yaşa göre korelasyonu	56
Tablo 15. Sosyodemografik özelliklere göre PACIC ölçeğinin toplam ve alt boyutlarının puan dağılımı	58
Tablo 16. PACIC toplam ve alt boyutlarının sağlık hizmet kullanımı ve sağlık algısına göre puan dağılımı	60
Tablo 17. Diyabet ile PACIC toplam ve alt boyutlarının ilişkisi	61
Tablo 18. Hipertansiyon ile PACIC toplam ve alt boyutlarının ilişkisi	61
Tablo 19. Diğer hastalıklar ile PACIC toplam ve alt boyutlarının ilişkisi	61
Tablo 20. Kronik hastalık süresi ile PACIC toplam ve alt boyut korelasyon ve anlam	62
Tablo 21. PACIC ölçeğine verilen yanıtların dağılımı	63
Tablo 22. Katılımcıların BEBÖ ve KHBDO puanları arasındaki ilişki	64

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 1. Kronik bakım modeli	6
Şekil 2. Genişletilmiş bakım modeli	14



SİMGELER VE KISALTMALAR

AB	: Amaç Belirleme
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BEBÖ	: Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği
BEES-CS	: Barnason Efficacy Expectation Scale Cardiac Surgery.
BOH	: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
CCM	: Chronic Care Model
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
DM	: Diyet Modifikasyonu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EAM	: Egzersiz Aktivite Modifikasyonu
FF	: Fiziksel Fonksiyon
HK	: Hasta Katılımı
HT	: Hipertansiyon
ICCC	: Innovative Care for Chronic Conditions
İ/K	: İzlem / Koordinasyon
KABG	: Koroner Arter Bypass Grefti
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KBİ	: Kronik Bakımın İyileştirilmesi
KBM	: Kronik Bakım Modeli
KHBDÖ	: Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği
KKH	: Koroner Kalp Hastalığı
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
KVD	: Karar Verme Desteği
MI	: Miyokard İnfarktüsü
MIDCAB	: Minimal İnvaziv Direkt Koroner Arter Bypass
ÖBY	: Özbakım Yönetimi
PACIC	: Patient Assessment of Chronic Illness Care
PCTO	: Precion Cohort Treatment Options
PÇ	: Problem Çözme
PECC-WE	: Patient Empowerment in Chronic Conditions - WONCA Europe

PF	: Psikososyal Fonksiyon
PTCA	: Perkütan Transluminall Koroner Anjiyoplasti
TEKHARF	: Türk Erişkinlerindeki Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
TTM	: Transteorik Model
WHO	: World Health Organization
WONCA	: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians
YBC	: Yenilikçi Bakım Çerçevesi



ÖZET

Bypass Cerrahisi Olan Yetişkin Hastalarda Cerrahi Sonrası Bakım ve Taburculuk Sonrası Yaşam Etkililik Beklentileri

Amaç: Adana Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kalp Cerrahisi Polikliniğine koroner arter bypass greft (KABG) geçiren hastaların taburculuk sonrası öz etkililik düzeyleri ve kronik hastalıklarına dair aldıkları bakım hizmetlerine ilişkin algılarını araştırmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmanın örneklemini polikliniğe başvuran 18 yaş ve üzeri by-pass cerrahisi geçiren bireylerden üç aylık süre içinde başvurular oluşturmuştur. Araştırma 155 katılımcı ile tamamlanmıştır. Çalışmada katılımcıların sosyodemografik bilgilerinin toplandığı bir form, Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği: Kardiyak Cerrahi Versiyon ve Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Veri analizinde Kolmogorov Smirnov testi, T testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Bonferroni testi, Games-Howell testi ve Spearman korelasyon testleri kullanıldı. İstatistiksel önem düzeyi $p<0,05$ olarak anıldı.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $64,58\pm9,890$ (min-maks: 40-94) yıl olan 155 katılımcıdan BEBÖ toplam ve KHBDÖ toplam puanları arasında pozitif yönde, orta düzey ve anlamlı istatistiksel fark görülmüştür ($r=0,306$, $p<0,001$). BEBÖ toplam puanı ile yaş arasında negatif yönlü, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,220$, $p=0,006$). Katılımcıların BEBÖ toplam puanı ile hastane yatış öyküsü, genel sağlık durumu yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark varken, kronik hastalığı ile ilgili son 6 ayda doktor başvuru durumuna göre fark bulunmamıştır. Katılımcıların KHBDÖ toplam puanı ile yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, ekonomik durum ve meslek durumu yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, sosyal güvence yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Sonuç: Cerrahi sonrası dönemde bireylerin öz etkililik beklentilerinin yüksek olması, sağlık davranışlarını olumlu yönde etkileyen bir unsurdur. Birinci basamak kronik hastalık bakımı uygulamaları kapsamında hasta eğitimleri bireylerin Özyönetim becerilerini arttırmaktadır.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, kronik hastalık bakımı, öz etkililik

ABSTRACT

Postoperative Care and Expectations of Self-Efficacy in Life After Discharge in Adult Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Surgery

Objective: This study aimed to investigate the self-efficacy levels after discharge and the perceptions of care services related to chronic diseases in patients who underwent coronary artery bypass graft (CABG) surgery and applied to the Cardiovascular Surgery Outpatient Clinic of Adana University of Health Sciences.

Materials and Methods: The study sample consisted of individuals aged 18 years and over who had undergone bypass surgery and visited the outpatient clinic within a three-month period. The study was completed with 155 participants. Data were collected using a sociodemographic information form, the *Barnason Perceived Effectiveness Expectation Scale: Cardiac Surgery Version* (BEES-CS), and the *Patient Assessment of Chronic Illness Care* (PACIC) scale. Data were gathered through face-to-face interviews. For data analysis, Kolmogorov-Smirnov test, T-test, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test, Bonferroni test, Games-Howell test, and Spearman correlation tests were used. A p-value of <0.05 was considered statistically significant.

Results: The mean age of the 155 participants was 64.58±9.89 years (range: 40-94). A positive, moderate, and statistically significant correlation was found between the total BEES-CS and PACIC scores ($r=0.306$, $p<0.001$). A weak, negative, and statistically significant correlation was found between the total BEES-CS score and age ($r=-0.220$, $p=0.006$). A statistically significant difference was found between the BEES-CS total score and history of hospitalization as well as general health status, whereas no significant difference was observed based on whether participants had visited a doctor for their chronic condition in the past six months. Regarding PACIC total scores, no statistically significant differences were found based on age, gender, marital status, education level, economic status, or employment status; however, a statistically significant difference was observed with respect to social insurance status.

Conclusion: High levels of perceived self-efficacy in the postoperative period is an important factor that positively affects health behaviors. Within the scope of primary care chronic disease management practices, patient education increases individuals' self-management skills.

Keywords: Family medicine, chronic disease management, self-efficacy

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Küresel ölçekte yaşam süresinin uzaması, şehirleşme, beslenme alışkanlıklarındaki değişim ve fiziksel aktivite yetersizliği gibi faktörlerin etkisiyle birlikte kronik hastalıkların prevalansı giderek artmaktadır. Bu durum yalnızca bireylerin yaşam kalitesini düşürmekle kalmayıp, aynı zamanda sağlık sistemlerinin kaynaklarını zorlamakta, mali yük oluşturmakta, uzun vadeli ve sürdürülebilir sağlık hizmeti sunumunu güçleştirmektedir. Kronik hastalıklar içinde özellikle kardiyovasküler hastalıklar (KVH), hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerdeki başlıca mortalite ve morbidite nedenlerinden biri olarak dikkat çekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, kardiyovasküler hastalıklar en az 19 milyon ölümle kronik hastalıklara bağlı ölümlerin çoğunluğunu oluşturmaktadır.

Kardiyovasküler hastalıkların etkin yönetimi sadece klinik müdahalelerle sınırlı değildir; hastaların yaşam tarzı değişikliklerine ve tedaviye uyumu, özbakım davranışları ve psikososyal desteğe erişimleri de sürecin başarısını doğrudan etkilemektedir. Bu noktada birinci basamak sağlık hizmetlerinin, özellikle de aile hekimlerinin rolü büyük önem taşımaktadır. Cerrahi müdahale geçirmiş hastaların ameliyat sonrası dönemde bakımın sürekliliğinin sağlanması, komplikasyonların önlenmesi, yaşam kalitesinin artırılması ve sağlık hizmetlerinin maliyet etkinliğinin korunması açısından aile hekimlerinin üstlendiği rol önemlidir. Literatürde, koroner arter bypass cerrahisi (KABG) öncesi verilen eğitimin hasta iyileşme sonuçlarına etkililiği ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır. Bu eğitimlerin hastaların sağlık algısını ve etkililik düzeyini nasıl etkilediği konusu sınırlı araştırılmıştır.

Çalışmamızın amacı, bypass cerrahisi geçiren yetişkin hastaların taburculuk sonrası dönemde kendilerine yönelik özetkililik düzeylerini kronik hastalıklarına ilişkin bakım süreçlerini nasıl algıladıklarını değerlendirmektir. Bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre özetkililik beklentilerinde ve kronik hastalık bakımı algılarında farklılık olup olmadığını amaçlamaktadır. Bu bağlamda elde edilen verilerin, cerrahi sonrası dönemde bireyselleştirilmiş hasta eğitimi, bakım planlaması ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi açısından klinik uygulamaya katkı sağlaması hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Hastalık Bakımı

Kronik hastalıklar, birden fazla risk faktörüne bağlı ortaya çıkan, genellikle uzun süreli ve yavaş ilerleme gösteren, tıbbi müdahalelerle tedavi edilemeyen, genellikle karmaşık bir klinik seyir gösteren, çoğu kez kalıcı işlev kaybı veya sakatlıklarla sonuçlanan, nonenfeksiyöz türde hastalıklardır. Bu hastalıklar arasında kalp ve damar hastalıkları, Diabetes Mellitus, hipertansiyon (HT), kronik obstrüktif akciğer hastalıkları (KOAH) ve kanserler yer almaktadır.^{1,2}

Kronik hastalıkların tanımı ile ilgili literatür taramasında, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri'ne (CDC) göre ise; genellikle 12 ay veya daha fazla süren, sürekli izlem ve tıbbi bakım gerektiren ya da kişinin günlük hayatını kısıtlayan hastalıklara verilen isimdir.³ Kronik hastalıklar olarak da bilinen bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH); genetik, fizyolojik, davranışsal ve çevresel faktörlerin sonucu olarak ortaya çıkar.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bulaşıcı olmayan hastalıklar olarak da tanımlanan kronik hastalıklar, küresel düzeyde morbidite ve mortalitenin önemli sebeplerinden biridir.⁴ Hem dünya genelinde hem de Türkiye'de yaşam süresinin uzaması ile görülme sıklığı giderek artmakta ve toplumların sağlık sistemleri için de geleceğe yönelik tehdit oluşturmaktadır.⁵

Kronik hastalıklara bağlı ölümler 2000 yılında 31 milyon iken 2012 yılında 38 milyon olmuştur. Bu artışın devam etmesi durumunda, 2030 yılında 52 milyon olacağı tahmin edilmektedir.⁶

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2015 yılına ait verilerine göre, Türkiye'de bireylerin bulaşıcı olmayan hastalıklara (BOH) bağlı olarak 70 yaşından önce yaşamını yitirme olasılığı 1/6 (% 16,8) olarak bildirilmektedir. Bu risk erkeklerde (% 22,5) kadınlara kıyasla (% 11,6) daha yüksek düzeydedir.⁷ Bu bağlamda, 2030 yılına kadar kronik hastalıklara bağlı erken ölümleri üçte bir oranında azaltmayı hedefleyen 3.4 sayılı Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefine ulaşma adına ciddi bir ilerleme fırsatı mevcuttur.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 2021 yılı verilerine göre, ilk 10 ölüm nedeninden 7'si kronik hastalık kaynaklıydı ve tüm ölümlerin % 38'ini, yani ilk 10

nedenin % 68'ini oluştuyordu. Bulaşıcı olmayan hastalıklar, pandemi dışı ölümlerin % 75'ine neden olarak en az 43 milyon kişinin ölümüne yol açmıştır. 2021 yılı verilerine göre, 18 milyon kişi 70 yaşından önce bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle yaşamını yitirmiştir. Bu erken ölümlerin % 82'si düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmiştir. Tüm bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin % 73'ü düşük ve orta gelir seviyesindeki ülkelerde meydana gelmiştir. Kardiyovasküler hastalıklar en az 19 milyon ölümle kronik hastalıklara bağlı ölümlerin çoğunluğunu oluşturmaktadır, bunu sırayla kanserler (10 milyon), kronik solunum yolu hastalıkları (4 milyon) ve diyabet (diyabetin neden olduğu renal hastalık ölümleri dahil 2 milyondan fazla) takip ediyor.⁸

Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin bölgelere göre dağılımına bakıldığında en yüksek ölüm oranının Doğu Akdeniz (% 24), Güney Doğu Asya (% 23) ve Afrika'da (% 22) olduğu, bu bölgelere kıyasla Amerika (% 15), Avrupa (% 17) ve Batı Pasifik (% 16)'de bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölüm oranlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir. Tüm bölgeler bir arada değerlendirildiğinde bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölüm riskinin erkeklerde kadınlardan daha yüksek olduğu görülmektedir.⁹

Türkiye'de yaşanan nüfus yapısı ve yaşam tarzındaki değişimler, kronik hastalıkların görülme sıklığında artışa neden olmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2023 yılı verilerine göre dolaşım sistemi hastalıkları (% 33,4) ülkemizde en önde gelen ölüm nedeni iken, benign ve malign tümörler (% 15,0) ve solunum sistemi hastalıkları (% 13,2) takip eden en sık ölüm nedenleri olarak bildirilmiştir. Dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklı ölümlerin alt ölüm nedenlerine bakıldığında, ölümlerin % 42,4'ünün iskemik kalp hastalıkları, % 24,1'inin diğer kalp hastalıkları, % 18,6'sının ise serebro-vasküler hastalıklar kaynaklı olduğu bildirilmiştir.¹⁰

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından 2018 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı için hazırlanan Türkiye'de Kronik Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü için Yatırım Gerekçeleri Raporu'na göre, bulaşıcı olmayan hastalıkların gayrisafi milli hasılanın % 3,6'sı tutarında ekonomik kayba neden olduğu bildirilmiştir.¹¹

Türkiye'de bulaşıcı olmayan hastalıkların (BOH) kontrolüne yönelik sağlık politikaları ve ulusal düzeyde yürütülen projeler son yıllarda artarak devam etmektedir. Bu kapsamda, kronik hastalıkların prevalansı, risk faktörleri ve birinci basamakta

yönetimi ile ilgili çok sayıda çalışma yürütülmüştür. İlk olarak 2011 yılında “Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması” gerçekleştirilmiş; ardından 2014 yılında ‘Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Daha İyi Sağlık Sonuçları ve Sağlık Sistemi için Zorluklar ve Fırsatlar’ başlığıyla analizler yapılmıştır. 2016 yılında, Türkiye’de yaşayan Suriyeli mültecilerde bulaşıcı olmayan hastalık risk faktörleri değerlendirilmiş, aynı yıl içerisinde “Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Kronik Hastalık İzlemi Saha Uygulama Çalışması” yayımlanmıştır. 2023 yılında Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması kapsamında BOH risk faktörleri prevalansı çalışması yapılmıştır. Türkiye’de kronik hastalık yönetimini destekleyen rehberler ve izlem kılavuzları da geliştirilmiştir:

- 2017 yılı: Hipertansiyon, kardiyovasküler risk değerlendirmesi, obezite ve diyabet hastalıkları için rehberler hazırlanmıştır.
- 2019 yılı: Kronik böbrek yetmezliği, inme, koroner arter hastalığı ve çok yönlü yaşlı değerlendirmesi konularını içeren kılavuzlar yayımlanmıştır.
- 2022 yılı: Astım ve KOAH için hastalık yönetim kılavuzları geliştirilmiştir.

Bu çalışmalar, Türkiye’de kronik hastalıkların hem epidemiyolojik açıdan izlenmesini hem de sağlık hizmet sunumunun güçlendirilmesini hedefleyen önemli adımları temsil etmektedir.

Aşı ile önlenabilir hastalıklarda görülen azalma ve ana-çocuk sağlığı izlemleri kapsamında yürütülen işlemler sonucunda bebek ve çocuk ölümlerinde kayda değer bir düşüş sağlanmıştır. Buna ek olarak, beklenen yaşam süresinin uzamasıyla birlikte, ‘soğan kabuğu’ modeline çerçevesinde kronik hastalıklar giderek daha fazla ön plana çıkmış ve küresel bir pandemi kadar yaygınlaşmıştır. Kronik hastalıklarla ilgili gerekli koruyucu önlemler alınmadığı ve etkili bir hastalık yönetimi sağlanmadığı takdirde bu rakamların daha da yükseleceği tahmin edilmektedir.¹²

Bulaşıcı olmayan hastalıklar ve bulaşıcı hastalıklar arasında risk faktörleri, hastalıkların yönetimi ve sağlık sonuçları açısından karmaşık bir ilişki söz konusudur ve bu da kronik hastalık multimorbidite artışına neden olmaktadır.^{13,14} Multimorbidite genellikle fiziksel fonksiyon kapasitesinin azalmasına, sağlık hizmet kullanımını arttırması, buna bağlı maliyetlere ve daha yüksek ölüm oranlarına neden olmaktadır.^{15,16} Hastalıkların çifte yükü (bulaşıcı olmayan hastalıklar ve bulaşıcı hastalıklar) sağlık sistemleri (artan başvuru, ilaç tedavisi), ekonomiler, haneler ve bireyler için maliyetlidir.

Kronik hastalıkların yönetimi; özellikle bir kişide birden fazla hastalık olduğunda, sağlık sisteminde önemli değişiklikler yapılmasını gerektirir. Kronik hastalığı olan bireylerin neredeyse yarısında birden fazla hastalık birlikte görülmektedir. Bu nedenle, sadece tek bir hastalığı hedef alan geleneksel yaklaşımlar yetersiz kalmaktadır. Daha kapsamlı, entegre, hastayı merkeze alan ve hastalıkları bir arada ele alan yaklaşımlara ihtiyaç vardır. Kronik hastalık yönetiminin kapsamlı olması ve hastalıkların önlenmesi, yönetimi ve kontrolünde dikkat edilmesi gereken durumlardandır. Uzun süreli bakım gerektiren ve farklı seyrinde kronik rahatsızlıkları olan bireylere verilecek bakımın bireye özgü olması gerektirmektedir.¹⁷

Akut durumların geleneksel tıbbi model yönetiminin aksine, kronik hastalıkların yönetimi hastaların, hastalıklarının yönetimine ilişkin günlük kararlarda daha aktif bir rol alınması gerektiği belirtilmiştir. Bu durum, bireylerin sağlıklarını yönetme süreçlerinde daha etkin rol almalarını sağlamak amacıyla, hasta ve sağlık sistemi profesyonelleri arasında iş birliğine dayalı güçlendirilmiş bir ortaklığın kurulmasını zorunlu kılmaktadır. Hastalar daha bilgili güçlendirilmiş olduklarında sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla daha etkili bir şekilde etkileşime girerler ve daha sağlıklı sonuçlar ortaya çıkar.¹⁸ Literatürde çok çeşitli kronik hastalık modelleri mevcuttur. Farklı modellerde dikkate alınması gereken farklı unsurlar vardır. Bazıları özyönetimi dikkate alırken, bazıları sağlık sistemleri yaklaşımına sahiptir ve birkaçı toplum katılımı yaklaşımına sahipken diğerleri seçilmiş kronik hastalık tedavilerini içermektedir.¹⁹

Kronik hastalıkların giderek artan prevalansı, sağlık sistemlerinde uzun vadeli bakım stratejilerinin yeniden yapılandırılmasını zorunlu kılmıştır. Geleneksel olarak kısa süreli, akut hastalıkların tedavisine odaklanan sağlık hizmeti modelleri; kronik, sürekli ve koordineli bakım gerektiren durumların yönetimi karşısında yetersiz kalmaktadır. Bu durum, sağlık sistemlerinin hastalıkları önleme, bireylerin özbakım kapasitelerini geliştirme ve bakımın sürekliliğini sağlamaya yönelik daha proaktif ve hasta merkezli yaklaşımlar benimsemesini gerektirmiştir. Bu çerçevede geliştirilen kronik bakım modelleri, uzun süreli sağlık sorunlarının yönetiminde yenilikçi ve dönüştürücü bir yaklaşım olarak ortaya çıkmıştır.^{18,20}

Kronik hastalıkların yönetimine yönelik çeşitli modeller önerilmiş olmakla birlikte, literatürde en yaygın şekilde kabul gören, en iyi bilinen ve en etkili bulunanı 1990'lı yılların başında Wagner ve MacColl'un liderliğinde Sağlık Hizmetleri

İnovasyonu Enstitüsü tarafında geliştirilen Kronik Bakım Modeli'dir.⁴ Model, kronik hastalık yönetiminde sistemik değişimi etkileyen ve birbirleriyle karşılıklı etkileşim içinde olan iki temel alanı ortaya koymaktadır.



Şekil 1. Kronik bakım modeli⁴ Toplum kaynakları, sağlık sistemi bileşenleri ve hasta-sağlık ekibi etkileşimleri, fonksiyonel ve klinik sonuçlara ulaşmada belirleyicidir.

Kronik bakım modeli, kaynaklar ve sağlık politikaları ile birlikte toplumu; ödeme yapıları ve hizmet örgütlenmesi ile birlikte sağlık sistemini kapsayacak şekilde yapılandırılmıştır. Modelin üst yarısında, bu bütünleşmiş çabanın bileşenleri gösterilmektedir. Bu modeli kullanan kalite iyileştirme ekipleri, çalışmalarını sağlık sistemi ovali içinde yer alan dört temel alana odaklanmaktadır: kendi kendine yönetim desteği, hizmet sunumu şekli, karar destek sistemleri ve klinik bilgi sistemleri (Şekil 1).⁴

Kronik bakım modelinin temel hedefleri arasında; kronik hastalığı olan bireylerin özyönetim becerileri kazanması için desteklenmeleri, hasta ve sağlık profesyoneli arasındaki etkileşimi teşvik etmek, hastaların yaşam tarzına uygun şekilde kılavuzları uygulamak, sağlık hizmeti ekipleri ile hastalar arasında sürdürülebilir düzenli etkileşimi sağlamak için düzenlemektir.⁴

Kronik Bakım Modeli (CCM), kronik hastalığı olan bireylerin bakımında yapısal bir dönüşüm gerekliliğine dikkat çekmekte; bu süreçte hemşirelerin, sosyal hizmet uzmanlarının ve hastaların aktif katılımının sağlanması çağrısında bulunmuştur.¹⁹ Kronik bakım modeli çalışmaları geniş bir uygulama alanına sahip olup, sigara

kullanımı, sağlıksız diyet, fiziksel inaktivite gibi sağlığı tehdit eden riskli davranışlarını önleme ve bulaşıcı olmayan kronik hastalıklardan korunma da kullanılmış ve etkili olduğu gösterilmiştir.²¹ Modele ait iki veya daha fazla bileşenin entegre biçimde uygulanması halinde acil sağlık başvurularında ve tekrarlı hastane yatışlarının azaldığı, özetkililik ve özyönetim becerilerinde artış sağlandığı bildirilmektedir.²² Modele göre, bilgi, beceri ve güven ilişkisi ile motive edilmiş “hasta” ile hastalık yönetimi konusunda gerekli uzmanlık, deneyim, bilgi, birikim ve kaynaklara sahip “sağlık bakım ekibi” var olan kaynakları kullanarak yüksek kalitede bakım için etkili kararlar verebilecek ve kronik hastalık bakımını etkili olarak yönetebilecektir.²²⁻²⁴

Kronik hastalıklara yönelik sağlık hizmet sunumu, birbiriyle etkileşim halinde olan ve birbirinin içine geçen 3 galakside gerçekleşmektedir. Bu galakside üç bileşen vardır; toplum, sağlık sistemi, hizmet sunucu birim. Model, bu etkileşimli yapıyı altı temel unsurla tanımlamaktadır. Bunlar; toplum kaynakları ve politikalar, karar verme desteği, sağlık bakım organizasyonu, özyönetim desteği, sağlık hizmetleri sunum planı ve klinik bilgi sistemleridir.²⁵

Toplum Kaynakları ve Politikalar: Kronik Bakım Modeli’nin (CCM) en geniş kapsamlı bileşenidir ve sağlık hizmetlerinin toplum odaklı programlar, hizmetler ve politikalarla uyumunu kolaylaştıran bir çerçeve sunar. Bu bileşen yalnızca sağlık sistemini değil, aynı zamanda aileleri, iş yerlerini, dini kuruluşları, fiziksel ve sosyal çevreyi, toplum örgütlerini, sosyal hizmetleri ve eğitim hizmetleri gibi diğer birçok paydaşı da içermektedir. Kronik, bulaşıcı olmayan hastalıkların doğası gereği, etkilenen bireyler zamanlarının büyük bir kısmını sağlık hizmeti ortamlarının da dışında, yaşadıkları toplumlarda geçirmektedir. Bu nedenle, sağlık sistemlerinin toplumla resmi bağlantılar kurması, kullanılmayan kaynakları harekete geçirerek kronik hastalıkları olan bireyler için sağlıklı ve destekleyici ortamların oluşmasına katkı sağlar.²⁶

Kronik hastalıkların etkin yönetiminde sağlık sisteminin temel hedefleri; sağlıklı yaşam davranışlarını teşvik eden, klinik ortam dışında da destek sunabilen hizmetlerin oluşturulması ve sağlık sistemi ile toplum kuruluşları arasındaki iş birliğinin güçlendirilmesidir. Kronik hastalıkların yönetiminde toplumsal kaynakların etkin kullanımı önemli bir bileşendir. Bu kapsamda; yerel topluluk örgütleriyle iş birliği kurulması, sağlığı destekleyen kamu politikalarının entegrasyonu, mevcut kaynakların bireylerin özyönetimi ve genel yaşam kalitesini arttıracak biçimde kullanılması ve

kllinik hizmetlerle toplum hizmetleri arasında çift yönlü iletişimin sağlanması temel unsurlar arasında yer almaktadır.^{18,20}

Sağlıklı gıdaya, fiziksel aktiviteye ve güvenli barınma imkanlarına erişimi artıran politikalar ile sağlıkta eşitsizliklerinin azalması arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir. Yönetimlerin toplum sağlığı programlarına mali kaynak ayırmasının ve bu programları yasal olarak desteklemesinin, klinik bakımı destekleyen hizmetlerin daha geniş kesimlere ulaşmasını ve uzun vadede devamlılığı sağladığı bilinmektedir.²⁷

Topluluk temelli bir birincil sağlık hizmeti yaklaşımının, dezavantajlı gruplarda klinik sonuçlar ve sağlık hizmeti kullanımı üzerinde olumlu etkiler sağlayabileceği gösterilmiştir. ABD'nin Teksas eyaletinde, San Antonio kentinde gerçekleştirilen ve 1000'den fazla dezavantajlı hastadan oluşan bir kohort çalışmasında; kültürel aracı rolü üstlenen sağlık destekçileri ile hastaların yerel toplum kaynaklarıyla koordinasyonu sağlayacak müdahaleler sonucunda, hastaneye yatışlarda % 24 oranında azalma ve yıllık 250.000 ABD dolarından fazla maliyet tasarrufu sağlandığı bildirilmiştir.²⁸

Sağlık Bakım Organizasyonu: Sağlık sistemlerinin organizasyonu, kronik hastalıkların etkili yönetimi için önemli bir rol oynamaktadır. Bu organizasyon; güçlü bir altyapı, stratejik planlama, liderlik ve sürdürülebilir kaynak yönetimi ile desteklenmelidir. Kurum liderleri, kronik bakım hizmetlerini önceliklendirerek hasta merkezli yaklaşımı, sürekli kalite iyileştirme kültürünü ve dönüşüme açık bir organizasyon yapısını teşvik etmelidir. Bu liderlik, stratejik hedeflerin belirlenmesini, kaynakların etkin biçimde yönlendirilmesini ve kanıta dayalı politikaların uygulanmasını kapsar.²⁰ Sağlık kuruluşları, hataları raporlayarak ve analiz ederek sistemlerinde gerekli değişiklikleri yapar; böylece kalite açıklarını önlemeyi amaçlar. CCM, bu bileşeni modeli içine dâhil ederek, kronik hastalıkların bakımında iyileşmenin ancak sistem liderlerinin (kamu ve özel sektör düzeyinde) bu alanı önceliklendirmesi ve gerekli liderlik, teşvik ve kaynakları sağlamasıyla mümkün olacağını belirtmektedir.²⁶

Başarılı bir geçiş için, organizasyon kültürünün değişimi de gereklidir. Bu değişime karşı olan dirençle başa çıkmak, disiplinler arası iş birliğini artırmak ve inovasyona açık, öğrenen bir kurum kültürü oluşturmak bu sürecin önemli parçalarıdır.²⁹ Aynı zamanda, kaliteyi iyileştirme süreçleri, etkili sağlık sistemlerinin temel bileşenidir. Bu, performans takibi, geri bildirim mekanizmaları, veri temelli karar alma ve klinik uygulamaların düzenli gözden geçirilmesini içerir.¹⁸

Kronik bakım girişimlerinin sürdürülebilirliği için yeterli finansal, insan ve teknolojik kaynakların sağlanması gereklidir. Bilgi teknolojisi altyapısına, bakım koordinasyon ekiplerine ve sağlık profesyonellerine yönelik eğitim programlarına yapılan yatırımlar, uzun vadede hastane yatışlarının ve gereksiz müdahalelerin azaltılmasını sağlayarak maliyet etkinliğini artırabilir.²⁰

Türkiye’de, 2005 yılında başlayan Aile Hekimliği uygulamaları ve ardından gelen Sağlıkta Dönüşüm Programı, kronik hastalıkların yönetimine yönelik çeşitli ulusal program ve eylem planlarının uygulanmasını sağlamıştır. Bunlar arasında Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, Solunum Hastalıkları Programı, Obezite Eylem Programı ve Tütün Kontrolü Stratejileri gibi programlar yer almaktadır.³⁰

Özyönetim desteği: Özyönetim, bireylerin kronik hastalıklarla yaşayabilmesi için üstlenmesi gereken görevlerin bütünüdür. Bu görevler; tıbbi yönetim, günlük yaşamın idaresi ve duygusal durumla başa çıkma konularında güven geliştirmeyi içerir. Özyönetim desteği ise; hastaların sağlık sorunlarını yönetme becerilerini ve bu konuda kendilerine güvenlerini artırmak amacıyla sistematik olarak sunulan hasta eğitimleri ve destekleyici müdahaleleri kapsar.²⁶ Ayrıca, özyönetim desteği, kronik hastalığa sahip bireyin güçlendirilmesini kolaylaştırmayı, özbakımı sürdürmek için gerekli kaynakları sağlamayı, karar verme sürecinde rehberlik edilmesini, problemleri tanımlama ve baş etme stratejilerinin geliştirilmesinde yardımcı olmayı, toplum kaynaklarına yönlendirme yapılmasını ve sürecin düzenli olarak değerlendirilmesini içermektedir.^{23,24,30} Özbakım uygulamaları arasında sağlıklı yaşam tarzının sürdürülmesi, komplikasyonların önlenmesi, tedavi planına ve ilaç kullanımına uyum, belirtilerin ve hastalığa ilişkin göstergelerin ev ortamında izlenmesi yer alır. Ayrıca hastaların “kırmızı bayrak” belirtilerini tanıma, ne zaman profesyonel destek alacaklarına karar verme ve sağlık sistemi ile etkili iletişim kurma becerileri de özbakım sürecin önemli parçalarıdır.²⁶

Kronik Bakım Modeli (CCM) çerçevesinde özyönetim desteği hem sağlık sistemi hem de toplum düzeyinde sunulabilir. Klinik ziyaretler, bireylerin bu becerilerini geliştirmek için fırsatlar sunarken; grup eğitimleri, hasta destek grupları ve toplum merkezli programlar da etkili uygulamalar arasında yer almaktadır. Ek olarak, telefon ve internet temelli programlar da umut vadeden yöntemler arasındadır.²⁶

Sağlık sisteminde özyönetim planlarının uygulanmasında sık kullanılan modellerden biri “5A Modeli”dir. Bu model; değerlendir (assess), öner (advise), uzlaş (agree), destekle (assist), planla (arrange) adımlarından oluşur. Bu yaklaşım hem uygulanabilirliği hem de klinik görüşmelere entegre edilebilir olması açısından avantajlıdır. Süreç, ilk olarak bireyin sağlık davranışlarını değerlendirilir, ardından kişiselleştirilmiş öneriler sunulur, birlikte hedefler belirlenir, karşılaşılabilecek engeller çözülür ve takip planı oluşturulur.²⁶ 5A yaklaşımı, grup temelli özyönetim destek programlarıyla da tamamlanabilir. Sağlık çalışanları tarafından yürütülen grup oturumları, bilgi paylaşımını, akran desteğini ve duygusal dayanışmayı teşvik ederken, aynı zamanda eğitici ve güçlendirici bir ortam sağlar.²⁶

Karar desteği: Karar desteği, sağlık hizmeti sunucularının bilimsel kanıtlara dayalı bir bakım sunabilmeleri için gerekli olan ekipmanlara, kılavuzlara ve eğitim olanaklarına erişimini sağlamayı içerir. Karar desteği, kanıta dayalı klinik rehberlerin yaygınlaştırılması başta olmak üzere, çeşitli uygulamaları kapsayan önemli bir bileşendir. Klinik uygulama kılavuzları, sağlık profesyonellerinin karar verme süreçlerinde yön gösterici bir araç olarak işlev görür ve klinik uygulamalarda tutarlılığı sağlarken, bakım kalitesinin artırılmasına da katkıda bulunur. Bu kılavuzlar, hastaların bakış açılarını da dikkate alarak multidisipliner ekipler tarafından hazırlanmalıdır.²⁶ Paylaşımlı bakım (shared care) modeli bu süreçte kullanılan etkili yaklaşımlardan biridir. Birinci basamak hizmet sunucuları ile kronik hastalıklar konusunda uzmanlaşmış sağlık hizmet ekiplerinin konsültasyon ve ortak müdahale yürütmesini esas alır.²⁶

Kronik bakımda, birinci basamak hekimleri, uzman hekimler, hemşireler ve eczacıların birlikte çalıştığı ekip tabanlı bir yaklaşım, karar destek mekanizmalarını güçlendirir. Sağlık hizmet sunucularının karar destek sistemlerini verimli bir şekilde kullanabilmeleri için düzenli eğitim almaları gereklidir. Bu eğitimler seminer, e-öğrenme platformları ve simülasyon tabanlı eğitim programları ile desteklenmektedir. Hasta verilerini klinik kılavuzlarla bütünleştiren elektronik araçlar kronik hastalık yönetiminde çağ açmıştır. Bu sistemler; koruyucu sağlık hizmetleri (aşılar, tarama ve periyodik izlemeler vs.) için uyarılar ve hatırlatıcılar sağlar, tedavide ilaç yönetimi ve doz ayarlamalarına yardımcı olur,³¹ insan kaynaklı hata oranlarını düşürerek, tanı doğruluğunu arttırmada katkı sağlamaktadır.³²

Klinik bilgi sistemleri: Hem bireysel hastalar hem de tüm klinik hasta grupları açısından bilgileri organize ederek; hastaların ihtiyaçlarını belirlemeyi, uzun dönemli bakım planlamasını, tedavi yanıtlarının izlenmesini ve sağlık sonuçlarının değerlendirilmesini kolaylaştırır. Bu yönüyle, etkili kronik hastalık yönetiminin merkezinde yer almaktadır. Bu sistemler, mümkün olduğunca genel sağlık bilgi sistemleriyle entegre edilmelidir.²⁶ Klinik bilgi sistemleri; elektronik sağlık kayıtları, klinik karar destek sistemleri, hemşirelik bilgi sistemleri, görüntü arşivleme sistemleri, klinik iletişim sistemleri, teletıp uygulamaları, akıllı kart sistemleri, hastane bilgi sistemleri, klinik rehberler ve bakım planları gibi bileşenlerden oluşmaktadır.³³

Klinik bilgi sistemleri, hastaların tıbbi geçmişi, laboratuvar sonuçları, ilaç kullanımı ve tedavi planları gibi bilgilerin düzenli, erişilebilir şekilde saklanmasını sağlar. Bu sistematik veri yönetimi, bilgilerin doğruluğunu artırır, verilerin tekrar girişini önler ve sağlık profesyonellerinin ihtiyaç duyduğu zamanlarda hasta popülasyonuna ilişkin gerekli ve yararlı veriye erişimini mümkün kılar.³⁴ İşlevsel bilgi sistemleri, farklı sağlık hizmet sunucuları (hekimler, hemşireler, eczacılar vb.) arasında etkili iletişim ve bilgi paylaşımını kolaylaştırarak, kronik hastalık yönetiminde disiplinler arası koordinasyonu güçlendirir ve bakımın sürekliliğini sağlar.³⁵

Klinik bilgi sistemleri, hastaların kendi sağlık verilerine daha kolay ulaşmasına olanak tanıyarak sağlık okuryazarlığını artırır ve özbakım uygulamalarını destekler. Bu durum, hastaların tedavi süreçlerine daha aktif katılımını ve sağlık sorumluluğunu üstlenmelerini teşvik eder.³⁶

Klinik bilgi sistemleri, sadece bireysel hasta takibini değil, aynı zamanda sağlık kuruluşlarının performanslarını değerlendirebilir, kalite geliştirme stratejileri oluşturabilir ve halk sağlığına yönelik proaktif müdahalelerde bulunabilir.³⁷

Hizmet Sunum Şekli: Hizmet Sunum Şekli; bakımın organizasyonu, koordinasyonu ve verimliliğine odaklanır. Etkili bir hizmet sunumu multidisipliner ekipler ile yürütülen, kanıta dayalı, sürekli, planlı ve koordineli hizmet sunumunu gerektirir. Kronik hastalık bakım uygulamalarında, planlı hastalık yönetimi ile akut bakım süreçleri arasındaki tüm basamaklarda sağlık bakım ekibinin görevleri, sorumlulukları ve iş gücü düzeni belirgin şekilde planlanmalıdır.^{18,38}

Kronik, bulaşıcı olmayan hastalıklara sahip bireylerin sağlık bakımı reaktif (sadece hastalık ortaya çıktığında yanıt veren) bir sistemden, bireyin sağlığını uzun süre

korumaya odaklanan proaktif bir yapıya geçişi gerektirir.²⁶ Kronik hastalıkların etkin yönetimi, farklı disiplinlerden sağlık profesyonellerinin (hekim, hemşire, eczacı, sosyal hizmet uzmanı, vb.) iş birliği içinde çalışmasını; ekip üyelerinin rollerinin açık biçimde tanımlanmasını, bakım standartlarının geliştirilmesini, kaliteli ve istikrarlı sağlık hizmeti sunumu için kanıta dayalı klinik rehberler ile hasta eğitimi rehberlerinin oluşturulmasını gerektirmektedir.^{22,39} Bu süreç ayrıca, bakımın önündeki engellerin (hastalık hakkında yetersiz bilgi, düşük farkındalık, eğitim hizmetlerinden haberdar olmama, sosyal destek eksikliği vb.) belirlenmesini; yalnızca tedaviye odaklanan sağlık hizmetinden ziyade hasta merkezli bir yaklaşımla bireyin ihtiyaçları, tercihleri ve değerleri doğrultusunda bakım hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasını kapsamaktadır.³⁹

Kronik bakım modeli, kronik hastalıkların daha etkili ve sürdürülebilir şekilde yönetilmesi için genel bir çerçeve sunmaktadır. Modelin bileşenleri, birlikte uygulanabileceği gibi, tek tek veya aşamalı olarak da uygulanabilir. Modelin temel ilkeleri tüm sağlık sistemlerinde uygulanabilir olmakla birlikte, farklı sağlık sistemlerinin özel ihtiyaçlarına cevap verebilecek şekilde geliştirilmiştir.^{19,40}

KBM özellikle diyabet, hipertansiyon, astım ve kalp hastalıkları gibi kronik hastalıkların yönetiminde etkili sonuçlar vermiştir. Örneğin; Wagner ve arkadaşlarının yaptığı çalışma, modelin konjestif kalp yetmezliği, diyabet ve astım gibi kronik hastalıklarda klinik sonuçları iyileştirdiğini ve uzun vadede sağlık hizmeti kullanımını azalttığını ortaya koymuştur.¹⁸ Bodenheimer ve arkadaşlarının çalışmasında, modelin birinci basamak sağlık hizmetlerinde uygulanmasının, hastaların özbakım becerilerini geliştirdiğini ve sağlık maliyetlerini azalttığını göstermiştir.¹⁸ Coleman ve arkadaşlarının çalışmasında ise, modelin hastaneye yatış oranlarını ve acil servis başvurularını önemli ölçüde azalttığı gösterilmiştir.⁴¹ Tsai ve arkadaşları tarafından yapılan sistematik derlemede ise modelin uygulandığı en az bir CCM bileşeni içeren müdahaleler, tüm hastalık gruplarında klinik sonuçlar ve bakım süreçlerinde tutarlı iyileşmeler sağlamıştır.⁴² Piatt ve arkadaşlarının çalışmasında CCM tabanlı bir müdahalenin diyabet hastalarında klinik, davranışsal, psikolojik/psikososyal ve diyabet bilgisi sonuçlarını iyileştirmede etkili olduğunu ortaya koymuştur.⁴³ Pearson ve arkadaşlarının çalışmasında ise modelin sağlık çalışanlarının motivasyonunu artırdığı ve ekip çalışmasını güçlendirdiği ortaya konulmuştur.⁴⁰ Lorig ve arkadaşlarının

çalışmasında, modelin uygulandığı programlarda hastaların kendi sağlıklarını yönetme konusundaki özyeterliliklerinde artış ve klinik iyileşme gözlemlenmiştir.⁴⁴ Burada bahsedilenlerin dışında pek çok çalışma, benzer şekilde bu modelin klinik sonuçları iyileştirdiğini, sağlık harcamalarını azalttığını, hasta memnuniyetini artırdığını, özyeterliliklerinde artışı ve sağlık çalışanlarının performansını güçlendirdiğini göstermektedir.

Genişletilmiş Bakım Sistemi (Kronik Hastalık Bakımının İyileştirilmesi)

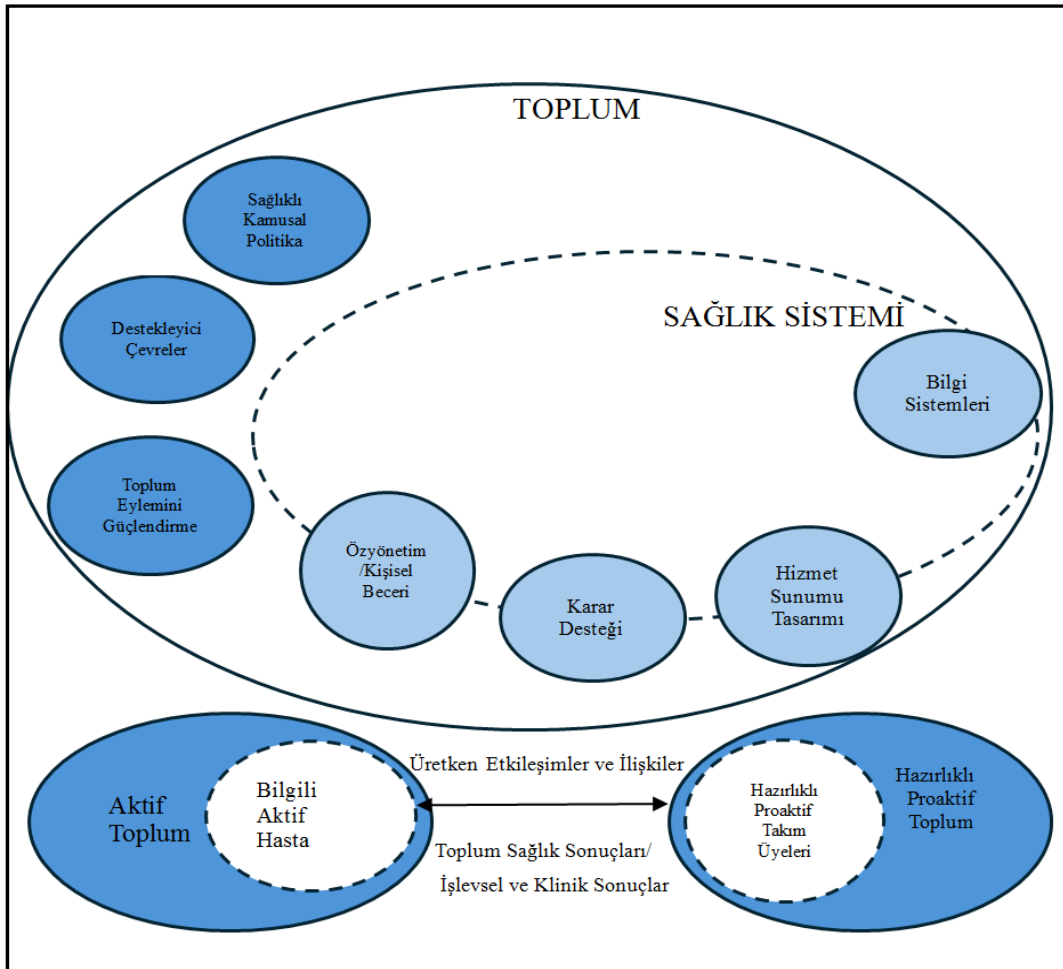
(KBİ): Glasgow ve arkadaşları tarafından 2001 yılında geliştirilen Genişletilmiş Bakım Modeli, sadece kronik hastalıkların tedavisi ve yönetimiyle sınırlı kalmayıp, aynı zamanda bu hastalıkların önlenmesi ve olası sekellerinin azaltılması amacıyla Kronik Bakım Modeli'nin bileşenlerinin daha kapsamlı hâle getirilmesi fikri üzerinden geliştirilmiştir. Bu model, yalnızca hastalığı olan bireyleri değil, sağlıklı bireylerin sağlıklarının korunmasını da hedefleyerek toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi ilkelerini içeren daha geniş kapsamlı yaklaşım sunan bir modeldir.³⁸ Model CCM'ye dayalı olmasına rağmen, daha geniş bir uluslararası bağlamla ilişkilendirilmeyi amaçlamıştır. CCM, yüksek gelir düzeyi olan ülkelerden elde edilen kanıtlara dayanıyordu ve özellikle ABD'deki deneyimlerden yararlanıyordu. Öte yandan, KBİ çerçevesi, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki sağlık politikası geliştirme bağlamına daha iyi uyum sağlamaktadır. Model, hasta merkezli bakımı, disiplinler arası iş birliğini, kalitenin iyileştirilmesi ve sürdürülebilirliği temel ilkeler olarak benimsemiştir.

KBİ, sağlık kuruluşlarında etkili kronik hastalık yönetimi için değerlendirme araçları, sağlık hizmeti sunucularına kanıta dayalı kılavuzlar, hasta iletişimi ve özbakım destek stratejileri konusunda eğitimler, dijital kayıt sistemleri ve toplum temelli destek kaynaklarının entegrasyonunu sağlamayı amaçlamaktadır.²⁷

Genişletilmiş bakım sistemi modeli, aşağıda sıralanan bileşenlerden oluşmaktadır:

- Özyönetim/Kişisel beceriyi geliştirme: Sağlıklı yaşamı devam ettirmek ve iyilik halini desteklemek için bireylerin özbakım becerilerini ve kapasitelerini geliştirmek (egzersiz, beslenme, tütünle mücadele stratejileri gibi)
- Karar desteği: Toplumun sadece sağlık sorunlarının giderilmesine odaklanmayan, aynı zamanda sağlıklı kalabilme halini karşılayabilmek için stratejileri bakım sürecine entegre etmeyi içerir.

- Hizmet sunumu tasarımı/Sağlık sistemini uyarlama: Toplumun ve bireylerin sağlık gereksinimlerini desteklemek için daha bütüncül bir yaklaşım izlemek.
- Bilgi sistemleri: Sağlık hizmet sunumunun etkinliğini arttırmak için toplum temelli verileri içeren kapsamlı bilgi sistemlerinin oluşturulmasını içerir.
- Sağlık kamu politikası oluşturmak: Toplum sağlığını desteklemeye yönelik stratejik planlamaları içeren politikaları geliştirmek ve uygulamak. Amaç, sadece bireyler için değil, şirketler, kuruluşlar ve hükümetler için de daha sağlıklı seçeneği daha kolay hale getirmektir.
- Destekleyici, yaratıcı çevre: Yaşam ve çalışma ortamlarının koşullarını daha güvenilir, daha yararlı, keyif verici ve teşvik edici hale getirmek.
- Güçlendirilmiş toplum: Toplum sağlığının iyileştirilmesi amacıyla, öncelikli ihtiyaçları belirleyerek sürdürülebilir yapılar ve hedefler oluşturmak.³⁸



Şekil 2. Genişletilmiş bakım modeli³⁸ Barr ve ark., 2003. *The Expanded Chronic Care Model*. Uyarlanarak tarafımızca oluşturulmuştur.

Orijinal CCM'deki (Şekil 1) büyük iç oval, sağlık sistemini veya bir sağlık kuruluşunu temsil eder. Ancak Genişletilmiş CCM, resmi sağlık sistemi ile toplum arasında gözenekli bir sınır çizmektedir. Bu gözenekli sınır, toplum ile sağlık sistemi arasındaki fikir, kaynak ve insan akışının temsil etmektedir. Genişletilmiş CCM'deki ikinci bir değişiklik alanı, dört odak alanının yerleştirilmesidir: bilgi sistemleri, karar desteği, teslimat sistemi tasarımı ve özyönetim desteği. Bu dört daire artık sağlık sistemi ile daha geniş topluluk arasındaki sınır hizasındadır. Hem sağlık hizmetlerinin sunulmasını hem de toplum sağlığının teşvik edilmesini ele almak için, bu dört alanın faaliyetleri sağlık hizmeti kuruluşları ve toplum için entegre edilebilir ve üzerinde belirleyici bir rol oynayabilir (Şekil 2).³⁸

Kronik bakım modeli ile genişletilmiş bakım modelinin karşılaştırması Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Kronik bakım modeli ve genişletilmiş bakım modeli karşılaştırması³⁸ Barr ve ark., 2003. *The Expanded Chronic Care Model*. Uyarlanarak tarafımızca oluşturulmuştur.

Kronik Bakım Modeli Bileşenleri		Genişletilmiş Kronik Bakım Modeli Bileşenleri	
Sağlık Sisteminin Organizasyonu	Kronik hastalık bakımının iyileştirilmesine yönelik ölçülebilir hedefler içeren program planlaması		
Özyönetim Desteği	Hastaların kendi bakımındaki merkezi rolünün vurgulanması	Özyönetim/Kişisel Becerileri Geliştirme	Kişisel sağlık ve iyilik hali için beceri ve kapasite geliştirme
Karar Desteği	Kanıtı dayalı rehberlerin rutin klinik uygulamalara entegrasyonu	Karar Destek	Toplumsal sağlıklı kalma kapasitesini kolaylaştıran stratejilerin entegrasyonu
Hizmet Sunum Tasarımı	Ekip çalışmasına odaklanma ve kronik bakımın desteklenmesi için uygulama kapsamının genişletilmesi	Hizmet Sunumunun Tasarımı / Sağlık Hizmetlerinin Yönlendirilmesi	Sağlık hizmetlerinin toplumun ihtiyaçlarına göre yeniden yapılandırılması
Klinik Bilgi Sistemleri	Uygun hasta verilerini sağlamak için bilgi sistemlerinin geliştirilmesi	Bilgi Sistemleri	Sağlık hizmetlerinin toplumun ihtiyaçlarına göre yeniden yapılandırılması
Toplum Kaynakları ve Politikaları	Hastaların ihtiyaçlarını karşılayan toplum örgütleriyle iş birliği geliştirilmesi	Sağlıklı Kamusal Politika Oluşturma	Toplum sağlığını iyileştirmeye yönelik politikaların geliştirilmesi ve uygulanması
		Destekleyici Ortamlar Oluşturma	Güvenli, motive edici, keyif verici ve tatmin edici yaşam ve çalışma koşullarının oluşturulması
		Toplum Eylemini Güçlendirme	Toplumsal sağlık önceliklerini belirlenmesi ve bu hedeflere
		Toplum Eylemini Güçlendirme	Toplumsal sağlık önceliklerini belirlenmesi ve bu hedeflere ulaşmayı sağlayan topluluklarla iş birliği

Yenilikçi Bakım Çerçevesi (YBÇ): KBM'nin yaygın olarak kullanılmasının ardından, DSÖ tarafından 2002 yılında yayımlanan "Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action (ICCC)" raporu, kronik hastalıkların yönetiminde yenilikçi stratejilerin benimsenmesini önererek KBM'nin genişletilmiş bir versiyonu olan Yenilikçi Bakım Çerçevesi (YBÇ) modeli geliştirilmiştir.^{45,46} Kronik hastalık yönetiminde kaliteli bakımın farklı yönlerine vurgu yaparak çok boyutlu ve bütüncül bir yaklaşım sağlamaktadır. Çerçevenin yapısı mikro (hasta ve yakınları), mezo (sağlık kuruluşları ve toplum) ve makro (politikalar) olmak üzere 3 bölümden oluşmaktadır. KBM, kronik hastalıkların yönetiminde etkili bakım sunabilmek için sağlık hizmetleri sisteminde bilgilendirilmiş ve harekete geçmiş hastalar ile hazırlıklı ve proaktif ekipler arasındaki verimli etkileşimlere odaklanan bir yapıdır. Ancak gelişmekte olan ülkelerdeki kaynak sınırlılıkları ve toplumsal dinamikler dikkate alınarak bu ikili yapıyı genişleterek topluluk ortaklarını da kapsayan bir üçlü yapıya dönüştürmüştür. ICCC, mikro düzeyde hasta, sağlık ekibi ve topluluk ortakları arasında bilgi, motivasyon ve yeterli becerilerle donatılmış bireyler arasında iş birliğini esas alırken; mezo düzeyde ise organize ve donanımlı sağlık ekipleri ile toplum temelli destek sistemlerinin bütüncül çalışmasını vurgular. Bu noktada "karar desteği" yerine, fiziksel malzeme, eğitim, teknolojik altyapı gibi unsurları kapsayan "organize ve iyi donanımlı ekip" kavramı öne çıkar. ICCC ayrıca, hizmetlerin sürekliliği ve koordinasyonuna daha güçlü bir vurgu yaparak, kırsal alanlarda ya da az gelişmiş bölgelerde yerel ve uzmanlaşmış sağlık hizmetleri arasındaki kopukluğu gidermeyi hedeflemektedir. Makro düzeyde ise ICCC, yasal düzenlemeler, liderlik, politika uyumu, finansman ve insan gücü planlaması gibi unsurlar üzerinden kronik hastalık bakımını destekleyen sürdürülebilir bir sistem inşasını amaçlamaktadır. Bu yönüyle ICCC çerçevesi, sadece klinik uygulamayı değil, aynı zamanda sağlık sistemini şekillendiren politik ve sosyal etkenleri de kapsayan daha bütüncül ve esnek bir model sunmaktadır.⁴⁵

YBÇ çerçevesi tanıtıldığından beri, dünya çapında birçok sağlık politikası revize edilmiştir. Kronik durumlar için geliştirilen bu yaklaşım, DSÖ'nün ergen ve erişkin hastalık programları ile entegre yönetiminin gelişmesine fayda sağlamıştır.⁴ Brezilya, birinci basamak sağlık sistemini yeniden yapılandırarak Aile Sağlığı Programı'nı uygulamaya başlamış ve kronik hastalıkların proaktif yönetimi üzerine

yoğunlaşmaktadır. Özellikle dezavantajlı topluluklarda sağlık sonuçlarında iyileşmeler sağlanmıştır.⁴⁷ Tayland, YBC modelini sağlık sistemine entegre ederek Genel Sağlık Kapsamı Programı'na ağırlık vermiş ve birinci basamak sağlık sisteminde kronik hastalık yönetimi vurgulanarak sağlık hizmetlerine erişim imkanları artmış, hastalık kontrolü iyileştirilmiş ve hastane yatış oranları azalmıştır.⁴⁸

Stanford Modeli (Kronik Hastalık Özyönetim Modeli): Stanford Üniversitesi tarafından 1990'larda geliştirilen bu model, hastaların kendi bakım süreçlerini daha iyi yönetebilmeleri amacıyla bilgi, beceri ve özyönetim kazanmalarını hedefleyen, etkinliği kanıtlanmış özellikle diyabet, astım, kalp hastalıkları ve artrit gibi kronik hastalıklarda etkili sonuçlar vermiş bir modeldir.⁴⁹ Bu model kapsamında, bireylerin kendi sağlıklarını yönetme kapasitelerini geliştirmeye yönelik çok yönlü bir yaklaşım benimsenmektedir. Bu yaklaşımın temel unsurlarından en önemlisi, hastaların özyönetim becerilerinin geliştirilmesidir. Bu kapsamda bireylere; semptom kontrolü, ilaç kullanımı, dengeli beslenme ve düzenli fiziksel egzersiz gibi konularda eğitim verilerek, aktif rol almaları desteklenmektedir. Bunun yanında, davranış değişikliği stratejileri ile bireylerin sağlıklı yaşam alışkanlıklarını benimsemeleri hedeflenmekte; problem çözme becerileri ile stres, ağrı ve benzeri zorluklarla etkili başa çıkma yolları öğretilmektedir. Duygusal destek hizmetleri, bireylerin psikososyal ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlarken; hasta-hekim iş birliğini güçlendiren yaklaşımlar, karar süreçlerine hasta katılımını teşvik etmektedir. Bireylerin, toplum kaynaklarından faydalanmaları da modelin temel yapı taşlarından biri olarak yer almaktadır.²⁷

Lorig ve arkadaşlarının 2001 yılında yaptığı çalışmasında, hastaların genel sağlık ve yaşam kalitesinde iyileşmeler olduğu, acil servis ziyaretleri ve hastane yatışlarının azaldığı belirlenmiştir.⁵⁰ 2 yıllık takip çalışmaları, programın uzun vadeli etkilerini desteklediği tespit edilmiştir.

Hasta Merkezli Tıbbi Ev: Hasta Merkezli Tıbbi Ev modeli, 1967'de pediatri hastalıkları alanında ortaya çıkmış, hasta deneyimini ve bakım kalitesini artırmak amacıyla düzenlenen, erişilebilirliği ve hasta memnuniyetini artırma amacıyla geliştirilen yenilikçi bir yaklaşımdır.⁵¹ Model; bireylerin sağlık bakım ihtiyaçları sağlamak için yüksek kaliteli bakım vererek birincil bakımı organize etme mekanizmalarını tanımlar. Hasta, aile ve toplumun sağlık ihtiyaçlarına duyarlı, bütüncül bir açıdan yaklaşmayı amaçlar. Model oluşturulduğu günden bu zamana kadar özellikle

ABD’nde sağlık iyileştirilmesi açısından temel yapı taşı olarak kabul görmüştür. Bu model beş geniş bakım ilkesini bünyesinde barındıran birincil bakım uygulamaları olarak tanımlanır: kapsamlı, ekip temelli, koordineli, erişilebilir ve kanıta dayalı bakım.

ABD ve diğerk bazı ölkelerde model geniş çapta uygulanmakta ve olumlu sonuçların gösterdiğini belirten çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Örneğın; Jackson ve arkadaşları tarafından yapılan, 19 çalışmayı içeren derlemede modelin uygulanmasının kronik hastalıklarda sonuçları iyileştirdiğini, acil servis başvurularında düşüş olduğunu ancak hastane yatışlarında azalma olmadığı sonucuna varmıştır.⁵² Reid ve arkadaşlarının çalışmasında iki yıllık zaman içerisinde acil servis sağlık hizmet başvurularının ve hastane yatışlarının anlamlı düzeyde azaldığını, aynı zamanda maliyet etkin olduğunu belirtmiştir.⁵³

Toplum Tabanlı Geçiş Modeli: Günümüzde kronik hastalıkların artması ile sağlık sistemlerinde hizmet bütünlüğünün sağlanması ve maliyet etkinliğinin artırılması gibi konular, özellikle hastaneden ev ortamına geçiş süreçlerinde problemler yaratmaktadır. Bu bağlamda, geçiş bakım modelleri; hastaların taburcu olduktan sonra yeniden sağlık hizmet birimlerine başvuruları azaltmak, bakımda sürekliliğı sürdürmek ve hasta memnuniyetini artırmak için geliştirilmiştir. Topluluk Tabanlı Geçiş Modeli, bu modeller arasında, topluluk temelli kaynakları ve yerel sağlık hizmetleri ağılarını etkin ve aktif bir şekilde içi içe geçirmeyi amaçlayan yenilikçi bir yaklaşımdır.²⁷

Model; hasta ve aile katılımı, entegre bakım ve süreklilik, topluluk kaynaklarının kullanımı ve disiplinli ekip yaklaşımı gibi temel unsurlara odaklanmaktadır. Hastaların ve ailelerinin, bakım sürecinde aktif rol alması ile özyönetim becerilerinin geliştirilmesi ve tedaviye uyumun artırılması açısından kritiktir.⁵⁴ Hastane, birincil bakım hizmetleri ve toplum kaynakları arasında koordinasyonun sağlanması, geçiş sürecinde bakımın sürekliliğinin aķışının temin edilmesine yardımcı olur. Yerel sağlık kuruluşları, toplum temelli organizasyonlarla iş birliğı yapılarak, hastaların evde veya toplum ortamında ihtiyaç durumları tespit edilip, multidisipliner yaklaşım ile geçiş sürecinin planlanması ve uygulanmasında birlikte çalışır.⁵⁵

Entegre Bakım Modelleri: Entegre bakım modelleri, basamaklar arası sağlık hizmetlerin uyumlu bir şekilde çalışmasını sağlayarak, multidisipliner ekibin iş birliğı ile hasta temelli ve etkili sağlık hizmetleri sunabilmeyi hedefler. Birinci basamak hizmetler; aile hekimliğı, evde bakım hizmetleri, genel pratisyenlik ve toplum sağlığı

merkezleri gibi ilk temas noktalarını içerirken, ikinci basamak (sekonder) hizmetler; uzmanlık gerektiren tıbbi ve cerrahi müdahaleler, hastane hizmetleri ve ileri tanı/tedavi merkezlerini kapsamaktadır. Entegre bakım modellerinde, bu iki basamak arasında koordinasyon ve ortak bakım planları oluşturularak bakımın sürekliliği devam edecek şekilde hizmet alması sağlanır. Entegre bakım modellerinin temel bileşenlerinden biri, farklı disiplinlerden sağlık hizmeti sunucularının (örneğin, aile hekimi, ilgili uzman hekim, hemşire, eczacı, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı) birlikte çalıştığı multidisipliner ekiplerin oluşturulmasıdır. Bu ekipler, ortak bakım sorumluluğunu paylaşmakta ve her bir uzmanın görev tanımı açık şekilde belirlenmektedir. Hastaları ve aile bireylerini entegre bakım planlarının tasarımı ve uygulanmasına dâhil eden hasta merkezli yaklaşımlar, bakım sürecinin etkinliğini artırmaktadır. Ortak değerlendirmeyi kolaylaştırmak amacıyla tek bir giriş noktası oluşturulması önerilmektedir. Sürecin koordinasyonu için belirli bir bakım yöneticisinin atanması ve hastaların risk düzeyine göre sınıflandırılarak kaynakların etkili kullanımı sağlanmalıdır. Disiplinler arası ekiplerde güvene dayalı ilişkiler ve açık iletişim ortamı büyük önem taşımaktadır; fakat bu yapıların oluşumu zaman gerektirebilir. Bu bütüncül iş birliği sayesinde yalnızca klinik sonuçlar iyileşmekle kalmaz, aynı zamanda hastaların özyönetim becerileri ve tedaviye uyumları artar, sağlık hizmeti maliyetleri azalabilir.⁵⁶

2.1.1. Kronik Hastalık Bakımında Aile Hekimlerinin Rolü

Kronik hastalıkların yıllar içinde artan sıklığı, birey ve toplum açısından yol açtığı ağır sonuçlar, sağlık sistemleri üzerindeki yarattığı iş yükü ve maliyet yükü düşünüldüğünde bu rahatsızlıkların etkili bir şekilde yönetilmesi için bütüncül, koordineli ve uzun vadeli bir sağlık hizmeti gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Bu çerçevede, birinci basamak bakım hizmetleri belirleyici bir rol üstlenmektedir; hastalar için ilk temas noktası olması, sağlık durumlarının düzenli takip ve izlemine sağlaması ile multidisipliner ekiple iş birliği içinde çalışması kapsamlı bir bakım sağlar. Ayrıca, bu sistemler koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanması, risk faktörlerinin zamanında tanımlanması ve müdahalesi konusunda da büyük önem taşır. Böylece, kronik hastalıkların ilerlemesinin önüne geçilebilir, komplikasyonlar en aza indirilebilir ve hastaların sağlık kalitesi arttırılabilir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin

güçlendirilmesi hem toplumun genel sağlığının geliştirilmesi hem de sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği açısından kritik bir öncelik olarak kabul edilmektedir.⁵⁷

Mümkün olduğunca erken tanı konarak hastalar hastalık yönetim programlarına dahil edilmeli, verilecek hasta eğitimleriyle hastaların karar alma sürecinde yer almaları desteklenmelidir. Hastalıkların etkin yönetimi için hizmetler arası koordinasyonun sağlanması ve tedavi planlarının kanıta dayalı kılavuzlara uygun şekilde hazırlanması önem arz etmektedir.⁵⁸

Birincil sağlık hizmetlerinde, nedene bakılmaksızın kronik hastalıkların yönetimine yönelik bütüncül bir yaklaşıma ihtiyaç vardır. Genellikle basamaklar arası sağlık hizmetlerinin bakım tarzında farmakolojik ve psikososyal müdahalelerin bir kombinasyonu gerekir ve düzenli izleme ve tedaviye uyumun teşvik edilmesiyle uzun vadeli takip gerektirir. Kronik hastalıkların zorluğunun üstesinden gelmek için, birincil sağlık hizmetinin önemli ölçüde güçlendirilmesi gerekmektedir. Birincil basamak sağlık hizmetinde profesyonellerin eksik olduğu ülkelerde, hekim olmayan klinisyenler kronik hastalıkların önlenmesinde ve yönetiminde öncü bir role sahip olacak ve bu personelin uygun eğitime ve sürekli kalite konusunda mekanizmalara ihtiyacı olacaktır.⁴

Birinci basamak hekimi, hizmet verdiği popülasyonun sağlığıyla ilgili konularda ihtiyaç halinde ilgili kamu ve sivil toplum kuruluşlarıyla stratejik ortaklıklar içinde olmalı ve genel sağlığı iyileştirmeyi amaçlayan destekleyici program ve sağlık politikalarının oluşturulmasında diğer kuruluşlarla koordine şekilde çalışmalıdır. Örneğin, sağlıklı beslenme, sağlıklı gıda ürünlerinin fiyatının düşürülmesi, fiziksel aktivite, uygun egzersiz alanlarının sağlanması, tütün bırakma vb. konularda sağlığı koruyucu ve geliştirici programların planlanması ve uygulanması gibi konularda politikaların oluşturulması, sağlık hizmet ekibi, toplum liderleri ve ilaç firmaları arasında iş birliğinin sağlanması bu kapsamda yer alır.^{30,39}

2.1.1.1. Aile Hekimliğinde Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak hekimleri, kolay ulaşılabilir olması ve sürekli sağlık bakımı vermesi nedeniyle koruyucu sağlık hizmetleri konusunda önemli bir bileşendir. Birinci basamakta koruyucu hekimliğin ilk bileşeni, sağlık sorumluluğunu aldığı kayıtlı bireylerin hastalık risk değerlendirmesi yapılmasıdır. Sonraki süreç; kişinin sahip olduğu riske göre yapılandırılmış, kanıt temelli ve koruyucu hizmetlere yönelik

programının oluşturulmasını içerir. Koruyucu hekimlik, her birey için semptom ve/veya hastalık olup olmamasına göre dört yaklaşım türünün değerlendirilmesini içerir. Aile hekimleri, nüfusuna kayıtlı bireylerin sağlık geçmişini yakından takip edebilmesi sayesinde bireye özgü risk değerlendirmeleri yapabilmekte; yaşam tarzı değişikliklerini teşvik eden danışmanlık hizmetleri sunarak primer koruma, erken tanı ile sekonder koruma ve komplikasyonların önlenmesi yoluyla tersiyer koruma sağlayabilmektedir. Bu yaklaşım sayesinde hem hastaların yaşam kalitesi artırılmakta hem de sağlık sistemi üzerindeki uzun vadeli yük azaltılabilmektedir. Sağlık okuryazarlığının artırılması, sosyoekonomik koşulların iyileştirilmesi, bağımlılık yapıcı alışkanlıkların azaltılması (tütün, alkol), sağlıklı beslenme alışkanlıklarının teşvik edilmesi ve fiziksel aktivitenin arttırılmasına yönelik yasal düzenlemeler ile eğitimler primordial koruma önlemleri olarak öne çıkmaktadır. Tıbbi sorunların ötesinde aynı zamanda toplumsal kaygıların önlenmesini de kapsamaktadır. Kronik hastalıkların önlenmesinde sürdürülebilir kalkınma hedeflerinin etkin ve uzun dönem uygulanabilir duruma getirilmesi de primordial korumaya örnektir. Primer koruma, yani kişilerde hastalık gelişmeden önce sağlığın korunup geliştirilmesine yönelik yapılan müdahaleler olarak en etkili ve en maliyet etkin yaklaşımdır. İkincil koruma; kişide hastalık oluşmuş ancak asemptomatik durumda iken, hastalığı erken evrede saptamaya yönelik yaklaşımlar bu koruma kapsamındadır. Tarama prosedürleri bu kapsamda uygulanmaktadır. Üçüncül koruma ise hastalığın semptomları artık ortaya çıkmıştır ve tedavinin bir parçası olarak görülen bu yaklaşımda komplikasyonların gelişmemesi için alınan tedbirleri kapsar (diyabetli hastayı diyabetik ayak, hipoglisemi vs. komplikasyonlardan koruma). Dördüncül koruma ise aşırı medikalizasyon riskine karşı korumayı kapsar. Hastaya endikasyon dışı veya gereksiz yapılan her türlü müdahaleden korumaktır (ameliyat olmuş hastanın gereksiz hastanede tutulması gibi). Sağlığa ait yapılan her adımda, hasta için olduğu kadar tüm sağlık hizmet sistemi içinde dikkatli hareket etmek gerekir. Sağlık sistemlerinin sağlıklı işleyişi, nleme yoluyla sağlığın korunmasından geçer.⁵⁹

2.1.1.2. Hasta Eğitimi ve Hasta Güçlendirilmesi

Hasta eğitimi, bireyin sağlık durumunu ve hastalığını daha st düzeyde yönetebilmesi amacıyla bilgi, tutum ve becerilerle donatılmasını hedefleyen planlı bir süreçtir. Bu süreç yalnızca bilgi aktarımıyla sınırlı olmayıp, bireyin sağlıkla ilişkili

davranışlarını değişikliği ile sonuçlanmasını amaçladığımız bir süreçtir. Davranış değişikliği, özellikle kronik hastalıklarda tedavi uyumu, yaşam tarzı değişikliği (beslenme, egzersiz, ilaç kullanımı) ve özyönetim becerilerinin geliştirilmesi açısından temel bir bileşendir. Bu kapsamda Prochaska ve DiClemente tarafından ortaya konan Transteorik Model (TTM), bireylerin sağlıkla ilişkili davranış değişikliklerini aşamalı olarak gerçekleştirdiğini ileri süren bütüncül bir davranış kuramıdır. Model, değişimin doğrusal değil, döngüsel bir süreç olduğunu ve bireyin zamanla farklı aşamalar arasında geçiş yaptığını öne sürer. Modelin aşamaları şunlardır:⁶⁰

- Düşünme Öncesi
- Düşünme
- Hazırlık
- Eylem
- İdame
- Sonlandırma

WONCA, 2015 yılında PECC-WE (kronik durumlarda hasta güçlendirme) başlıklı bir girişimi hayata geçirmiş ve bu projede Feste ve Anderson güçlendirme kavramını “Hastanın bilgi, beceri, tutum ve kişisel farkındalık geliştirmesine ve sağlıkla ilgili kararlar için etkili sorumluluk üstlenmesine yardım eden veya destekleyen bir eğitim sürecidir” şeklinde tanımlamıştır.⁶¹

Kronik hastalıkların etkili yönetiminde hasta eğitimi ve güçlendirme yaklaşımları, bireylerin sağlıklarına yönelik bilgi, beceri ve özgüven kazanmaları açısından önemlidir. Hasta eğitiminin çeşitli kronik hastalıklarda klinik sonuçları iyileştirdiği, tedaviye uyumu arttırdığı ve sağlık hizmeti kullanımını olumlu yönde etkilediği bilinmektedir. Geleneksel hasta eğitimi yaklaşımı, bilgi aktarımına odaklanırken her hastanın ihtiyaçlarını kısmen karşılayabilir. Buna karşılık, özyönetim eğitiminin hedefleri, hastalığın hem fizyolojik hem de duygusal yönlerini bütüncül olarak ele almayı, bireylerin sorun çözme ve karar almada aktif rol üstlenmesini desteklemeyi ve hasta-sağlık uzmanı arasında güvene dayalı sürdürülebilir ortaklık ilişkilerini hedefler.⁶¹

Kalp yetmezliği olan bireylerde uygulanan eğitim programlarının, hastane kalma oranlarını azalttığı ve yaşam kalitesini artırdığı saptanmıştır.⁶² KOAH hastalarında ise solunum rehabilitasyonu ve hasta eğitimi uygulamalarının alevlenme sıklığını azalttığı ve semptom kontrolünü iyileştirdiği gösterilmiştir.⁶³ Hipertansiyon yönetiminde

davranışsal müdahaleler, bireylerin kendi kan basınçlarını düzenli olarak izlemeleri ve yaşam tarzı değişiklikleri konusunda bilgilendirilmeleri yoluyla daha iyi kan basıncı kontrolü sağlanmıştır.⁶⁴

Literatürde standart bir hasta güçlendirme tanımı bulunmamaktadır. Yaygın kullanılan bazı tanımlar şu şekildedir:

Funnell ve Anderson 2004 yılında “Hasta güçlendirme hasta merkezli bir yaklaşım olup, hastaların içsel kapasitelerini keşfetmelerine ve geliştirmelerine yardımcı olmayı hedefler, aynı zamanda hastaların kendi bakımlarında aktif rol almalarını sağlayarak hasta-sağlık profesyonellerinin etkin iş birliği yapmalarını gerektirir” şeklinde tanımlar.⁶⁵

Fumagalli ve arkadaşları 2014 yılında hasta güçlendirme ve ilgili kavramların sınırlarını netleştirmek amacıyla, hasta güçlendirmenin üç boyutu tanımlanmıştır:

- Yeni ortaya çıkan durumlar, hastaların daha aktif katılımı için gerekli bilgi, beceri, tutum ve farkındalık kazanmalarını tanımlar.
- Süreç/İşlem, bu bilgilerin elde edilmesindeki geçen süreci ifade etmektedir.
- Davranış değişikliği ise kazandıkları bilgi, beceri ve farkındalıkla hastaların özyönetim ve karar alma süreçlerinde katılımı belirtmektedir.⁶⁶

Bravo ve arkadaşları 2015 yılında yeni bir kavramsal model geliştirmişlerdir. Bu kavramsal model, destekleyici temel yaklaşımlar/etik değerler, müdahaleler, hasta güçlendirmeyi düzenleyen faktörler, hasta güçlendirmenin göstergeleri ve sonuçları olmak üzere beş maddeden oluşmaktadır.⁶⁷

2.1.2. Kronik Hastalık Bakımının Sürekliliği

Birinci basamak sağlık hizmetleri literatüründe süreklilik genellikle belirli bir hastalık ya da rahatsızlık döneminin ilerisinde, hasta ile sağlık çalışanı arasındaki ilişki olarak ele alınmaktadır. Süreklilik, hastalarla sağlık çalışanları arasında bir aidiyet duygusunu ifade eder ve çoğu zaman hasta tarafından gösterilen sadakat ile sağlık çalışanının üstlendiği sorumluluk biçimindedir. Bu durum iletişimi geliştirir, güveni artırır ve sürekli bir sorumluluk duygusu oluşturur. Aile hekimliğinde süreklilik, bakımın koordinasyonundan farklıdır; ancak iyi bir koordinasyon, genellikle bu sürekliliğin bir sonucu olarak ortaya çıkar. Sağlık hizmetine erişilebilirlik ile süreklilik arasında bir denge kurmak gerekir; çünkü her iki hedef bazen birbirini sınırlayabilir.⁶⁸

Bakım sürekliliği, birincil bakımın temel bir unsuru olarak değerlendirilir ve genel uygulamada bakım kalitesinin bir boyutunu yansıtır.⁶⁹

Bakım sürekliliğinin 3 tanımlanmış alanı vardır:

- Bilgisel
- Yönetimsel
- İlişkisel(kişilerarası).

Bilgisel süreklilik, hasta ziyaretlerine dayalı hasta bilgilerinin mevcut olduğu (genellikle bir hasta çizelgesi veya elektronik tıbbi kayıt aracılığıyla) ve hastaya uygun bakımı sağlamak için kullanılan alandır. Farklı sağlık hizmeti sunucuları arasında tıbbi bilgi paylaşımına yönelik algısını ifade etmektedir. Kronik hastalığı olan bireyler için bilgisayarlı süreklilik, hastanın tıbbi öyküsüne, yaşam koşulları ile ilgili bütüncül bilgilere uzun dönemli erişim sağlanması açısından önemli bir unsurdur. Özellikle hastaların, kendi sağlık durumlarını yetersiz bilgiye sahip geçici hekimlere tekrar tekrar açıklamak zorunda kalmaları, iletişimde aksaklıklara ve hasta memnuniyetinde düşüşe neden olmaktadır. Yönetim sürekliliği, bakımın düzenli, tutarlı ve zamanında sağlanmasını garanti altına almak için standartların ve kılavuzların kullanımını içerir. Bu, genellikle bakımın birden fazla sağlayıcı tarafından sağlandığı durumlar için geçerlidir. Buna erişilebilirlik (randevuların, tıbbi testlerin mevcudiyeti), bakım ihtiyaçlarına uyum sağlanması ve bakımın tutarlılığı dahildir. İlişkisel süreklilik (kişilerarası), bakım sağlayıcısı ile hasta arasındaki devam eden ilişkiyi gösterir. Tutarlılık, özellikle kronik sağlık sorunları olan hastalar, yaşlılar ve terminal dönem bakım alan hastalar için önemlidir. Aile hekimi, sürekliliği sağlamada, kronik hastaların bakımını koordine etmede, acil ve akut bakım sistemine katalizör görevi görerek merkezi bir rol üstlenmektedir. Sürekli bir doktor-hasta ilişkisinde hastanın durumuna aşina olması hastaların endişelerini yönetirken daha fazla zaman ayırabilmesi açısından önemlidir. İlişkinin süresini ve kalitesini ifade eder; bu, sağlık profesyonelinin dikkati, güven duygusu, tıbbi bilgisi ve kurduğu ilişki tarafından etkilenir.⁷⁰

2.2. Cerrahi Öncesi ve Sonrası Bakımda Aile Hekimlerinin Görevleri

Aile hekimi ameliyat öncesi mevcut olan kronik hastalıklarının yönetimi ile hastayı en iyi şekilde operasyona hazırlamalı, ameliyatı hakkında kapsamlı bilgi vermeli, kullandığı ilaçlar varsa ilaçlarını zamanında kullanmasını sağlamalı ve hastanın

muhtemelen ihtiyaç duyabileceği bakımıyla ilgili olarak psikososyal destek vermelidir.⁷¹ Cerrahi sonrası bakım süreci, sadece hastane ortamında değil, hastaların evlerine taburcu edildikten sonraki süreç için de etkin bir takip gerekir. Bu süreçte aile hekimleri, hastaların iyileşme sürecinin takibi, komplikasyonların önlenmesi, yönetimi ve kronik hastalıkların yönetimi açısından kritik bir rol üstlenmektedir.⁷² Birinci basamak sağlık hizmetlerinin cerrahi sonrası bakımda hasta sonuçları üzerindeki iyileştirici ve pozitif etkisi giderek daha fazla vurgulanmaktadır. Yapılan bir sistematik derleme, cerrahi sonrası birinci basamak hekimlerinin düzenli takibinin, hastanede kalış süresini azalttığını ve postoperatif komplikasyon oranlarını düşürdüğünü göstermiştir. Benzer şekilde, Katayama ve arkadaşlarının 2024 yılında yaptığı çalışmada, ameliyat öncesinde düzenli birinci basamak sağlık hizmet ziyaretleri olan sindirim sistemi kanseri hastalarının, ameliyat sonrası dönemde daha iyileştirilmiş sağlık sonuçları olduğu belirlenmiştir.⁷³ Bu sonuçlar, aile hekimlerinin sadece tedavi edici değil, aynı zamanda koruyucu ve bütüncül bakım sağlayıcı olarak da sağlık sisteminde önemli bir rol üstlendiğini ortaya koymaktadır. Cerrahi sonrası bakımın sürekliliği, hastaların komplikasyonlardan korunması, yaşam kalitesinin artırılması ve sağlık sisteminde maliyet etkinliğin sağlanması açısından büyük önem taşımaktadır.

2.3. Taburculuk Sonrası Bakımda Aile Hekimlerinin Görevleri

Hastaneden taburcu olduktan sonraki dönem hastalar için hassas bir aralıktır. Yetişkinlerin yaklaşık yarısı hastaneden taburcu olduktan sonra tıbbi bir sorunla karşılaşır ve % 19-23'ü çoğunlukla bir ilaç yan etkisi olmak üzere olumsuz bir deneyim yaşar. Hastane hekimleri ile birincil basamak hekimleri arasındaki iletişimsizlik, ilaç düzenlemesinde yapılan değişiklikler, mevcut kaynakları zorlayabilecek yeni özbakım sorumlulukları ve karmaşık taburcu talimatları hastalar için sistemde kaybolmalarına sebep olabiliyor.⁷³ Kripalani ve arkadaşları (2007) cerrahi sonrası bakımın birincil basamak sağlık hizmetlerine etkin şekilde aktarılmasının, hastalarda güvenli taburculuk ve daha düşük yeniden yatış oranları gerçekleştirdiğini belirtmişlerdir.⁷⁴

Taburculuk sonrası aile hekiminin görevleri arasında bakımın sürekliliğini sağlamak olduğu için bağlı olduğu nüfusun cerrahi operasyon geçiren hastaları bilip takip etmesi görev tanımları arasındadır. Taburculuk sonrası ortaya çıkabilecek yara yeri enfeksiyonu, ağrı, emboli gibi sorunları erken tespit etmek açısından ve kullanması

gereken ilaçların düzenlenmesini sağlamak, ilaçların doğru ve zamanında kullanımını konusunda hastayı bilgilendirmek önemlidir. Ameliyat sonrası gelişebilecek depresyon, anksiyete, uyku ve uyum sorunları gibi durumlarda psikolojik ve sosyal destek hizmetlerine yönlendirme yapılması; mobilite kısıtlılığı veya palyatif bakım gereksinimi olan hastalar için evde sağlık hizmetlerinin planlanması; ayrıca rehabilitasyon merkezleri, diyetisyen, fizyoterapist ve sosyal hizmet uzmanı gibi destek unsurlarına yönlendirme yapılması ve erişim sağlaması açısından aile hekimliği önemli bir rol üstlenmektedir.⁷⁵

Hastalar taburcu olduktan sonra genellikle potansiyel olarak önlenabilir olumsuz olaylar ve tekrar hastane yatışları yaşarlar. Kardiyovasküler Hastalıklarda Düşük Okuryazarlık İçin Eczacı Müdahalesi çalışmasında hastaların çoğu taburcu olmadan önce ilaçları hakkında bir eczacıyla konuşmanın (% 72,8) “çok yararlı” olduğunu, özellikle de ilaçların nasıl alınacağı ve yan etkilerin nasıl önleneceği ve yönetileceği konusunda konuşmanın “çok yararlı” olduğunu belirtmişlerdir. Resimli bir ilaç listesi almak (% 69,6) ve taburcu olduktan sonra takip telefon görüşmesi yapmanın (% 68) da çok yararlı olduğunu değerlendirmişlerdir.⁷⁶

2.4. Özetkilik Kavramı

Bandura'nın 1986 yılında ortaya koyduğu Sosyal Bilişsel Kuram, davranış değişikliğini etkileyen faktörlerin ayrıntılı analizine değinmektedir. Bu kuram çerçevesinde özetkililik (özyeterlilik) bireyin belirli bir performansı gerçekleştirme kapasitesine ilişkin öznel yargısı olarak tanımlanmıştır. Pozitif sağlık davranışlarının geliştirilmesinde ve özellikle kronik hastalığa sahip bireylerde sağlığın korunması ve sürdürülmesinde önemli katkılar sağladığı belirtilmektedir. Bandura, bu süreçte davranış değişikliğini etkileyen temel unsurlar olarak özetkililik, hastalığa uyum ve özbakım davranışlarını vurgulamıştır. Etimolojik olarak ‘öz’ bireyin kendisini, ‘etkililik’ ise bir sonucu ortaya çıkarma kapasitesini ifade eder.⁷⁷ Bireyin özetkililik algısının; davranışı benimseme ve o davranışı başlatma ve davranıştaki değişimin devam ettirilmesinde son derece önemli rol oynadığı belirtilmektedir. Bir olayı gerçekleştirebileceğine inanan bireyler, süreçte daha aktif ve kendi kararlarını veren bir yaşam sürebilirler.⁷⁸

2.4.1. Özetkililik İnancını Etkileyen Faktörler

Bandura özetkililik düzeyinin kişilerde her zaman aynı düzeyde ve aynı şekilde olmadığını, bu algının durum ve davranışa özgü ortaya çıktığına dikkat çekmektedir. Özetkililik inancı bireyin bilişsel, motivasyonel, duygusal durumları ve karar verme süreçlerinden etkilenecek zaman içinde değişebilmektedir. Bandura'ya göre özetkililik algısını etkileyen dört etmen bulunmaktadır; bireyin doğrudan yaşadığı kişisel deneyimler, başkalarının yaşantılarından çıkarılan sonuçlar (dolaylı yaşantılar), sosyal onay ve bireyin fizyolojik ve duygusal durumudur.⁷⁹

2.4.1.1. Kişisel Deneyimler

Öz-etkililik inancını etkileyen faktörlerden en önemlisinin kişisel deneyim olduğu tanımlanmıştır. Davranış değişikliği, bireyin önceki deneyimlerinden ve elde ettiği başarılarından etkilenebilmektedir.⁷⁷ Bireyin başladığı işlerde gösterdiği başarı daha sonra benzer işlerde de başarılı olacağını göstermektedir. Elde edilen başarılar, birey üzerinde pekiştirici bir etki yaratarak, benzer davranışları gerçekleştirebileceğine dair motive etmektedir.⁷⁹ Başarılı deneyimler özetkililik inancını güçlendirirken, sahip olunan başarısızlıklar özetkililik inancının zayıflamasına neden olmaktadır.⁸⁰ Bandura, güçlü ve sağlam özetkililik inancının olumlu deneyimlerin birikimiyle gelişebileceğini, yaşanabilecek başarısızlıklardan kolay etkilenemeyeceğine vurgulamaktadır.⁷⁹

2.4.1.2. Başkalarının Deneyimlerinden Çıkarılan Sonuçlar (Dolaylı Yaşantılar)

Bireyin beklentileri, diğer kişilerin yaşadığı deneyimlerinden etkilenebilmektedir. Başka kişilerin başarılarını izlemek, kişinin kendisinin de başarılı olabileceği beklentisine girmesini sağlayabilir.⁸¹ Bireyin belirli bir alandaki kişisel deneyimi sınırlı olduğunda, model alınan kişinin deneyimlerine yönelik algısı daha etkili olabilmektedir. Özellikle yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi demografik özellikler açısından benzerlik kurulduğunda, birey başkalarının yaşantılarını kendi durumu ile bağdaştırarak bu dolaylı deneyimlerden daha fazla etkilenebilmektedir.⁷⁹

2.4.1.3. Sosyal Onay

Bireyin bir davranışı başarıyla yapılabileceğine yönelik aldığı teşvik edici geri bildirimler ve öğütlerle pozitif yönde pekiştirilmesi, özetkililik inancının şekillenmesinde etkili olabilmektedir.⁸¹ Özellikle saygı duyulan ve model görülen kişilerden gelen destekleyici ifadeler, benzer davranışları gerçekleştirme konusunda bireyin özgüvenini arttırabilmektedir. Bireylerin bir eylemi yapabilecek kapasitede olduğu konusunda aldığı olumlu geri bildirim, özetkililik inancı üzerine olumlu bir etki ortaya çıkarabileceği belirtilmektedir. Olumsuz geri bildirimler ise öz-etkililik inancını zayıflatabilmektedir.⁸²

2.4.1.4. Kişinin Fizyolojik ve Duygusal Durumu

Bireylerin özetkililik inançları belirli bir davranışı gerçekleştirirken yaşadıkları fizyolojik ve duygusal tepkilerden etkilenebilmektedir. Özyeterlilik, stres tepkilerinde ve tehdit edici durumlarda başa çıkma becerisi açısından önemlidir.⁷⁷ Bir olaya karşı hissedilen heyecan, stres, korku gibi yoğun duygusal reaksiyonlar, sonucun başarıyla tanımlanıp tanımlanmayacağı konusunda bilgilendirici olabilmektedir. Bireyin davranışa başlayacağı zaman fizyolojik ve duygusal açıdan iyi durumda olması işe başlama olasılığını arttırabilmektedir.⁸³ Düşünme açısından, güçlü özetkililik duygusu bilişsel süreçleri ve akademik performansı kolaylaştırır. Özetkililik algısı yüksek olanlar, güçlü problem çözme yeteneğine sahip olduklarına inanmaktadırlar. Bu bireyler daha zorlu kararlar alma konusunda kendilerine güvenmektedirler.⁷⁸

2.4.2. Sağlığı Geliştirme ve Sürdürme

Sağlıkla ilgili olumlu sağlık davranış değişikliğinin başlatılması ve sürdürülmesi yüksek düzeydeki özetkililik algısına bağlıdır.⁸³ Riskli sağlık davranışlarının (madde kullanımı vb.) azaltılmasında, fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme ve kilo kontrolüne yönelik olumlu davranışların geliştirilmesinde bireyin özetkililik algısının önemi vurgulanmaktadır. Örneğin; Baş ve Dönmez'in 2009 yılında yaptığı çalışmada obez bireylerin kilo kontrolüne yönelik özetkililik algılarının düşük olduğu bulunmuştur.⁸⁴

2.4.3. Hastalık Sürecinde Özetkililik

Özetkililik; bireyin özbakımını gerçekleştirmesini teşvik eden ve hastalıkla mücadele sürecine yardımcı olan bir durumdur.⁸⁵ Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülebilmesinde kritik bir belirleyici olan özetkililik kronik hastalıkların yönetiminde (KOA, astım, diyabet vb.) önemli bir bileşendir.⁸⁶ Özetkililik algısı, bireylerin hangi aktiviteleri gerçekleştireceklerini belirlemede etkili olabilmektedir. Yüksek özetkililik düzeyine sahip bireyler, bu alanlardaki davranışları daha kolay gerçekleştirirken, düşük özetkililiğe sahip bireyler bu davranışlardan kaçınmaya eğilim göstermektedirler.⁸⁷ Örneğin KOA'lı hastaların bir kısmı solunum sıkıntısını azaltmak için az bir eforla bile gerçekleştirebilecekleri bazı aktivitelerde kendilerine güven eksikliği hissettikleri için yeterli fiziksel fonksiyon kapasitesine sahip olsalar bile, günlük yaşam aktivitelerinde kendilerini sınırlayabilmektedirler.⁸⁸ Artrit hastalarına yapılan bir çalışmada özetkililiği yüksek olanların hastalığa bağlı fonksiyon kısıtlılığına rağmen, yapabilecekleri aktivitelerde daha fazla çaba sarf ettikleri gösterilmektedir.⁸⁹

2.5. Evde Bakım Hizmetleri

Evde Bakım Hizmeti, ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı altında sağlık hizmetlerini mobilize hale getiren bir uygulama olarak 2011 yılında ortaya konmuştur. Kamusal düzeyde multidisipliner ekip anlayışı ile 27/02/2015 tarih ve 29280 sayılı 'Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna Dair Yönetmelik'le yürürlüğe konulmuştur. Yaşlı, mobil olmayan, engelli, kronik hastalığı olanlar, ameliyat sonrası bakım gereksinimi olanlar, kanser hastaları gibi tanısı konulmuş hastalara kendi ev ortamında uzman bir sağlık ekibi tarafından düzenli ve nitelikli sağlık hizmeti verilmesini hedeflenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), evde sağlık bakımını doğrudan tanımlamasa da bu kavramı uzun dönemli bakım ve birincil sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası olarak ele almaktadır. WHO'nun "Home health care for the elderly" başlıklı raporuna göre, evde sağlık bakımı, yaşlı bireylerin hastane veya bakım evine gitmeden kendi evlerinde sağlık hizmeti alabilmelerini sağlayan bir yaklaşımdır. Bu hizmetler, tıbbi, psikolojik ve sosyal değerlendirme, yara bakımı, ilaç eğitimi, ağrı yönetimi, hastalık eğitimi ve yönetimi, fizik tedavi, konuşma terapisi, ilaç hatırlatmaları, sağlık geliştirme ile koruyucu sağlık

hizmeti gibi çeşitli alanları kapsamaktadır.⁹⁰ Evde bakım hizmetleri genel olarak sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından bireyin kendi evinde veya yaşadığı ortamda sunulmasıdır.⁹¹

Evde bakım hizmetleri, hizmeti veren kişiye göre iki sınıfa ayrılır. Farklı meslek disiplinlerinden uzman ya da yarı uzman kişiler tarafından sunulan evde bakım “formal bakım”; akraba, arkadaş gibi aile ve yakın bireylerinin verdikleri bakım ise “informal bakım” olarak tanımlanır.⁹²

2.6. Bireyselleştirilmiş Sağlık Hizmetleri

Bireyselleştirilmiş sağlık hizmetleri, hastaların genetik, biyolojik ve psikososyal gibi bireysel özellikleri temel alınarak, hastalıkların daha doğru sınıflandırılmasını ve bu doğrultuda sağlık hizmetinin uyarlanmasını hedefleyen sağlık hizmeti yaklaşımıdır. Kişiye özel tedavi planları, hastanın klinik durumu, yaşam tarzı, tıbbi geçmişi, tedaviye uyum kapasitesi, bakım gereksinimleri ve bireysel tercihleri dikkate alınarak hazırlanmalıdır.⁹³ Bireyselleştirilmiş hizmet anlayışı, özellikle kronik hastalık yönetiminde daha da önemli hale gelmektedir. Kronik hastalıkların uzun süreli doğası gereği, hastadan özbakım, tedaviye uyum ve yaşam tarzı değişikliği talep eder. Ancak bu süreçte bireylerin bilgi düzeyi, tutumu, özyeterlilik algısı, sosyoekonomik durumu ve komorbidite yükü gibi birçok faktörden etkilenmektedir.⁹⁴ Son yıllarda, bireysel hasta benzerliğine dayalı sistemlerin geliştirilmesi ve uygulanmasına yönelik çalışmalar artmıştır. Bu sistemlerde amaç, hastanın mevcut klinik durumuna en çok benzeyen hasta gruplarını tanımlayarak, elde edilen sonuçlara dayalı kişiselleştirilmiş tedavi kararları önermektir. Özellikle klinik karar destek sistemleri kapsamında geliştirilen “Precision Cohort Treatment Options (PCTO)” yaklaşımı, hastaya özgü klinik karar noktalarını sağlık verilerinden analiz etmekte ve bu verilerle eş zamanlı olarak benzer hasta olaylarından oluşan dinamik bir kohort oluşturmaktadır. Bu yöntem, statik hasta kümeleri yerine, hastanın güncel durumuna göre oluşturulan ve tedavi verilerinden faydalanarak bireye özgü ve kanıta dayalı tedavi seçenekleri sunmaktadır. Böylece hasta sonuçlarını iyileştirme, tedaviye yanıtı öngörme ve sağlık hizmetlerinde maliyet etkinliği sağlama açısından önemli katkılar sunmaktadır. Pilot bir uygulamada, elektronik sağlık kayıtları verileri kullanılarak hipertansiyon, tip 2 diyabet ve hiperlipidemi gibi yaygın kronik hastalıklar için geliştirilen bireyselleştirilmiş karar

destek sistemi, birinci basamak düzeyinde uygulanmış ve bu sistemin klinik sonuçları iyileştirdiği gösterilmiştir. Bu bulgular, veri temelli yaklaşımların birinci basamakta kronik hastalık yönetimini güçlendirmede etkili bir araç olabileceğini göstermektedir.⁹⁵

2.7. Kardiyovasküler Hastalıklar

Koroner arter hastalığı (KAH), Koroner kalp hastalığı (KKH) olarak da bilinen en sık görülen kardiyovasküler sistem hastalığıdır. Bu hastalık, yüksek mortalite ve morbitide oranları, ileri yaş grubunda daha sık görülmesi, tedavi sürecine ilişkin maliyetinin yüksek olması ve ölüm dahil ciddi komplikasyonlara yol açması gibi nedenlerden dolayı önemli bir halk sağlığı sorunudur.⁹⁶

KAH, koroner arterlerin aterosklozu (damar sertliği) veya aterosklerotik tıkanıklıklarının neden olduğu kardiyovasküler bir hastalıktır. Ateroskleroz, genellikle ilk olarak endotel disfonksiyonu zemininde, orta ve büyük çaplı arterlerin intima tabakalarında lipoprotein damlacıklarının birikmesiyle oluşmakta ve tipik lezyon olarak aterom plaklarına sebep olmaktadır. Aterosklerotik plakların ilerleyişi ile birlikte lümeni daraltan lezyonlar oluşur. Köpük hücrelerinin intima tabakasında birikmesi ile sarı çizgilenmeler oluşur. Lümeninde darlık oluşturmeyen, erken yaşlarda bile görülebilen bu lezyonlar yağlı çizgilenme olarak adlandırılır ve aterosklerozun ilk lezyonudur. Düz kas hücrelerinin yağlı çizgilenmenin olduğu alana yer değiştirmesi ve kollajen üretimi sonucunda fibröz plaklar meydana gelir. Fibröz plaklar, koroner arter lümenini daraltarak iskemik tabloların oluşmasına neden olur.⁹⁷

Türk Erişkinlerindeki Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışması 1990 yılında beri ülkemizde yapılmaktadır ve KAH'nın 45-54, 55-64 ve 65 yaş üstü yaş gruplarında sırasıyla % 6, % 17 ve % 28 oranında görüldüğü tespit edilmiştir. 45-74 yaş aralığındaki verileri diğer ülkelerle kıyaslamak için bakıldığında ise mortalite prevalansları erkeklerde binde 7,3, kadınlarda binde 3,8 olarak bulunmuştur. Bu değerlerin birçok Avrupa ülkesine göre yüksek olduğu belirtilmiştir.⁹⁸

2.7.1. Kardiyovasküler Hastalıkların Risk Faktörleri

KAH için risk faktörlerinin bazıları kontrol edilmesi mümkün olmamasına rağmen, kontrol altına alınabilecek risk faktörleri de vardır.

Modifiye Edilemeyen Risk Faktörleri (Kontrol altına alınamayan)
Bu gruptaki faktörler bireyin değiştirilemeyecek özelliklerine dayanmakta olup KAH gelişme riskini artırmaktadır:

- Yaş: Erkeklerde ≥ 45 , kadınlarda ≥ 55 yaş üzeri olmak KAH riskini artırmaktadır.
- Cinsiyet: Erkek cinsiyeti, kadınlara kıyasla daha yüksek risk altındadır.
- Genetik yatkınlık / Aile öyküsü: Birinci derece akrabalarda erkekte 55, kadında 65 yaşından önce koroner arter hastalığı öyküsü olması önemli bir risk unsurudur.

Modifiye Edilebilen Risk Faktörleri (Kontrol Altına Alınabilir)
Yaşam tarzı değişiklikleri ve uygun tıbbi tedavi ile bu faktörler üzerinde olumlu yönde etkiler sağlanabilir:

- Sigara ve alkol kullanımı
- Yüksek kan basıncı (hipertansiyon): $\geq 140/90$ mmHg değerleri
- Diyabetes Mellitus (şeker hastalığı)
- Düşük HDL kolesterol düzeyi (< 45 mg/dL), Yüksek LDL kolesterol düzeyi (> 130 mg/dL), Yüksek total kolesterol düzeyi (> 200 mg/dL)
- Obezite
- Fiziksel inaktivite (hareketsiz yaşam tarzı), sedanter yaşam
- Dengesiz ve sağlıksız beslenme alışkanlıkları
- Psikososyal stres ve kronik duygusal baskı.⁹⁹

2.7.2. Kardiyovasküler Hastalıkların Belirti ve Bulguları

KAH'da arter lümenindeki daralmanın ve tıkanmanın lokalizasyonu ve derecesine göre kan akımında azalma ve tıkanma meydana gelmektedir. Oluşan tıkanıklığa bağlı substernal ağrı, göğüste baskı (çene, omuz, sırt ve kolay yayılım gösterebilen), çarpıntı, yorgunluk, dispne gibi semptomlar ortaya çıkmaktadır. Miyokarda kan akımının azalmasına sonucunda iskemik tablo ortaya çıkmakta ve neden olduğu göğüs ağrısı anjina pectoris (AP) olarak tanımlanmaktadır. Kan akımındaki azalma ileri düzeyde olduğunda ise miyokard hücrelerinin ölümü sonucu akut miyokard infarktüsü (AMI) gelişebilmektedir.^{96,97}

2.7.3. Kardiyovasküler Hastalıkların Sonuçlar

KVH'nin en ciddi sonucu mortalite olmakla birlikte; yaşam kalitesinde bozulma, iş gücü kaybı, fiziksel ve psikososyal işlevsellikte azalma gibi çok yönlü etkiler ortaya çıkarmaktadır. Özellikle koroner arter hastalığı veya geçirilmiş cerrahi müdahaleler sonrasında hastaların değişen yaşam tarzı değişikliklerini benimsemekte zorlandığı, tedaviye uyumda sorunlar yaşadığı ve özyeterlilik algısının düştüğü çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir.^{100,101} Toplum düzeyinde ise KVH, sağlık hizmeti kullanımında artışa, sağlık sistemleri üzerinde ekonomik yük oluşmasına ve uzun dönemli bakım hizmetlerine olan ihtiyacın artmasına yol açmaktadır. Hastaneye tekrarlı yatış oranları, acil servis başvuruları ve komplikasyon gelişimi gibi etkileri de olabilmektedir.⁹⁷

2.7.4 Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Yolları

KAH'dan korunmaya yönelik stratejilerinin temelini, hastalığın oluşumunda rol oynayan yaşam tarzı ve çevresel faktörlerin değiştirilmesi ile yüksek risk taşıyan bireylerin erken dönemde belirlenmesi oluşturmaktadır.⁹⁶ KAH'ın risk faktörlerinin uzun dönem ilaç tedavisi ve sigaranın ve/veya alkolün bırakılması, sağlıklı beslenme, kilo verme, fiziksel aktivite ve stres ile baş etme gibi yaşam tarzı değişiklikleri ile azaltılabileceği belirtilmektedir.⁹⁶ KVH'lerin büyük bölümü önlenabilir risk faktörleri (sigara kullanımı, hipertansiyon, diyabet, dislipidemi, obezite, fiziksel inaktivite) ile yakından ilişkili olduğundan, etkin bir birinci basamak sağlık hizmeti ile hastalıkların önlenmesi ve erken müdahale mümkün olabilmektedir. Aile hekimlerinin ilişkili risk faktörlerini belirleme ve buna uygun yaşam tarzı değişikliklerinin desteklenmesi, hasta eğitimi, tedaviye uyumun izlenmesinde aktif rol üstlenmeleri kritik öneme sahiptir. Yaşam tarzı değişikliğinde hedef hastanın ideal kilosunda olması, sigara-alkol kullanımının önlenmesi ve düzenli fiziksel aktivite yapması konusunda destek olunması gerekir.⁹⁷

2.7.5. Kardiyovasküler Hastalıkların Tedavisi

Koroner arterlerdeki aterosklerotik plaklar genellikle birden fazla koroner arteri etkilemektedir. Koroner arter hastalığının tedavisinde medikal tedavi, perkütan girişimsel işlemler (anjyoplasti ve stent uygulaması) ve revaskülarizasyon cerrahisi yani koroner arter bypass greft (KABG) gibi farklı yöntemler uygulanmaktadır.

Minimal invaziv tekniklerin gelişmesi ile birlikte açık kalp cerrahisi artık en son tercih edilen yöntem olmuştur. Bununla birlikte KABG hala etkinliğini ve yaygınlığını korumuş bir yöntem olarak kabul edilmektedir. KABG ameliyatı günümüzde farmakolojik tedaviye yanıt vermeyen, PTCA (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty) veya stent girişimlerinin mevcut koşullarda uygulanamadığı veya başarısız olduğu olguların tedavisinde hastaların yaşam kalitesine ve hayatta kalma süresine katkı sağlaması nedeniyle kabul görmüş bir yöntemdir.¹⁰²

2.8. Koroner Arter Bypass Greft (KABG)

KABG, vücudun farklı bölümlerinden elde edilen arter ve venlerin ya da protez greftler kullanılmasıyla, koroner arterlerdeki darlık veya tıkanıklığa bağlı ortaya çıkan miyokardiyal iskeminin ortadan kaldırılması amacıyla gerçekleştirilen ameliyatlardır. İlk kez 1964 yılında safenöz ven grefti kullanılarak uygulanmış ve sonrasında koroner arter hastalıkları için kabul gören bir yöntem haline gelmiştir. Tıbbi medikal tedavi ile karşılaştırıldığında bypass etkin olarak ağrının rahatlatılması, egzersiz toleransının artırılması, yaşam süresinin uzatılması ve zayıf sol ventrikül fonksiyonuyla beraber üç damar hastalığı durumunda yaşam süresinin artırılması yönünden daha avantajlı bir tedavi şekli olarak benimsenmiştir.¹⁰³ Minimal invaziv direkt koroner arter baypas (MIDCAB) tekniği, geleneksel CABG'nin daha az invaziv bir versiyonudur. MIDCAB yaklaşımı kalp-akciğer makinesinin kullanılmasını gerektirmez ve sternum kesilmeden yapılmaktadır. Cerrah tıkalı kaburgalar arasında küçük bir kesi yapar. Geleneksel CABG ameliyatının aksine, MIDCAB yaklaşımı dengeleyici bir cihaz kullanılarak atan kalp üzerinde gerçekleştirilir. MIDCAB daha az travmatik olmasına, genellikle daha kısa bir hastanede kalış süresine (ortalama 3 gün) ve iyileşme sürecine sahip olmasına ve daha küçük kesiler gerektirmesine rağmen, bu teknik genellikle ikiden fazla tıkalı damar durumunda kullanılamaz.¹⁰⁴ Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association)'nin verilerine göre; yılda yaklaşık 1 milyon anjioplasti gerçekleştirildiği, yaklaşık 350 bin KABG ameliyatı olduğu belirtilmiştir. KAH'nin tedavisinde, cerrahi tedavinin medikal tedaviye göre daha başarılı olduğu belirtilmektedir ve bu cerrahi operasyonun en büyük avantajı, hastanın ameliyattan sonraki yaşam süresinin ilaç tedavisine göre daha uzun olmasıdır. Duits ve arkadaşlarının 1997 yılında yapılan bir çalışmada koroner arter bypass ameliyatından sonra hastaların % 70-90'ında anjina ve dispne gibi semptomların

azaldığı ve egzersiz toleransının operasyon öncesine göre % 20-50 oranında arttığı saptanmıştır.¹⁰³

2.8.1. KABH Sonrası Komplikasyonlar

Açık kalp ameliyatı sonrasında; sistemik inflamatuvar yanıt, nörokognitif bozulmalar, pulmoner ve renal disfonksiyon, tromboembolik olaylar, hava embolisi, multiorgan yetmezliği, aritmiler, kardiyak tamponad, kapiller sızıntı sendromu, hemoliz ve post-perfüzyon sendromu gibi çeşitli komplikasyonlar gelişebilmektedir.¹⁰⁵ Gültekin ve Özbayır (2002)'ın gerçekleştirdiği çalışmada, açık kalp cerrahisi geçiren hastaların % 85'inin cerrahi yerinde yara akıntısı ve sızıntının arttığı, % 77'sinin ameliyat yerinin çevresinde kızarıklık, ödem, ısı artışı olduğu ve % 51.4'ünün ağrısında artma ifade ettiklerini belirlemişlerdir. KABG sonrası her iki cinsiyetin beş yıllık sağkalım oranı benzerdir. Kadın cinsiyeti bağımsız bir mortalite belirleyicisi değildir. Kadınların, KABG sonrası daha yüksek MI riski varken, erkeklerin KABG sonrası yeniden hastaneye yatış oranları daha yüksek bulunmuştur.¹⁰⁶

2.8.2. KABG Ameliyatlarında Taburculuk Sonrası Dönem

KABG cerrahisinden sonraki uzun ve kısa dönem başarı, hastanın koroner damarlarının ve bypass greftin yeniden tıkanıklığının tekrarlamamasıdır. Gaudino ve ark. tarafından 2023 yılında yapılan çalışmada, KABG sonrası ilk bir yıl içinde greft venlerin yaklaşık % 6-26'sinin tekrar tıkanıldığını ve on yıl içinde tıkanıklıkların % 50'ye ulaştığını tespit etmişlerdir.¹⁰⁷ KABG cerrahisi aterosklerozun kesin tedavisi değildir ancak greftlerin yeniden tıkanmasının önlenmesi ve aterosklerotik sürecin ilerlemesinin yavaşlatılması açısından risk faktörlerinin azaltılması ve yaşam tarzı değişikliklerinin benimsenmesi büyük önem taşımaktadır. Cerrahi sonrası bireyler 3-12 ay içinde fiziksel, psikososyal ve maddi boyutları ile birçok sorun yaşayabilmektedirler. Bu problemlerin birbirinden bağımsız olmadığı, birbirlerini etkileyebileceği dikkate alınmalıdır. Açık kalp ameliyatını takiben iyileşme sürecinde, özellikle ilk hafta içerisinde çeşitli fiziksel problemler ortaya çıkmaktadır.¹⁰⁸ Brunner'in (2004) çalışmasında, taburculuğu izleyen ilk haftada insizyon yerinde akıntı ve fiziksel kapasitede azalma gibi sorunların, hastaların %50'sinden fazlasında altıncı haftaya kadar devam ettiği bildirilmiştir. Ayrıca, hastaneden taburcu olduktan sonraki sekizinci

haftada da ağrı, fiziksel aktivite sorunları, uyku döngüsünde bozulma ve beslenme problemleri gibi sorunların devam ettiği bildirilmektedir.¹⁰⁹ Cerrahi sonrası ilk yıl içerisinde hastalarda; fiziksel aktivitede azalma, solunum güçlüğü, göğüs ve insizyon bölgesinde ağrı, iştah kaybı, cinsel yaşam ve bağırsak fonksiyonlarında değişiklikler ile uyku bozuklukları sıkça görülmektedir. Psikososyal açıdan ise mutsuzluk, stresle başa çıkmada zorlanma, aile ve sosyal ilişkilerde bozulma gibi sorunlar yaygın olarak bildirilmektedir. Bu sorunların birbiriyle ilişkili olarak anksiyete, depresyon, yorgunluk, post kardiyotomi psikozu, irritabilite ve duygusal durum dalgalanmaları gibi psikolojik belirtilere yol açabileceği belirtilmektedir.¹¹⁰



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırma İçin Alınan İzinler

Araştırma öncesi Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalından ve Etik Kurulundan (08 Kasım 2024, Karar No: 1) gerekli izin ve onay alındı.

3.2. Araştırmanın Tipi ve Evreni

Araştırmanın evrenini Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri bypass cerrahisi geçiren 155 yetişkin hasta oluşturmuştur. Çalışmamız bypass cerrahisi geçiren yetişkin hastaların cerrahi sonrası bakım ve taburculuk sonrası yaşam etkililik becerilerinin hastaların sosyodemografik verileri ile iyileşme sürecine olan etkilerini inceleyen kesitsel, tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

3.3. Araştırmanın Örneklemine Belirlenmesi

Çalışmanın örneklemini 1 Kasım 2024- 1 Şubat 2025 tarihleri arasında üç aylık süre boyunca Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniğine başvuran bypass cerrahisi geçiren 18 yaş ve üzeri yetişkin bireyler oluşturdu.

Çalışmanın sonucunu değerlendirirken yanlılığa neden olabilecek karıştırıcı faktörleri azaltmak amacıyla dışlama kriteri olarak belirlenen özellikler; bypass dışı cerrahi geçiren hastalar, 18 yaş altı birey olmak, son altı ayda kronik hastalık tanısı almış olanlar, zihinsel, nörolojik veya psikiyatrik sebeplerle iletişim kurulamayan bireyler, dil ve iletişim engeli olanlar, çalışmaya katılmayı istemeyen veya bilgilendirilmiş onam alınamayan hastalar olarak belirlenmiştir.

3.4. Veri Toplama ve Ölçüm Araçları

Çalışmada verilerin toplanması amacıyla, araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcıların sosyodemografik özelliklerini sorgulayan anket formu, Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği: Kardiyak Cerrahi Versiyon (BEBO) ve Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği- Hasta Formu (KHBDÖ) kullanılmıştır.

3.4.1. Sosyodemografik Bilgiler Anketi

Literatür tarayarak oluşturulan ve katılımcıların sosyodemografik özelliklerini sorgulayan anket formu; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ekonomik durum, meslek, kiminle yaşadığı, yaşadığı yer, mevcut kronik hastalıklar, sigara kullanımı, daha önce hastaneye yatış durumu, genel sağlık durumu, kronik hastalığına yönelik eğitim durumu, ameliyatına yönelik eğitim öyküsünü ve eğitimi kimden aldığını öğrenmeye yönelik hazırlanmıştır.

3.4.2. Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu

Susan Barnason ve arkadaşları tarafından 2002 yılında, KABG cerrahisi sonrası iyileşme ile ilgili risk faktörlerini ve yaşam stiline uyum sağlamada özetkililiğin belirlenmesi için geliştirilmiştir.¹⁰⁰

KABG cerrahisi sonrası hastanın iyileşmesi, özbakımı ve koroner arter hastalığı risk faktörlerinin yönetimi ile ilişkili olan BEBÖ ölçeği; 5 alt boyut 15 maddeden oluşmaktadır. Ölçek puanlaması için ‘Kesinlikle katılmıyorum=1, Katılmıyorum=2, Katılıyorum=3, Kesinlikle katılıyorum=4’ şeklinde puanlanan 4’lü Likert derecelendirilmesi kullanılmaktadır. Skaladan alınan her bir cevabın rakamları toplanarak toplam puana ulaşılmaktadır. Ölçeğin tamamı için puan, 15-60 arasında değişmektedir. Ölçeğin alt boyutlarına göre dağılımı incelendiğinde ‘Fiziksel Fonksiyon’ alt boyutu için 2, 3 ve 4. maddeler, ‘Özbakım Yönetimi’ alt boyutu için 11, 12, 13 ve 15. maddeler, ‘Diyet Modifikasyonu’ alt boyutu için 9 ve 10. maddeler, ‘Psikososyal Fonksiyon’ alt boyutu için 1, 5 ve 6. maddeler ve ‘Egzersiz-Aktivite Modifikasyonu’ alt boyutu için 7, 8 ve 14. maddelerden oluşmaktadır. Yüksek puan, KABG cerrahisi sonrası özetkililik beklentisinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2011 yılında Sevcan Avcı tarafından Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı’nda, Yrd. Doç. Dr. Azize Karahan danışmanlığında yapılan yüksek lisans tezi kapsamında yürütülmüştür.¹¹⁰ KABG gerçekleştirilen 90 hastaya uygulanan orijinal ölçeğin revize edilmeden önceki hali, toplam 20 madde ve fiziksel fonksiyon, psikososyal fonksiyon, diyet modifikasyonu, egzersiz-aktivite modifikasyonu ve özbakım yönetimi olmak üzere 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Bununla birlikte ileri analizlerde ölçek son olarak 15

maddeye indirilmiş ve 180 hastaya uygulanarak geçerli ve güvenilir bulunmuştur. BEBÖ orijinal ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0,93 olarak hesaplanmıştır.¹⁰⁰ BEBÖ ölçeği tek faktörde toplanmıştır ve varyansın % 70,61'ini açıklamaktadır.

Türk toplumu için ölçeğin iç tutarlık güvenirlik katsayısı (Cronbach-a) 0,837 olarak hesaplanmıştır. Alt ölçeklerin iç tutarlılık güvenirlik katsayısı ise sırasıyla “Fiziksel Fonksiyon” için 0,76, “Özbakım Yönetimi” için 0,74, “Diyet Modifikasyonu” için 0,79, “Psikososyal Fonksiyon” için 0,75, “Egzersiz-Aktivite Modifikasyonu” için 0,76 olarak bulunmuştur.¹¹⁰

3.4.3. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (KHBDÖ)

Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu (Patient Assessment of Chronic Illness Care-PACIC) Glasgow ve arkadaşları tarafından 2005 yılında geliştirilen 20 madde, 5 alt boyuttan oluşan bir ölçektir.

Kronik bakım modeline dayalı olarak geliştirilen Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği hastaların aldıkları bakımı kendilerinin değerlendirmesine olanak veren, alınan sağlık bakım hizmeti hakkında bilgi sahibi olmak, sunulan bakımı hekim, hemşire ve diğer sağlık personeli boyutlarıyla ve ekip yaklaşımı çerçevesinde değerlendirilmesini içeren, uygulaması kolay, kısa bir ölçektir.

Araç toplam puanı ve her bir alt boyutları için ‘1=Hiçbir Zaman, 2= Nadiren, 3=Bazen, 4=Çoğu Zaman, 5=Her Zaman’ şeklinde puanlanan 5’li Likert tipi bir ölçekle puanlanarak hesaplanır. Ölçek puanlarındaki artış; kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin yüksek olduğunu göstermektedir.¹¹¹

PACIC’in 5 alt boyutu vardır. Bunlar; 1-3. maddeler “hasta katılımı”, 4-6.maddeler “karar verme desteği”, 7-11. maddeler “amaç belirleme”, 12-15. maddeler “problem çözme”, 16-20.maddeler “izlem\koordinasyon” alt boyutlarını oluşturmaktadır. Ölçek puanı belirlenirken; her alt boyut, kendi içinde tanımlanan maddelerin basit ortalaması ve aracın tamamını oluşturan 20 maddenin ortalaması bulunarak hesaplanır. Ölçekte ters puanlama bulunmamaktadır. Ölçeğin Türkçe uyarlamasına yönelik 2011 yılında İncirkuş ve Nahcivan tarafından yapılan geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında, toplam Cronbach alfa katsayısı 0,91 olarak belirlenmiş; alt boyutlara ilişkin Cronbach α değerleri ise 0,71 ile 0,79 arasında saptanmıştır.³⁰

3.5. Verilerin Toplanması ve İstatistiksel Analiz

3.5.1. Verilerin Toplanması

Veri toplama aracı olarak hazırlanan anket formu, çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Çalışma kapsamında, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi polikliniğine 1 Kasım 2024-1 Şubat 2025 tarihleri arasında başvuran 18 yaş ve üzeri KABG cerrahisi geçirmiş 158 bireye anket uygulanması planlanmıştır. Çalışmaya katılmayı reddeden 1 kişi, anketi yarım bırakan 2 kişi olmuştur ve verileri eksik/hatalı olan kişi olmamıştır. İstatistiksel analizler 155 katılımcı üzerinden gerçekleştirilmiştir.

3.5.2. İstatistiksel Yöntemler

Verilerin istatistiksel analizinde IBM SPSS Statistics Versiyon 20.0 paket programı kullanıldı. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sayısal ölçümlerle ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum- maksimum) olarak özetlendi. Sayısal ölçümlerin normal dağılım varsayımını sağlayıp sağlamadığı Kolmogorov Smirnov testi ile test edildi. Gruplar arasında ölçek puanlarının karşılaştırılmasında varsayımların sağlanması durumunda Bağımsız gruplarda T testi, varsayımların sağlanmaması durumunda ise Mann Whitney U testi kullanıldı. İki'den fazla grubun ölçek puanlarının genel karşılaştırılmasında varsayımların sağlanması durumunda Tek Yönlü Varyans Analizi, varsayımların sağlanmaması durumunda ise Kruskal Wallis testi kullanıldı. Bu karşılaştırmalarda anlamlı bulunan durumlar için grupların ikili karşılaştırılmalarında varsayımların sağlanması durumunda grup içi varyansların homojen olup olmamasına göre Bonferroni veya Games-Howell testleri kullanıldı. Grupların ikili karşılaştırılmalarında varsayımların sağlanmaması durumunda ise Bonferroni düzeltmesi yapılmış Mann Whitney U testi kullanıldı. Ölçek puanlarının normal dağılım varsayımını sağlamaması nedeniyle ölçek puanları arasındaki korelasyon Spearman Korelasyon katsayısı ile incelendi. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0,05 olarak alındı.

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmaya dahil olan katılımcılara yönlendirilen soru ve ölçeklerden elde edilen bulgular özetlenmiştir. İstatistiksel analizler 155 kişiye ait veriler üzerinden yapıldı.

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Bu çalışmada yer alan 155 katılımcının demografik özelliklerine bakıldığında, erkeklerin sayısı 108 (% 69,7), kadınların sayısı 47 (% 30,3) olarak bulunmuştur.

Katılımcıların yaş ortalaması $64,58 \pm 9,890$ (min-maks: 40-94) yıl olarak hesaplandı. Medeni durumu açısından incelendiğinde, 120'si (% 77,4) evli, 22'si (% 14,2) dul, 9'u (% 5,8) bekar, 4'ü (% 2,6) boşanmış olarak belirlenmiştir.

Eğitim durumu açısından incelendiğinde, 70'i (% 45,2) ilkokul mezunu, 34'ü (% 21,9) lise mezunu olarak bulunmuştur.

Katılımcılara meslek durumu açısından inceleme yapıldığında, katılımcıların 90'ı (% 58,1) emekli, 38'i (% 24,5) ev kadını, 8'i (% 5,2) memur, 8'i (% 5,2) diğer meslek gruplarında çalışan, 6'sı (% 3,9) işçi, 5'i (% 3,2) esnaf olarak belirtilmiştir. Memur, işçi, esnaf ve diğer meslek gruplarında yer alan toplam 27 katılımcı (% 17,5), çalışan grup olarak sınıflandırılmıştır (Tablo 2).

Ekonomik durum açısından değerlendirildiğinde, 82'si (% 52,9) orta seviyede, 49'u (% 31,6) yetersiz seviyede, 19'u (% 12,3) yeterli seviyede, 4'ü (% 2,6) çok yetersiz seviyede, 1'i (% 0,6) oldukça yeterli seviyede olduğunu belirlendi.

Katılımcıların neredeyse tamamının (% 97,4'ü, n=151) sosyal güvencesi olduğu görüldü.

Katılımcıların birlikte yaşadıkları kişiler incelendiğinde, 103'ü (% 66,5) eşiyle, 19'u (% 12,3) yalnız, 12'si (% 7,7) çekirdek ailesi (eşi ve çocukları) ile, 11'i (% 7,1) akrabalarıyla birlikte yaşadığını tespit edildi. Katılımcıların 10'u (% 6,5) ise bu seçenekler dışında kalan, diğer olarak sınıflandırılan kişilerle yaşadığını belirtmiştir. Katılımcıların tamamına yakınının (% 95,5) kentsel bölgelerde yaşadığı belirtilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Cinsiyet	Kadın	47	30,3
	Erkek	108	69,7
Medeni durumu	Evli	120	77,4
	Bekar	9	5,8
	Boşanmış	4	2,6
	Dul	22	14,2
Eğitim durumu	Okuma yazma bilmiyorum	15	9,7
	Okuma yazma biliyorum	5	3,2
	İlkokul	70	45,2
	Ortaokul	18	11,6
	Lise	34	21,9
	Üniversite/YL	13	8,4
Meslek	Ev kadını	38	24,5
	Çalışan	19	12,3
	Emekli	90	58,1
Ekonomik durumu	Yeterli	19	12,3
	Orta	82	52,9
	Yetersiz	49	31,6

Katılımcıların genel sağlık durumlarına ilişkin değerlendirmelerine bakıldığında, 68'i (% 43,9) sağlık durumunu iyi, 65'i (% 41,9) orta, 13'ü (% 8,4) kötü, 5'i (% 3,2) çok kötü ve 4'ü (% 2,6) çok iyi olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların 104'ü (% 67,1) daha önce herhangi bir sebeple hastaneye yatışı olduğunu belirtirken, 51'i (% 32,9) ise hastaneye hiç yatmadığını belirtmiştir. Katılımcıların başka bir kronik hastalığa sahip olup olmadığı değerlendirildiğinde 129'u (% 83,2) “evet”, 26'sı (% 16,8) “hayır” şeklinde yanıtlamıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların sağlık durumları

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Genel sağlık durumu	Çok iyi	4	2,6
	İyi	68	43,9
	Orta	65	41,9
	Kötü	13	8,4
	Çok kötü	5	3,2
Hastane yatış öyküsü	Var	104	67,1
	Yok	51	32,9
Kronik hastalık durumu	Evet	129	83,2
	Hayır	26	16,8

Katılımcıların sahip olduğu kronik hastalıklara ilişkin dağılım incelendiğinde, 80'inin (% 51,6) diyabet, 80'inin (% 51,6) hipertansiyon, 7'sinin (% 4,5) kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), 5'inin (% 3,2) kronik böbrek yetmezliği olduğu

belirlenmiştir. Katılımcıların 35'inin (% 22,6) 'diğer' seçeneği altında farklı kronik hastalıkları olduğu belirlenmiştir.

Hastalığına ve gerçekleştirilen ameliyata yönelik bir eğitim/ön bilgi aldığını belirten katılımcı sayısı 153 (% 98,7) olarak saptanmıştır. Bilgilendirmelerin 69'u (% 44,5) doktorlar, 84'ü (% 54,2) hemşire veya diğer sağlık personeli tarafından verilmiştir. Hastalığına ve ameliyatına yönelik verilen eğitimi 113 (% 72,9) katılımcı yeterli, 32'si (% 20,6) kısmen yeterli, 8'i (% 5,2) ise yetersiz bulunduğunu ifade etmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların kronik hastalık ve ameliyat öncesi eğitim durumları

		Sayı(n)	Yüzde(%)
Hastalık ve ameliyata yönelik eğitim/ön bilgi	Evet	153	98,7
	Hayır	2	1,3
Eğitimin veren kişiler	Doktor	69	44,5
	Diğer	84	54,2
Eğitimin yeterlilik düzeyi	Yeterli	113	72,9
	Kısmen yeterli	32	20,6
	Yetersiz	8	5,2

Katılımcıların kronik hastalıklarıyla ilgili son altı ay içinde başvuru sayılarının ortalaması $4,0 \pm 3,0$ (min-maks: 1,0-20,0) olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların kronik hastalıklarıyla ilgili olarak son altı ay içinde doktora başvuruda bulunanların sayısı 148 (% 95,5), başvurmayanların ise 7 (% 4,5) olarak belirlenmiştir. Katılımcıların kronik hastalığıyla ilgili son altı ayda daha sık başvurdukları doktor açısından incelendiğinde, 48'i (% 31) aile hekimine, 100'ü (% 64,5) ise ilgili uzman hekime başvurduğunu belirtmiştir. Çalışmada kronik hastalıklarına yönelik eğitim/bilgilendirme alan katılımcı sayısı 152(% 98,1) olarak belirlenmiştir. Bu eğitimi alan bireylerin 139'u (% 89,7) aile hekiminden, 151'i (% 97,4) ilgili uzman hekimden ve 61'i (% 39,4) hemşireden aldığını belirtmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların kronik hastalık durumları

		Sayı(n)	Yüzde (%)
Kronik hastalıkla ilgili başvuru durumu	Evet	148	95,5
	Hayır	7	4,5
Kronik hastalıkla ilgili başvuru alan hekim	Aile hekimi	48	31
	İlgili uzman hekim	100	64,5
Kronik hastalıkla ilgili eğitim	Evet	152	98,1
	Hayır	3	1,9
Eğitim/bilgilendirme alınan kişiler	Aile hekimi	139	89,7
	İlgili uzman hekim	151	97,4
	Hemşire	61	39,4
	Diğer	1	0,6

Kronik hastalığı olan katılımcıların hastalık süresine ilişkin ortalama değeri 10,6±9,2 (min-maks:1-50) yıl olarak hesaplanmıştır.

4.2. Özetkililik Beklentilerine Dair Bulgular

Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği: Bu ölçeğin 5 alt ölçeği bulunmakta olup bunlar; Fiziksel Fonksiyon (FF) 2-4. maddeler arası, Özbakım Yönetimi (ÖBY) 11-13 ve 15. maddeler, Diyet Modifikasyonu (DM) 9. ve 10. maddeler, Psikososyal Fonksiyon (PF) 1, 5, ve 6. maddeler, Egzersiz-Aktivite Modifikasyonu (EAM) 7. ve 8. ve 14. maddeler olarak ayrılmaktadır. Örneklemenin BEBÖ toplam puanı 41,3±8,0 (medyan:40, min:22, max: 60), FF alt boyut ortalaması 7,9±2,8 (medyan:8, min:3, max:12), ÖBY alt boyut ortalaması 11,2±2,3 (medyan:12, min:5, max:16), DM alt boyut ortalaması 5,5 ±1,7 (medyan:6, min:2, max:8), PF alt boyut ortalaması 8,6±2 (medyan:9, min:3, max:12), EAM alt boyut ortalaması 8±2 (medyan:8, min:3, max:12) olduğu tespit edilmiştir. Barnason etkililik beklenti ölçeği (BEBÖ) toplam puanı ile yaş arasında negatif yönlü, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,220$, $p=0,006$). Ölçek alt boyutları (ÖBY, PF, EAM) ile yaş arasında negatif yönlü ve zayıf korelasyonlar saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,272$, $r=-0,161$, $r=-0,331$) (Tablo 6).

Tablo 6. BEBÖ alt boyutlarının yaşa göre korelasyonu

Alt Ölçek		FF	ÖBY	DM	PF	EAM
Yaş	r	-0,087	-0,272	-0,039	-0,161	-0,331
	p	0,284	0,001	0,633	0,046	0,000

r =korelasyon sayısı, FF=Fizyolojik fonksiyon, ÖBY=Özbakım yönetimi, DM= Diyet modifikasyonu, PF=Psikososyal fonksiyon, EAM= Egzersiz-aktivite modifikasyonu, $p \leq 0,05$ anlamlı

Tablo 7’de hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre BEBÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları gösterilmektedir.

Katılımcılar cinsiyete göre incelendiğinde, erkeklerin toplam ve DM hariç FF, ÖBY, PF, EAM medyanlarının kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Cinsiyete göre BEBÖ toplam ve alt boyutları incelendiğinde sadece DM alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p=0,256$).

Katılımcıların medeni durumuna göre BEBÖ toplam ve alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Medeni duruma göre bakıldığında, evlilerin BEBÖ toplam puanı 40,0 (min-max:25,0-60,0); fiziksel

fonksiyon alt boyut puanı 7,0 (min-max:3,0-12,0), özbakım modifikasyonu alt boyut puanı 11,0 (min-max:5,0-16,0), diyet modifikasyonu alt boyut puanı 6,0 (min-max:2,0-8,0), psikososyal fonksiyon alt boyut puanı 8,0 (min-max:3,0-12,0) ve egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanı 7,0 (min-max:3,0-12,0) olarak saptandı. Bekar hastaların, BEBÖ toplam puanı 39,0 (min-max:22,0-60,0); fiziksel fonksiyon alt boyut puanı 8,0 (min-max:3,0-12,0), özbakım modifikasyonu alt boyut puanı 12,0 (min-max:6,0-16,0), diyet modifikasyonu alt boyut puanı 6,0 (min-max:2,0-8,0), psikososyal fonksiyon alt boyut puanı 9,0 (min-max:5,0-12,0) ve egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanı 8,0 (min-max:3,0-12,0) olarak belirlenmiştir.

Eğitim durumu ve mesleğe göre DM hariç FF, ÖBY, PF VE EAM alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. Katılımcıların eğitim düzeyine göre BEBÖ toplam puanı anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Eğitim düzeyine göre BEBÖ toplam puanı incelendiğinde, okuma yazma bilmeyenlerin puanı 36,0 (min-max:24,0-52,0), ilkokul mezunlarının 39,0 (min-max:22,0-60,0), ortaokul mezunlarının 40,5 (min-max:30,0-58,0), lise mezunlarının 44,0 (min-max:22,0-55,0), üniversite/yl mezunlarının 50,0 (min-max:36,0-60,0)'dır. BEBÖ toplam puanının eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiğini belirten Kruskal-Wallis testinden sonra ikili karşılaştırma testi yapılmıştır. Bu sonuçlara göre üniversite/yüksek lisans mezunları ile okuma yazma bilmeyenler ($p=0,002$) arasında ve üniversite/yüksek lisans mezunları ile ilkokul mezunları ($p=0,018$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Üniversite/yl mezunlarının puanı hem ilkokul hem okuma yazma bilmeyenlere göre anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca lise mezunları ve okuma yazma bilmeyenler arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,006$).

Eğitim düzeyine göre BEBÖ FF puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermiştir ($p=0,001$). Okuma yazma bilmeyenler ile üniversite/yüksek lisans mezunları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,038$). Ayrıca, ilkokul mezunları ile lise mezunları ($p=0,035$) arasında ve ilkokul mezunları ile üniversite/yüksek lisans mezunları ($p=0,019$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür. Eğitim düzeyi üniversite/yl olanların medyan puanı 12,0 (min-max:5,0-12,0), lise mezunu olanların puanı 9,0 (min-max:3,0-12,0), ortaokul mezunlarının medyan puanı 6,5 (min-max:3,0-12,0), ilkokul mezunlarının puanı 7,0 (min-max:3,0-12,0) ve okuma yazma bilmeyenlerin puanı 6,0 (min-max:4,0-12,0) olarak tespit edilmiştir. İlkokul

mezunlarının puanı hem lise hem üniversite/yl mezunlarına göre anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür.

BEBÖ özbakım yönetimi alt boyutuna ilişkin yapılan post-hoc analiz sonuçlarına göre, katılımcıların eğitim düzeyi ile arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bu test sonuçlarına göre okuma yazma bilmeyenler ile lise mezunları ($p=0,049$) arasında ve okuma yazma bilmeyenler ile üniversite/yüksek lisans mezunları ($p=0,010$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Üniversite/yl mezunlarının ÖBY puanı 12,0 (min-max:9,0-16,0), lise mezunlarının puanı 12,0 (min-max:5,0-16,0), ortaokul mezunlarının puanı 12,0 (min-max:8,0-16,0), ilkokul mezunlarının puanı 11,0 (min-max:5,0-16,0), okuma yazma bilmeyenlerin oranı 10,0 (min-max:5,0-14,0) olarak belirlenmiştir. Okuma yazma bilmeyenlerin puanı hem lise hem üniversite/yl mezunlarına göre anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür.

BEBÖ psikososyal fonksiyon alt boyutuna ilişkin yapılan post-hoc analiz sonuçlarına göre, katılımcıların eğitim düzeyi ve bu alt boyut arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p<0,001$). Bu test sonuçlarına göre okuma yazma bilmeyenler ile üniversite/yüksek lisans mezunları arasında anlamlı fark belirlenmiştir ($p=0,08$). Ayrıca, ilkokul mezunları ile lise mezunları ($p=0,036$) arasında ve ilkokul mezunları ile üniversite/yüksek lisans mezunları ($p=0,03$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir. Üniversite/yl mezunlarının PF puanı 12,0 (min-max:7,0-12,0), lise mezunlarının puanı 9,0 (min-max:4,0-12,0), ortaokul mezunlarının puanı 9,0 (min-max:5,0-11,0), ilkokul mezunlarının puanı 8,0 (min-max:3,0-12,0), okuma yazma bilmeyenlerin oranı 8,0 (min-max:5,0-12,0) olarak belirlenmiştir. Eğitim düzeyi üniversite/yl ve lise olanların BEBÖ PF puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

BEBÖ EAM boyutu eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,015$). Ancak ikili karşılaştırmalarda anlamlı farklılık bulunmamıştır. Üniversite/yl mezunlarının EAM puanı 9,0 (min-max:8,0-12,0), lise mezunlarının puanı 9,0 (min-max:3,0-12,0), ortaokul mezunlarının puanı 8,0 (min-max:5,0-12,0), ilkokul mezunlarının puanı 8,0 (min-max:3,0-12,0), okuma yazma bilmeyenlerin oranı 7,0 (min-max:5,0-10,0) olarak belirlenmiştir.

Çalışma durumuna göre BEBÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p=0,001$). Çalışanların BEBÖ toplam medyan puanı 47,0 (min-max:29,0-60,0) iken, çalışmayanların 39,0 (min-max:22,0-60,0) olduğu tespit edildi.

Çalışanların BEBÖ toplam medyan puanı çalışmayan bireylere göre daha yüksek görüldü. Çalışma durumuna göre incelendiğinde BEBÖ'nün DM hariç diğer alt boyutları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir. Çalışan bireylerin FF medyan puanı 10,0 (min-max:3,0-12,0) iken, çalışmayanların 7,5 (min-max:3,0-12,0) olduğu tespit edildi. Çalışan bireylerin ÖBY medyan puanı 12,0 (min-max:6,0-16,0) iken, çalışmayanların medyan puanı 11,0 (min-max:5,0-16,0) olduğu saptanmıştır. Çalışan bireylerin PF medyan puanı 10,0 (min-max:5,0-12,0) iken, çalışmayanların medyan puanı 8,0 (min-max:3,0-12,0) olduğu saptanmıştır. Çalışan bireylerin EAM medyan puanı 9,0 (min-max:5,0-12,0) iken, çalışmayanların medyan puanı 8,0 (min-max:3,0-12,0) olarak saptanmıştır. Çalışanların DM hariç alt boyut medyan puanları çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların ekonomik durumuna göre BEBÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemiştir ($p=0,72$). Katılımcıların ekonomik durumu ile BEBÖ ÖBY, DM ve EAM alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (sırasıyla $p=0,322$, $p=0,849$, $p=0,647$). Ekonomik durumuna göre BEBÖ fizyolojik fonksiyon ve psikososyal fonksiyon puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır (sırasıyla $p=0,029$, $p=0,021$). Ekonomik düzeyi yeterli olan katılımcıların BEBÖ toplam puanı 44,5 (min-max:30,0-57,0), orta düzey olanların 39,0 (min-max:22,0-60,0), yetersiz olanların ise 39,0 (min-max:22,0-60,0) olarak tespit edilmiştir. Ekonomik düzeyi yeterli olan katılımcıların BEBÖ FF puanı 10,0 (min-max:4,0-12,0), orta düzey olanların 7,0 (min-max:3,0-12,0), yetersiz olanların ise 8,0 (min-max:3,0-12,0) olarak tespit edilmiştir. Ekonomik düzeyi yeterli olan katılımcıların BEBÖ PF puanı 10,0 (min-max:6,0-12,0), orta düzey olanların 8,0 (min-max:3,0-12,0), yetersiz olanların ise 9,0 (min-max:4,0-12,0) olarak tespit edilmiştir. Ekonomik düzeyi orta ve yeterli düzeye sahip hasta grupları arasında BEBÖ fizyolojik fonksiyon ve psikososyal fonksiyon puanlarının anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır (sırasıyla $p=0,024$, $p=0,017$). Ekonomik durumu yeterli düzeye sahip olan bireylerin FF ve PF puanı orta düzeyde olan bireylere göre daha yüksek tespit edilmiştir. Buna rağmen ekonomik düzeyi yetersiz ve yeterli düzeye sahip hasta grupları arasında FF ve PF puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (sırasıyla $p=0,089$, $p=0,098$).

Sosyal güvence durumuna göre yalnızca zbakım yönetimi puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,009$). Sosyal güvencesi olan bireylerin BEB BY medyan puanı 12,0 (min-max:5,0-16,0) olup, olmayanlarda 8,5 (min-max:6,0-10,0) olarak belirlenmiştir.



Tablo 7. Sosyodemografik özelliklere göre BEBÖ ölçeğinin toplam ve alt boyut puan dağılımı

BEBÖ	TOPLAM		FF		ÖBY		DM		PF		EAM	
	Medyan (min-maks)	p	Medyan (min-maks)	p	Medyan (min-maks)	p	Medyan (min-maks)	p	Medyan (min-maks)	p	Medyan (min-maks)	p
Cinsiyet												
Kadın	38,0(22,0-57,0)	<0,001	6,0(3,0-12,0)	<0,001	11,0(5,0-16,0)	0,018	6,0(2,0-8,0)	0,256	8,0(3,0-12,0)	0,001	7,0(3,0-12,0)	0,002
Erkek	42,5(25,0-60,0)		9,0(3,0-12,0)		12,0(6,0-16,0)		6,0(2,0-8,0)		9,0(5,0-12,0)		8,0(3,0-12,0)	
Medeni durumu												
Evli	40,0(25,0-60,0)	0,217	7,0(3,0-12,0)	0,440	11,0(5,0-16,0)	0,176	6,0(2,0-8,0)	0,316	8,0(3,0-12,0)	0,511	7,0(3,0-12,0)	0,137
Bekar	39,0(22,0-60,0)		8,0(3,0-12,0)		12,0(6,0-16,0)		6,0(2,0-8,0)		9,0(5,0-12,0)		8,0(3,0-12,0)	
Eğitim durumu												
Okuma yazma bilmiyorum	36,0(24,0-52,0)	<0,001	6,0(4,0-12,0)	0,001	10,0(5,0-14,0)	0,003	6,0(2,0-8,0)	0,111	8,0(5,0-12,0)	0,000	7,0(5,0-10,0)	0,015
İlkokul	39,0(22,0-60,0)		7,0(3,0-12,0)		11,0(5,0-16,0)		6,0(2,0-8,0)		8,0(3,0-12,0)		8,0(3,0-12,0)	
Ortaokul	40,5(30,0-58,0)		6,5(3,0-12,0)		12,0(8,0-16,0)		6,0(2,0-8,0)		9,0(5,0-11,0)		8,0(5,0-12,0)	
Lise	44,0(22,0-55,0)		9,0(3,0-12,0)		12,0(5,0-16,0)		6,0(2,0-8,0)		9,0(4,0-12,0)		9,0(3,0-12,0)	
Üniversite/YL	50,0(36,0-60,0)		12,0(5,0-12,0)		12,0(9,0-16,0)		7,0(2,0-8,0)		12,0(7,0-12,0)		9,0(8,0-12,0)	
BEBÖ	TOPLAM	P	FF	p	ÖBY	p	DM	p	PF	p	EAM	p
Meslek												
Çalışmıyor	39,0(22,0-60,0)	0,001	7,5(3,0-12,0)	0,04	11,0(5,0-16,0)	0,017	6,0(2,0-8,0)	0,171	8,0(3,0-12,0)	0,04	8,0(3,0-12,0)	0,017
Çalışıyor	47,0(29,0-60,0)		10,0(3,0-12,0)		12,0(6,0-16,0)		6,0(2,0-8,0)		10,0(5,0-12,0)		9,0(5,0-12,0)	
Ekonomik durumu												
Yeterli	44,5(30,0-57,0)	0,072	10,0(4,0-12,0)	0,029	12,0(6,0-16,0)	0,322	6,0(3,0-8,0)	0,849	10,0(6,0-12,0)	0,021	8,5(5,0-11)	0,647
Orta	39,0(22,0-60,0)		7,0(3,0-12,0)		11,5(5,0-16,0)		6,0(2,0-8,0)		8,0(3,0-12,0)		8,0(3,0-12,0)	
Yetersiz	39,0(22,0-60,0)		8,0(3,0-12,0)		11,0(5,0-16,0)		6,0(2,0-8,0)		9,0(4,0-12,0)		8,0(3,0-12,0)	
Sosyal güvence												
Var	40,0(22,0-60,0)	0,080	8,0(3,0-12,0)	0,941	12,0(5,0-16,0)	0,009	6,0(2,0-8,0)	0,068	9,0(3,0-12,0)	0,208	8,0(3,0-12,0)	0,179
Yok	34,5(29,0-40,0)		8,5(6,0-9,0)		8,5(6,0-10,0)		4,0(2,0-6,0)		7,5(6,0-9,0)		7,0(5,0-8,0)	

BEBÖ=Barnason etkililik beklenti ölçeği , FF=Fizyolojik fonksiyon, ÖBY=Özbakım yönetimi, DM= Diyet modifikasyonu, PF=Psikososyal fonksiyon, EAM=Egzersiz-aktivite modifikasyonu, p≤ 0,05 anlamlı

Tablo 8’de hastaların sağlık algısına ve sağlık hizmet kullanımına göre BEBÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. Daha önce hastane yatış deneyimine göre, hastane yatış öyküsü olan hastaların BEBÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p=0,017$). Yatış öyküsü olmayanların toplam medyan puanı 41,0 (min-max:29,0-60,0), olanların ise 39,0’dur (min-max:22,0-60,0). Hastane yatış öyküsü olmayanların BEBÖ FF alt boyut puanı 9,0 (min-max:3,0-12,0), ÖBY puanı 12,0 (min-max:7,0-16,0), DM puanı 6,0 (min-max:2,0-8,0), PF puanı 9,0(min-max:5,0-12,0), EAM puanı 9,0(min-max:3,0-12,0) olarak tespit edilmiştir. Hastane yatış öyküsü olanların BEBÖ FF alt boyut puanı 8,0 (min-max:3,0-12,0), ÖBY puanı 11,0 (min-max:5,0-16,0), DM puanı 6,0 (min-max:2,0-8,0), PF puanı 8,0 (min-max:3,0-12,0), EAM puanı 8,0 (min-max:3,0-12,0) olarak tespit edilmiştir. Hastane yatış öyküsü durumuna göre PF ve EAM puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0,002$, $p=0,003$). Hastane yatış öyküsü bulunmayan katılımcıların PF ve EAM medyan puanlarının, olanlara göre daha yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Genel sağlık durumu değerlendirmesi açısından BEBÖ toplam puanları dikkate alındığında, sağlık durumunu ‘kötü’ olarak nitelendirenlerin medyan puanı 33,5 (min-max:22,0-49,0), ‘orta’ değerlendirenlerin 39,0 (min-max:24,0-55,0) ‘iyi’ değerlendirenlerin 43,0 (32,0-60,0) olarak bulundu. Sağlık durumu kötü olanların BEBÖ toplam puanlarının daha düşük olduğu tespit edildi ($p<0,001$). Genel sağlık durumuna göre BEBÖ alt boyut puanları anlamlı farklılıklar göstermiştir. Yapılan ikili karşılaştırmalarda kötü sağlık algısına sahip bireylerle iyi sağlık algısına sahip bireyler arasında tüm alt boyut puanlarının (sırasıyla FF, ÖBY, DM, PF, EAM) istatistiksel olarak anlamlı farklar gösterdiği tespit edilmiştir (sırasıyla kötü-iyi: $p = 0,002$, $p<0,001$, $p=0,010$, $p<0,001$, $p=0,002$). Sağlık algısını kötü olarak değerlendiren katılımcıların alt boyut puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Sağlık algısını kötü olarak değerlendiren bireylerin FF medyan puanı 6,0 (min-max:3,0-12,0), iyi olanların 9,0 (min-max:3,0-12,0) olarak bulundu. Sağlık algısını kötü olarak değerlendiren bireylerin ÖBY medyan puanı 9,5 (min-max:5,0-12,0), iyi olanların 12,0 (min-max:6,0-16,0) olarak bulundu. Sağlık algısını kötü olarak değerlendiren bireylerin DM medyan puanı 5,0 (min-max:2,0-6,0), iyi olanların 6,0 (min-max:2,0-8,0) olarak bulundu. Sağlık algısını kötü olarak değerlendiren bireylerin PF medyan puanı 6,5 (min-max:4,0-12,0),

iyi olanların 9,0 (min-max:6,0-12,0) olarak bulundu. Sağlık algısını kötü olarak değerlendiren bireylerin EAM medyan puanı 6,0 (min-max:3,0-10,0), iyi olanların 8,0 (min-max:3,0-12,0) olarak bulundu Buna karşılık, BEBÖ alt boyut puanları açısından orta ve iyi sağlık algısına sahip bireyler arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (sırasıyla orta-iyi $p = 0,349$, $p=0,729$, $p= 0,540$, $p=0,050$, $p=0,961$) (Tablo 8).

Kronik hastalığı ile ilgili son 6 ayda doktor başvurusu olan kişilerin BEBÖ toplam ve FF, ÖBY, DM, EAM puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (sırasıyla $p=0,078$, $p=0,050$, $p=0,681$, $p=0,774$, $p=0,437$). Psikososyal fonksiyon puanları açısından ise anlamlı bir fark bulunmuş olup ($p=0,021$), doktor başvurusu olmayan bireylerin medyan puanı 10,0 (min-max:8,0-12,0), olanların medyan puanı 9,0 (min-max:3,0-12,0)'dan daha yüksektir (Tablo 8).

Tablo 8. BEBÖ toplam ve alt boyutlarının sağlık hizmet kullanımı ve sağlık algısına göre puan dağılımı

Alt ölçek	BEBÖ TOPLAM		BEBÖ_FF		BEBÖ_ÖBY		BEBÖ_DM		BEBÖ_PF		BEBÖ_EAM	
	Medyan (min-maks)	p	Medyan (min-maks)	p	Medyan (min-maks)	p	Medyan (min-maks)	p	Medyan (min-maks)	p	Medyan (min-maks)	p
Hastane yatış öyküsü												
Evet	39,0(22,0-60,0)	0,017	8,0(3,0-12,0)	0,094	11,0(5,0-16,0)	0,248	6,0(2,0-8,0)	0,430	8,0(3,0-12,0)	0,002	8,0(3,0-12,0)	0,003
Hayır	41,0(29,0-60,0)		9,0(3,0-12,0)		12,0(7,0-16,0)		6,0(2,0-8,0)		9,0(5,0-12,0)		9,0(3,0-12,0)	
Genel sağlık												
Kötü	33,5(22,0-49,0)	<0,001	6,0(3,0-12,0)	0,003	9,5(5,0-12,0)	<0,001	5,0(2,0-6,0)	0,013	6,5(4,0-12,0)	<0,001	6,0(3,0-10,0)	0,002
Orta	33,5(22,0-49,0)		8,0(3,0-12,0)		12,0(6,0-16,0)		6,0(2,0-8,0)		8,0(3,0-12,0)		8,0(3,0-12,0)	
İyi	39,0(24,0-55,0)		9,0(3,0-12,0)		12,0(6,0-16,0)		6,0(2,0-8,0)		9,0(6,0-12,0)		8,0(3,0-12,0)	
Kronik hastalık ile ilgili son 6 ayda doktor başvuru												
Evet	40,0(22,0-60,0)	0,078	8,0(3,0-12,0)	0,050	11,5(5,0-16,0)	0,681	6,0(2,0-8,0)	0,774	9,0(3,0-12,0)	0,021	8,0(3,0-12,0)	0,437
Hayır	47,0(37,0-51,0)		11,0(6,0-12,0)		12,0(10,0-13,0)		6,0(2,0-7,0)		10,0(8,0-12,0)		8,0(6,0-11,0)	

BEBÖ=Barnason etkililik beklenti ölçeği, FF=Fizyolojik fonksiyon, ÖBY=Özbakım yönetimi, DM= Diyet modifikasyonu, PF=Psikososyal fonksiyon, EAM=Egzersiz-aktivite modifikasyonu, $p \leq 0,05$ anlamlı

Katılımcılar sahip oldukları kronik hastalıklar açısından incelendiğinde, bazı hastalıklarla ölçek arasında anlamlı farklar olduğu saptanmıştır. Diyabet durumu açısından BEBÖ toplam puanının anlamlı fark gösterdiği bulunmuş olup ($p=0,007$), diyabeti olanların medyan puanı 39,0 (min-max:22,0-60,0), olmayanların puanı 43,0 (min-max:24,0-60,0) olarak tespit edildi. Katılımcıların sahip olduğu hastalık türlerine göre BEBÖ alt boyut puanları incelendiğinde; diyabet durumu açısından fizyolojik fonksiyon, diyet modifikasyonu ve psikososyal fonksiyon puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermiştir (sırasıyla $p=0,010$, $p=0,023$, $p=0,004$). BEBÖ FF medyan puanı diyabeti olmayan katılımcılarda 9,0 (min-max:3,0-12,0), olanlarda 6,0 (min-max:3,0-12,0) olarak tespit edildi. BEBÖ DM medyan puanı diyabeti olan ve olmayan katılımcılarda 6,0 (min-max:2,0-8,0) olarak tespit edildi. BEBÖ PF medyan puanı diyabeti olmayan katılımcılarda 9,0 (min-max:3,0-12,0), olanlarda 8,0 (min-max:4,0-12,0) olarak tespit edildi. Diyabeti olmayan hasta gruplarının FF ve PF puanlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Diyabet ile BEBÖ toplam ve alt boyutlarının ilişkisi

DİYABET	YOK	VAR	p
	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	
BEBÖ TOPLAM	43,0 (24,0-60,0)	39,0 (22,0-60,0)	0,007
BEBÖ FF	9,0 (3,0-12,0)	6,0 (3,0-12,0)	0,010
BEBÖ ÖBY	12,0 (6,0-16,0)	11,0 (5,0-16,0)	0,410
BEBÖ DM	6,0 (2,0-8,0)	6,0 (2,0-8,0)	0,023
BEBÖ PF	9,0 (3,0-12,0)	8,0 (4,0-12,0)	0,004
BEBÖ EAM	8,0 (3,0-12,0)	8,0 (3,0-12,0)	0,164

BEBÖ=Barnason etkililik beklenti ölçeği, FF=Fizyolojik fonksiyon, ÖBY=Özbakım yönetimi, DM=Diyet modifikasyonu, PF=Psikososyal fonksiyon, EAM= Egzersiz-aktivite modifikasyonu, $p<0,05$ anlamlı

Hipertansiyon durumu açısından BEBÖ toplam puanların anlamlı fark gösterdiği bulunmuş olup ($p=0,010$), hipertansiyonu olanların medyan puanı 39,0 (min-max:22,0-60,0), olmayanların puanı 43,0 (min-max:25,0-60,0) olarak tespit edildi. Katılımcıların sahip olduğu hastalık türlerine göre BEBÖ alt boyut puanları incelendiğinde, hipertansiyonu olan bireylerde yalnızca DM alt boyutu ile anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p=0,894$). Hipertansiyonu olanların ve olmayanların medyan puanı eşittir ve 6,0 (min-max:2,0-8,0) olarak tespit edilmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Hipertansiyon ile BEBÖ toplam ve alt boyutlarının ilişkisi

HİPERTANSİYON	YOK	VAR	p
	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	
BEBÖ TOPLAM	43,0 (25,0-60,0)	39,0 (22,0-60,0)	0,010
BEBÖ FF	9,0 (3,0-12,0)	7,0 (3,0-12,0)	0,023
BEBÖ ÖBY	12,0 (6,0-16,0)	11,0 (5,0-16,0)	0,021
BEBÖ DM	6,0 (2,0-8,0)	6,0 (2,0-8,0)	0,894
BEBÖ PF	9,0 (5,0-12,0)	8,0 (3,0-12,0)	0,007
BEBÖ EAM	8,0 (3,0-12,0)	8,0 (3,0-12,0)	0,028

BEBÖ=Barnason etkililik beklenti ölçeği, FF=Fizyolojik fonksiyon, ÖBY=Özbakım yönetimi, DM=Diyet modifikasyonu, PF=Psikososyal fonksiyon, EAM= Egzersiz-aktivite modifikasyonu, $p \leq 0,05$ anlamlı

Diyabet ve hipertansiyon dışındaki diğer kronik hastalıklara sahip katılımcılarda BEBÖ toplam, FF, PF ve EAM alt boyutlarında anlamlı farklar gözlemlenmiştir (sırasıyla $p=0,001$, $p<0,001$, $p=0,014$). Diğer kronik hastalığı olan bireylerin BEBÖ toplam, FF, PF ve EAM medyanları daha düşük düzeyde saptanmıştır (Tablo 11).

Tablo 11. Diğer hastalıklar ile BEBÖ toplam ve alt boyutlarının ilişkisi

DİĞER HASTALIKLAR	YOK	VAR	p
	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	
BEBÖ TOPLAM	48,0 (32,0-60,0)	39,0 (22,0-60,0)	<0,001
BEBÖ FF	11,0 (5,0-12,0)	7,0 (3,0-12,0)	0,001
BEBÖ ÖBY	12,0 (6,0-16,0)	11,0 (5,0-16,0)	0,072
BEBÖ DM	6,0 (2,0-8,0)	6,0 (2,0-8,0)	0,257
BEBÖ PF	10,0 (7,0-12,0)	8,0 (3,0-12,0)	<0,001
BEBÖ EAM	9,0 (3,0-12,0)	8,0 (3,0-12,0)	0,014

BEBÖ=Barnason etkililik beklenti ölçeği, FF=Fizyolojik fonksiyon, ÖBY=Özbakım yönetimi, DM=Diyet modifikasyonu, PF=Psikososyal fonksiyon, EAM= Egzersiz-aktivite modifikasyonu, $p \leq 0,05$ anlamlı

Katılımcıların kronik hastalığa sahip olduğu süre ile BEBÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında egzersiz aktivite modifikasyonu alt grubu hariç istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. EAM alt boyutu ile kronik hastalık süresi ile anlamlı, negatif yönlü ve zayıf düzeyde bir ilişki saptanmıştır (Tablo 12).

Tablo 12. Kronik hastalık süresi ile BEBÖ toplam ve alt boyut korelasyon ve anlam

BEBÖ ölçeği	Korelasyon Katsayısı (r)	p değeri
BEBÖ Toplam	-0,12	0,137
Fizyolojik Fonksiyon	-0,045	0,574
Özbakım Yönetimi	-0,016	0,151
Diyet Modifikasyonu	0,03	0,708
Psikososyal Fonksiyon	-0,068	0,398
Egzersiz Aktivite Modifikasyonu	-0,281	<0,001

(BEBÖ=Barnason etkililik beklenti ölçeği, Spearman korelasyon analizi, $p \leq 0,05$ anlamlı)

BEBÖ ölçeğine verilen yanıtlar incelendiğinde 14. madde hariç tüm maddelere en az oranında ‘Uygun değil’ yanıtının verildiği görülmektedir. BEBÖ ölçeğine verilen yanıtlar incelendiğinde “ Evde normal gündelik işleri gerçekleştirme “ sorusuna ‘Uygun’ ve ‘Çok uygun’ seçeneğinin % 61,3 oranda yanıtlandığı görülmektedir. Katılımcılara sorulan ‘Aşırı korumacı olduklarında aile/arkadaşlarla başa çıkabilme’ sorusuna ‘Uygun’ ve ‘Çok uygun’ seçeneğinin % 75,5 oranında yanıtlandığı görülmektedir. Katılımcılara sorulan ‘Olabilecek üzüntü/depresyon duygularının üstesinden gelme’ sorusuna ‘Uygun’ ve ‘Çok uygun’ seçeneğinin % 72,9 oranında yanıtlandığı görülmektedir. Barnason etkililik beklenti ölçeğine verilen yanıtlar incelendiğinde 4. madde olan ‘Her zamanki hobilerime/eğlence faaliyetlerime katılma’ sorusuna ‘Uygun’ ve ‘Çok uygun’ yanıtı verenlerin toplam oranı % 48,4 ile en düşük düzeyde belirlenmiştir. Bu sonuç, katılımcıların bypass cerrahisi sonrası dönemde sosyal yaşam ve kişisel ilgi alanlarına zaman ayırma konusunda daha düşük özyeterlilik beklentisine sahip olduklarını göstermektedir. Yanıtlar incelendiğinde 13. madde olan ‘İlaçlarımı ne zaman almam gerektiğini bilme’ sorusuna ‘Uygun’ ve ‘Çok uygun’ yanıtı verenlerin toplam oranı % 85,1 ile en yüksek düzeyde belirlenmiştir. Buna göre katılımcıların ilaç kullanım zamanı konusunda yüksek düzeyde farkındalığa sahip olduklarını göstermektedir.

Barnason etkililik beklenti ölçeğine verilen yanıtlar Tablo 13’te özetlenmiştir.

Tablo 13. BEBÖ ölçeğine verilen yanıtların dağılımı

Kalp cerrahisi olduğumdan bu yana şunları yapabileceğime güveniyorum:	Uygun değil (1) n(%)	Biraz uygun (2) n(%)	Uygun (3) n(%)	Çok uygun (4) n(%)
1. Evde normal gündelik işleri gerçekleştirme	14(9,0)	46(29,7)	50(32,3)	45(29,0)
2. Normal ev işlerini (örn. yemek yapma, temizlik, ev tamirati, market alışverişi, bahçede çalışma, çim biçme) gerçekleştirme.	21(13,5)	48(31,0)	39(25,2)	47(30,3)
3. Ailem ve/veya arkadaşlarımla her zamanki faaliyetlerime katılma.	15(9,7)	56(36,1)	49(31,6)	35(22,6)
4. Her zamanki hobilerime/eğlence faaliyetlerime katılma	19(12,3)	61(39,4)	41(26,5)	34(21,9)
5. Aşırı korumacı olduklarında aile/arkadaşlarla başa çıkabilme	1(0,6)	37(23,9)	87(56,1)	30(19,4)
6. Olabilecek üzüntü/depresyon duygularının üstesinden gelme	3(1,9)	39(25,2)	90(58,1)	23(14,8)
7. Kalp kasımı güçlendirmeye yardımcı egzersizleri yapma	26(16,8)	36(23,2)	64(41,3)	29(18,7)

Tablo 13'ün devamı

8. Benim için ne tür egzersizin önerildiğini bilme	9(5,8)	28(18,1)	86(55,5)	32(20,6)
9. Öğünlerime sodyum (tuz) ve kolesterolden düşük yiyeceklerin nasıl ekleneceğini bilme	14(9,0)	35(22,6)	76(49,0)	30(19,4)
10. Dışarıda yemek yediğimde sodyum (tuz) ve kolesterolden düşük besinleri seçme	16(10,3)	34(21,9)	77(49,7)	28(18,1)
11. Anjina veya göğüs ağrım olursa ne yapacağımı bilme	10(6,5)	41(26,5)	93(60,0)	11(7,1)
12. Kullandığım ilaçların amacını anlama	8(5,2)	25(16,1)	93(60,0)	29(18,7)
13. İlaçlarımı ne zaman almam gerektiğini bilme	9(5,8)	14(9,0)	85(54,8)	47(30,3)
14. Ameliyat dikişlerimin bakımını yapmayı bilme	13(8,4)	64(41,3)	68(43,9)	10(6,5)
15. Sorunum olursa doktorumu ne zaman arayacağımı bilme	9(5,8)	67(43,2)	66(42,6)	13(8,4)

4.3. Kronik Hastalık Bakım Değerlendirilmesine Dair Bulgular

Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği (KHBDÖ) (PACIC) ölçeğinin 5 alt ölçeği bulunmakta olup bu alt ölçekler Hasta Katılımı (HK) 1-3 maddeler arası, Karar Verme Desteği (KVD) 4-6 maddeler arası, Amaç Belirleme (AB) 7-11 maddeler arası, Problem Çözme (PÇ) 12-15 maddeler arası, izlem\Koordinasyon(İ/K) 16-20 maddeler arası olarak ayrılmaktadır. Örneklemenin PACIC toplam puanı $3,0 \pm 0,4$ (medyan:3,0 min:1,5 max:4,8), HK alt boyut ortalaması $3,2 \pm 0,6$ (medyan:3,3; min:1,7; max:5,0), KVD alt boyut ortalaması $3,1 \pm 0,6$ (medyan:3,0; min:1,7; max:4,7), AB alt boyut ortalaması $3,0 \pm 0,6$ (medyan:3,0; min:1,2; max:5,0), PÇ alt boyut ortalaması $3,5 \pm 0,5$ (medyan:3,5; min:1,8; max:4,8), İ/K alt boyut ortalaması $2,4 \pm 0,6$ (medyan:2,4; min:1,2; max:4,4) olduğu görülmüştür. Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeğinin toplam puanı ile yaş arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,040$, $p=0,620$). Bu bulgu, bireylerin yaşlarının kronik hastalık bakımına ilişkin algılarını belirleyici bir faktör olmadığını göstermektedir. Ölçek alt boyut istatistiksel sonuçlarına göre HK, KVD, AB, PÇ arasında negatif yönlü zayıf, İ/K arasında pozitif yönlü zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan korelasyonlar bulunmaktadır (sırasıyla $r=-0,102$, $r=-0,078$, $r=-0,102$, $r=-0,007$, $r=0,038$) (Tablo 14).

Tablo 14. KHBDÖ alt boyutlarının yaşa göre korelasyonu

Alt Ölçek		HK	KVD	AB	PÇ	İ/K
Yaş	r	-0,102	-0,078	-0,102	-0,007	0,038
	p	0,208	0,338	0,206	0,931	0,640

(r=korelasyon sayısı HK= Hasta katılımı, KVD=Karar verme desteği, AB=Amaç belirleme, PÇ= Problem çözme, İ/K=İzlem/koordinasyon, $p \leq 0,05$ anlamlı)

Tablo 15’te hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre KHBDÖ (PACIC) toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları gösterilmektedir.

Cinsiyete göre KHBDÖ toplam ve alt boyutları incelendiğinde sadece KVD ve AB’de istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar görülmüştür (sırasıyla $p=0,049$, $p=0,013$). Cinsiyete göre erkeklerin KHBDÖ toplam medyan puanı 3,1 (min-max:1,5-4,8), hasta katılımı puanı 3,3 (min-max:1,7-5,0), karar verme desteği puanı 3,3 (min-max:1,7-4,7), amaç belirleme puanı 3,2 (min-max:1,2-5,0), problem çözme puanı 3,7 (min-max:1,8-4,8), izlem/koordinasyon puanı 2,4 (min-max:1,2-4,4) olarak tespit edildi. Cinsiyete göre kadınların KHBDÖ toplam medyan puanı 2,9 (min-max:1,9-4,2), hasta katılımı puanı 3,0 (min-max:1,7-5,0), karar verme desteği puanı 3,0 (min-max:1,7-4,3), amaç belirleme puanı 2,8 (min-max:1,2-4,8), problem çözme puanı 3,5 (min-max:2,3-4,8), izlem/koordinasyon puanı 2,4 (min-max:1,2-3,6) olarak tespit edildi. Cinsiyeti erkek olanların KVD, AB puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Medeni duruma göre sadece HK alt boyut puanı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p=0,048$). Evli katılımcıların HK puanı 3,3 (min-max:1,7-5,0), bekarların 3,0 (min-max:1,7-5,0) olarak bulunmuştur. Evli olanların HK medyan puanı bekarlara göre daha yüksek düzeyde belirlenmiştir.

Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme ölçeği toplam ve alt boyutları açısından katılımcıların eğitim düzeyleri ve ekonomik durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ekonomik düzeyi yeterli, orta ve yetersiz düzeye sahip hasta grupları arasında KHBDÖ toplam ve alt boyutları puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır (sırasıyla $p>0,005$).

Meslek durumu açısından AB ve PÇ puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir (sırasıyla $p=0,033$, $p=0,029$). Çalışanların AB alt boyut medyan puanı 3,2 (min-max:1,2-5,0), çalışmayan bireylerin medyan puanından 3,0 (min-max:1,2-4,8) daha yüksektir. Çalışanların PÇ açısından medyan puanı 3,7 (min-max:1,8-4,8), çalışmayan bireylerin medyan puanından 3,5 (min-max:1,8-4,8) daha yüksektir.

Sosyal güvence durumuna göre KHBDÖ toplam puanı, problem çözme ve izlem/koordinasyon alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (sırasıyla $p=0,028$, $p=0,023$, $p=0,011$). Sosyal güvencesi olanların toplam, PÇ, İ/K puanlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir.

Tablo 15. Sosyodemografik özelliklere göre PACIC ölçeğinin toplam ve alt boyutlarının puan dağılımı

	TOPLAM		HK		KVD		AB		PÇ		İ/K	
	Medyan (min-maks)	p	Medyan (min-maks)	p	Medyan (min-maks)	p	Medyan (min-maks)	p	Medyan (min-maks)	p	Medyan (min-maks)	p
Cinsiyet												
Kadın	2,9(1,9-4,2)	0,095	3,0(1,7-5,0)	0,079	3,0(1,7-4,3)	0,049	2,8(1,2-4,8)	0,013	3,5(2,3-4,8)	0,085	2,4(1,2-3,6)	0,309
Erkek	3,1(1,5-4,8)		3,3(1,7-5,0)		3,3(1,7-4,7)		3,2(1,2-5,0)		3,7(1,8-4,8)		2,4(1,2-4,4)	
Medeni durum												
Evli	3,0(1,5-4,8)	0,343	3,3(1,7-5,0)	0,048	3,1(1,7-4,7)	0,424	3,0(1,2-5,0)	0,479	3,5(1,8-4,8)	0,761	2,4(1,2-4,4)	0,955
Bekar	3,0(2,0-4,2)		3,0(1,7-5,0)		3,0(1,7-4,0)		2,8(1,4-4,8)		3,5(2,5-4,8)		2,4(1,2-3,6)	
Eğitim durumu												
Okuma yazma bilmiyorum	3,0(2,0-4,2)	0,936	3,3(1,7-4,3)	0,827	3,0(2,0-4,3)	0,704	2,8(1,8-4,8)	0,928	3,5(2,8-4,8)	0,784	2,4(1,6-3,2)	0,814
İlkokul	3,0(1,9-4,8)		3,3(1,7-5,0)		3,3(1,7-4,7)		3,0(1,2-5,0)		3,7(2,3-4,8)		2,4(1,2-4,4)	
Ortaokul	3,0(2,5-4,2)		3,3(2,3-5,0)		3,0(2,0-4,7)		3,0(2,0-4,4)		3,6(2,5-4,3)		2,5(1,4-3,2)	
Lise	3,0(1,5-4,2)		3,3(1,7-5,0)		3,0(1,7-3,7)		3,0(1,2-4,6)		3,5(1,8-4,5)		2,4(1,2-3,8)	
Üniversite/YL	3,2(1,9-4,1)		3,0(1,7-4,3)		3,0(1,7-3,7)		3,2(1,4-4,0)		3,7(3,0-4,5)		2,6(1,6-4,0)	
Meslek												
Çalışmıyor	3,0(1,9-4,2)	0,249	3,3(1,7-5,0)	0,381	3,0(1,7-4,7)	0,493	3,0(1,2-4,8)	0,033	3,5(1,8-4,8)	0,029	2,5(1,2-3,8)	0,238
Çalışıyor	3,2(1,5-4,8)		3,3(1,7-5,0)		3,0(1,7-4,7)		3,2(1,2-5,0)		3,7(1,8-4,8)		2,2(1,2-4,4)	
Ekonomik durum												
Yeterli	3,1(2,4-4,1)	0,341	3,3(2,7-4,7)	0,133	3,0(2,3-4,3)	0,475	2,9(2,2-4,0)	0,512	3,6(3,0-4,5)	0,295	2,6(1,6-4,0)	0,535
Orta	2,9(1,5-4,2)		3,3(1,7-5,0)		3,0(1,7-4,7)		3,0(1,2-4,6)		3,5(1,8-4,5)		2,4(1,2-3,8)	
Yetersiz	3,1(2,0-4,8)		3,3(1,7-5,0)		3,3(1,7-4,7)		3,0(1,4-5,0)		3,7(1,8-4,8)		2,4(1,2-4,4)	
Sosyal güvence												
Var	3,0(1,9-4,8)	0,028	3,3(1,7-5,0)	0,123	3,0(1,7-4,7)	0,071	3,0(1,4-5,0)	0,107	3,5(1,8-4,8)	0,023	2,4(1,2-4,4)	0,011
Yok	2,2(1,5-3,2)		2,5(1,7-3,7)		2,5(1,7-3,3)		1,8(1,2-3,8)		3,1(1,8-3,3)		1,3(1,2-2,4)	

PACIC=Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği, HK= Hasta katılımı, KVD=Karar verme desteği, AB=Amaç belirleme, PÇ= Problem çözme, İ/K=İzlem/koordinasyon, p≤0,05 anlamlı

Tablo 16’da hastaların sağlık algısına ve sağlık hizmet kullanımına göre KHBDÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. Daha önce hastane yatış deneyimine göre, hastane yatış öyküsü olan hastaların KHBDÖ PÇ ve İ/K alt boyutları arasında istatistiksel anlamlı fark görülmüştür (sırasıyla $p=0,034$, $p=0,042$). Yatış öyküsü olmayanların PÇ medyan puanı 3,7 (min-max:2,3-4,8), olanların ise 3,5 (min-max:1,8-4,8). Yatış öyküsü olmayanların İ/K medyan puanı 2,2 (min-max:1,4-4,0), olanların ise 2,6 (min-max:1,2-4,4). Hastane yatış öyküsü bulunmayanların PÇ puanlarının hastane yatış öyküsü bulunanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastane yatış öyküsü bulunanların İ/K puanlarının hastane yatış öyküsü olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların genel sağlık algı düzeylerine göre PACIC toplam puanlarının, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur ($p=0,089$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda kötü sağlık algısına sahip bireylerle, iyi sağlık algısına sahip bireyler arasında KVD ve AB alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla kötü-iyi: $p=0,011$, $p=0,003$). Genel sağlık algısı kötü olan bireylerin KVD puanı 2,6 (min-max:1,7-3,7), orta olanların 3,0 (min-max:1,7-4,7), iyi olanların 3,3 (min-max:1,7-4,7) olarak tespit edilmiştir. Genel sağlık algısı kötü olan bireylerin AB puanı 2,6 (min-max:1,2-3,8), orta olanların 3,0 (min-max:1,2-5,0), iyi olanların 3,2 (min-max:1,4-4,8) olarak tespit edilmiştir. Genel sağlık algısı kötü olan bireylerin KVD ve AB medyan puanları, iyi olan bireylere göre daha düşüktür. Genel sağlık algısı kötü ve orta düzeyde olan hasta grupları arasında yalnızca AB puanları anlamlı bir fark göstermiştir (kötü-orta $p=0,043$).

Kronik hastalığı ile ilgili son 6 ayda doktor başvurusu olan kişilerin PACIC toplam ve alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (sırasıyla $p=0,769$, $p=0,255$, $p=0,802$, $p=0,757$, $p=0,285$) (Tablo 16).

Tablo 16. PACIC toplam ve alt boyutlarının sağlık hizmet kullanımı ve sağlık algısına göre puan dağılımı

PACIC Toplam ve Alt Ölçekler	TOPLAM		HK		KVD		AB		PÇ		İ/K	
	Medyan (min-maks)	p	Medyan (min-maks)	p	Medyan (min-maks)	p	Medyan (min-maks)	p	Medyan (min-maks)	p	Medyan (min-maks)	p
Hastane yatış öyküsü												
Evet	3,0(1,5-4,8)	0,844	3,3(1,7-5,0)	0,921	3,0(1,7-4,7)	0,928	3,0(1,2-5,0)	0,300	3,5(1,8-4,8)	0,034	2,6(1,2-4,4)	0,042
Hayır	3,0(1,9-4,2)		3,3(1,7-5,0)		3,3(1,7-4,3)		3,0(1,4-4,8)		3,7(2,3-4,8)		2,2(1,4-4,0)	
Genel sağlık												
Kötü	2,9(1,5-3,4)	0,089	3,0(1,7-4,3)	0,123	2,6(1,7-3,7)	0,011	2,6(1,2-3,8)	0,004	3,2(1,8-4,0)	0,089	2,6(1,2-3,2)	0,729
Orta	3,0(1,9-4,8)		3,3(1,7-5,0)		3,0(1,7-4,7)		3,0(1,2-5,0)		3,7(2,3-4,8)		2,4(1,2-4,4)	
İyi	3,2(1,9-4)		3,3(1,7-5,0)		3,3(1,7-4,7)		3,2(1,4-4,8)		3,5(1,8-4,8)		2,4(1,2-4,0)	
Kronik hastalık ile ilgili son 6 ayda doktor başvuru												
Evet	3,0(1,5-4,8)	0,753	3,3(1,7-5,0)	0,769	3,0(1,7-4,7)	0,255	3,0(1,2-5,0)	0,802	3,5(1,8-4,8)	0,757	2,4(1,2-4,4)	0,285
Hayır	3,2(2,1-4,2)		3,3(2,0-5,0)		2,6(1,7-3,7)		3,4(1,6-4,6)		3,5(2,5-4,3)		2,8(2,0-3,6)	

PACIC=Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği, HK= Hasta katılımı, KVD=Karar verme desteği, AB=Amaç belirleme, PÇ= Problem çözme, İ/K=İzlem/koordinasyon, $p \leq 0,05$ anlamlı

Katılımcıların sahip olduğu diyabet, hipertansiyon ve diğer kronik hastalıkları ile PACIC toplam puanı ve alt boyutları arasında yapılan karşılaştırmalarda, hiçbir grupta istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Mann-Whitney U test, $p>0,05$) (Tablo 17-19).

Tablo 17. Diyabet ile PACIC toplam ve alt boyutlarının ilişkisi

DİYABET	YOK	VAR	p
	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	
PACIC TOPLAM	3,0 (1,5-4,2)	3,0 (2,0-4,8)	0,480
PACIC HK	3,3 (1,7-5,0)	3,3 (1,7-5,0)	0,445
PACIC KVD	3,3 (1,7-4,7)	3,3 (1,7-4,7)	0,836
PACIC AB	3,0 (1,2-4,6)	3,0 (1,4-5,0)	0,128
PACIC PÇ	3,7 (1,8-4,5)	3,5 (1,8-4,8)	0,684
PACIC İ/K	2,4 (1,2-4,0)	2,4 (1,2-4,4)	0,333

PACIC=Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği, HK= Hasta katılımı, KVD=Karar verme desteği, AB=Amaç belirleme, PÇ= Problem çözme, İ/K=İzlem/koordinasyon, $p \leq 0,05$ anlamlı

Tablo 18. Hipertansiyon ile PACIC toplam ve alt boyutlarının ilişkisi

HİPERTANSİYON	YOK	VAR	p
	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	
PACIC TOPLAM	3,0 (1,9-4,8)	3,0 (1,5-4,2)	0,929
PACIC HK	3,3 (1,7-5,0)	3,3 (1,7-4,3)	0,106
PACIC KVD	3,0 (1,7-4,7)	3,0 (1,7-4,3)	0,912
PACIC AB	3,0 (1,4-5,0)	3,0 (1,2-4,8)	0,918
PACIC PÇ	3,5 (1,8-4,8)	3,5 (1,8-4,8)	0,277
PACIC İ/K	2,4 (1,2-4,4)	2,6 (1,2-3,8)	0,576

PACIC=Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği, HK= Hasta katılımı, KVD=Karar verme desteği, AB=Amaç belirleme, PÇ= Problem çözme, İ/K=İzlem/koordinasyon, $p \leq 0,05$ anlamlı

Tablo 19. Diğer hastalıklar ile PACIC toplam ve alt boyutlarının ilişkisi

DİĞER HASTALIKLAR	YOK	VAR	p
	Medyan (min-max)	Medyan (min-max)	
PACIC TOPLAM	3,1 (1,9-4,2)	3,0 (1,5-4,8)	0,436
PACIC HK	3,5 (1,7-5,0)	3,3 (1,7-5,0)	0,115
PACIC KVD	3,3 (1,7-4,3)	3,0 (1,7-4,7)	0,851
PACIC AB	3,0 (1,4-4,6)	3,0 (1,2-5,0)	0,270
PACIC PÇ	3,7 (2,5-4,5)	3,5 (1,8-4,8)	0,243
PACIC İ/K	2,4 (1,4-4,0)	2,4 (1,2-4,4)	0,478

PACIC=Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği, HK= Hasta katılımı, KVD=Karar verme desteği, AB=Amaç belirleme, PÇ= Problem çözme, İ/K=İzlem/koordinasyon, $p \leq 0,05$ anlamlı

Katılımcıların kronik hastalığa sahip olduğu süre ile KHBDO toplam puanı ve alt boyutları arasındaki hasta katılımı ve amaç belirleme alt grupları hariç istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Hasta katılımı ve amaç belirleme alt boyutları

ile kronik hastalık süresi ile anlamlı, negatif yönlü ve zayıf düzeyde bir ilişki saptanmıştır. (Tablo 20).

Tablo 20. Kronik hastalık süresi ile PACIC toplam ve alt boyut korelasyon ve anlam

PACIC ölçeği toplam ve alt boyutları	Korelasyon Katsayısı (r)	p değeri
PACIC Toplam	-0,091	0,259
Hasta Katılımı	-0,206	0,010
Karar Verme Desteği	-0,157	0,051
Amaç Belirleme	-0,159	0,048
Problem Çözme	0,017	0,830
İzlem/Koordinasyon	0,045	0,575

(PACIC=Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği, Spearman korelasyon analizi, $p \leq 0,05$ anlamlı)

Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeğine verilen yanıtlar incelendiğinde 16.madde olan ‘Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı.’ ifadesine ‘Hiçbir zaman’ yanıtını verenlerin oranı % 61,9 ile en yüksek düzeyde belirlenmiştir. Bu bulgu, kronik hastalık takibinde proaktif ve süreklilik gerektiren izlem sürecinin yeterince sağlanmadığını göstermektedir. PACIC ölçeğine verilen yanıtlar incelendiğinde 12.madde olan ‘Doktorum ya da hemşiremin gerekli olan tedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim’ ifadesine ‘Her zaman’ ve ‘Çoğu zaman’ yanıtını verenlerin oranı % 94,2 ile en yüksek düzeyde belirlenmiştir. Bu bulgu, sağlık profesyonellerinin neredeyse tamamının hasta değerlerine dikkate aldığını göstermektedir.

Katılımcıların % 53,6’sı 2.madde olan ‘Tedavim konusunda karar vermem için başka seçenekler sunuldu’ ifadesine ‘Hiçbir zaman’, ‘Nadiren’ ve ‘Bazen’ yanıtını vermiştir. Bu konuda hastaların yaklaşık yarısının sınırlı ya da hiç bilgilendirme almadığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların % 72,3’ü 1.madde olan ‘Tedavi planım yapılırken görüşlerim alındı’ ifadesine ‘Çoğu zaman’ ve ‘Her zaman’ yanıtını vermiştir. Bu bulgu, hastaların sağlık bakım sürecine etkin katılım gösterdiğini ve tedavi planlarının oluşturulmasında görüşlerine önem verildiğini göstermektedir.

Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeğine verilen yanıtlar Tablo 21’de özetlenmiştir.

Tablo 21. PACIC ölçeğine verilen yanıtların dağılımı

Son 6 ay içinde kronik hastalığımla ilgili bakım aldığımda;	Hiçbir zaman (1) n (%)	Nadiren (2) n (%)	Bazen (3) n (%)	Çoğu zaman (4) n (%)	Her zaman (5) n (%)
1. Tedavi planım yapılırken görüşlerim alındı.	3(1,9)	13(8,4)	27(17,4)	101(65,2)	11(7,1)
2. Tedavim konusunda karar vermem için başka seçenekler sunuldu.	2(1,3)	22(14,2)	59(38,1)	59(38,1)	13(8,4)
3. İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi.	13(8,4)	53(34,2)	53(34,2)	25(16,1)	11(7,1)
4. Sağlığım için yapmam gerekenler yazılı olarak verildi.	42(27,1)	75(48,4)	28(18,1)	5(3,2)	5(3,2)
5. Bakımımın iyi düzenlenmiş olmasından memnun kaldım.	2(1,3)	6(3,9)	25(16,1)	99(63,9)	23(14,8)
6. Kendi bakımı sağlamak için yaptığım şeylerin sağlığımı nasıl etkileyeceği açıklandı.	3(1,9)	20(12,9)	57(36,8)	65(41,9)	10(6,5)
7. Kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu.	12(7,7)	36(23,2)	56(36,1)	46(29,7)	5(3,2)
8. Beslenme ya da egzersiz yapma davranışlarımı geliştirmem için yardım edildi.	12(7,7)	26(16,8)	44(28,4)	66(42,6)	7(4,5)
9. Tedavi planımın bir kopyası bana verildi.	14(9,0)	34(21,9)	57(36,8)	32(20,6)	18(11,6)
10. Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edildim.	8(5,2)	23(14,8)	64(41,3)	52(33,5)	8(5,2)
11. Sağlık alışkanlıklarım ile ilgili sorular soruldu.	16(10,3)	57(36,8)	54(34,8)	23(14,8)	5(3,2)
12. Doktorum ya da hemşiremin gerekli olan tedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim.	1(0,6)	2(1,3)	6(3,9)	102(65,8)	44(28,4)
13. Günlük yaşamımda uygulayabileceğim bir tedavi planı yapmam için yardım edildi.	3(1,9)	8(5,2)	21(13,5)	112(72,3)	11(7,1)
14. Zor zamanlarımda bile kendime bakabilmem için yapmam gerekenler konusunda yardım edildi.	7(4,5)	22(14,2)	49(31,6)	72(46,5)	5(3,2)
15. Hastalığımla hayatımı nasıl etkilediği soruldu.	11(7,1)	38(24,5)	79(51,0)	26(16,8)	1(0,6)
16. Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı.	96(61,9)	40(25,8)	15(9,7)	3(1,9)	1(0,6)
17. Hastalığım konusunda bana yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya teşvik edildim.	7(4,5)	34(21,9)	62(40,0)	51(32,9)	1(0,6)
18. Diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacım olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirildim.	55(35,5)	40(25,8)	37(23,9)	21(13,5)	2(1,3)
19. Diğer branşlardaki hekimlere gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı.	21(13,5)	32(20,6)	75(48,4)	26(16,8)	1(0,6)
20. Diğer hekimlerle yaptığım görüşmeler konusunda sorular soruldu.	21(13,5)	29(18,7)	81(52,3)	23(14,8)	1(0,6)

4.4. BEBÖ ve KHBDÖ Karşılaştırmasına Dair Bulgular

Tablo 22’de hastaların BEBÖ ve KHBDÖ puanları arasındaki ilişkiye ait bulgular yer almaktadır. Katılımcıların Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği toplam puanları ile Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği toplam puanları arasında pozitif, anlamlı, orta düzeyde bir ilişki saptandı Hasta katılımı alt boyutu ile özbakım yönetimi, diyet modifikasyonu, egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyutları ve toplam BEBÖ puanları arasında anlamlı, pozitif yönde ve zayıf düzeyde ilişki bulunmaktadır. Karar verme desteği alt boyutu ile yalnızca özbakım yönetimi alt boyut puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Karar verme desteği ile fiziksel fonksiyon, diyet modifikasyonu, psikososyal fonksiyon, egzersiz aktivite modifikasyonu ve toplam BEBÖ arasında anlamlı, pozitif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki bulunmaktadır. Amaç belirleme alt boyutu ile toplam BEBÖ, fiziksel fonksiyon alt boyut puanları arasında orta düzeyde, anlamlı ve pozitif yönde ilişki mevcutken, özbakım yönetimi, diyet modifikasyonu, psikososyal fonksiyon ve egzersiz aktivite modifikasyonu alt boyut puanları ile anlamlı, pozitif yönde ve zayıf bir ilişki saptanmıştır. Problem çözme alt boyutu ile diyet modifikasyonu, egzersiz aktivite modifikasyonu ve toplam BEBÖ arasında anlamlı, zayıf ve pozitif yönde bir ilişki görülmektedir. İzlem/koordinasyon alt boyutu ile toplam BEBÖ ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 22. Katılımcıların BEBÖ ve KHBDÖ puanları arasındaki ilişki (n=155)

		FF	ÖBY	DM	PF	EAM	BEBÖ* Toplam
HK	r	0,143	0,186	0,195	0,104	0,196	0,229
	p	0,075	0,020	0,015	0,199	0,015	0,004
KVD	r	0,201	0,126	0,173	0,203	0,195	0,258
	p	0,012	0,119	0,031	0,011	0,015	0,001
AB	r	0,322	0,161	0,230	0,291	0,213	0,358
	p	<0,001	0,045	0,004	<0,001	0,008	<0,001
PÇ	r	0,089	0,116	0,205	0,105	0,171	0,173
	p	0,273	0,152	0,011	0,194	0,033	0,032
İ/K	r	0,127	0,038	0,013	0,082	0,089	0,109
	p	0,115	0,637	0,876	0,310	0,268	0,178
KHBDÖ** Toplam	r	0,266	0,144	0,198	0,233	0,216	0,306
	p	0,001	0,073	0,013	0,004	0,007	<0,001

*Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği, **Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği, $p \leq 0,05$ anlamlı

5. TARTIŞMA

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniğine başvuran by-pass cerrahisi geçiren yetişkin hastaların cerrahi sonrası bakım ve taburculuk sonrası yaşam etkililik becerilerinin hastaların iyileşme sürecine olan etkilerini sosyodemografik verilerle ilişkisinin değerlendirildiği, 155 katılımcıyla tamamlanan çalışmanın tartışma bölümünde analiz bulguları literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmaktadır.

5.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği ile İlişkisi

KABG gerçekleştirilen hastaların özetkililiklerine ilişkin literatürde çok fazla çalışma olmamasına rağmen bu konu ile ilgili benzer çalışmalar taranmıştır. Çalışmamızda açık kalp ameliyatı olan bireylerin özetkililiklerinin orta düzeyde olduğu ve bireylerin özetkililik düzeyini yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleği, hastane yatış öyküsü ve genel sağlık algısı durumunun etkilediği tespit edildi.

Çalışmamızda yaşa göre BEBÖ toplam puanı ve ÖBY, PF, EAM alt boyutları puanları arasında negatif yönlü, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgu, yaş ilerledikçe hastaların ameliyat sonrası bakım sürecine yönelik özetkililik algısının azaldığını göstermektedir. Literatürde bu durumu destekleyen benzer bulgulara rastlanmaktadır. Dizdar ve ark. tarafından 2019 yılında Trabzon’da bir devlet hastanesinde 242 katılımcı ile yapılan çalışmasında KABG geçiren genç hastaların daha yüksek özetkililik değerine sahip olduğu tespit edilmiştir ($p=0,003$).¹¹² Gök ve Yeşilyaprak’ın 2022 yılında Denizli’deki bir üniversite hastanesinde 208 katılımcı ile yapılan çalışmasında KABG geçiren hastalar ile yaş arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,001$).¹¹³ Ancak bu çalışmada, yaş ilerledikçe özyeterlilik düzeyinin arttığı ifade edilmiştir. Bu farklılık, örneklem özellikleri, yaş gruplarının dağılımı ya da değerlendirme yöntemlerinden kaynaklanıyor olabilir. Yaş aldıkça kişilerin fiziksel fonksiyon kapasitelerinin azalmasına bağlı bir işi başlatma ve devam ettirme becerisi olumsuz yönde etkilenebilir. Bu durum, ameliyat sonrası dönemde hastaların özetkililik algısında düşüş yaşanmasına neden olabilir.

KABG gerçekleştirilen bireylerin cinsiyetlerine göre BEBÖ madde toplam puanları incelendiğinde erkeklerin kadınlara göre daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. Cinsiyete göre BEBÖ toplam ve alt boyutları incelendiğinde sadece DM alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir. Literatürde benzer bulgulara rastlanmaktadır. Sol ve arkadaşlarının 2006 yılında vasküler hastalığı bulunan 236 hastanın özetkililik algısının inceledikleri bir çalışmada; kadınların sigarayı bırakmaya yönelik özetkililik puanları erkeklere göre daha düşük bulunmuş, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.¹¹⁴ Feola ve ark. tarafından 2015 yılında İtalya’da 418 hasta ile gerçekleştirdiği çalışmada ise kalp cerrahisi sonrası kardiyak rehabilitasyon programlarına katılımda kadınların erkeklere göre daha düşük özetkililik düzeylerine sahip olduğu bildirilmiştir¹¹⁵. Araştırmacılar bu farkı kadınların ileri yaşta olması ve daha kötü klinik tabloya sahip olmaları ile açıklamıştır. Benzer şekilde Wiraszka ve Wlodarczyk tarafından 2024 yılında Polonya’da 157 hastanın cinsiyet ile kardiyovasküler sağlık bilgisi, özyeterlilik ilişkisini incelediği çalışmasında kadınların daha sağlıklı davranışlar bildirmelerine rağmen, erkeklerin özetkililik puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır.¹¹⁶ Çalışmamızda kadınların daha düşük BEBÖ puanına sahip olmalarının nedeni, örneklem grubunda erkeklerin sayıca baskın olması olabilir. Kadınların sağlık hizmetlerine erişim, sosyal destek düzeyleri, ameliyat sonrası bakım sürecinde üstlendikleri roller ve kültürel faktörler gibi çok boyutlu etkenler de özetkililik düzeylerini etkileyebilir.

Medeni durumuna göre BEBÖ toplam ve alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Literatürde, evlilik ve aile desteğinin psikososyal iyileşme sürecine olumlu katkı sağladığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Theobald ve ark. tarafından 2005 yılında yapılan çalışmada KABG geçiren bireylerin iyileşme sürecinde eş ve aile desteğinin, ameliyat sonrası döneme psikososyal uyumun sağlanmasında gerekli olduğunu vurgulamaktadır.¹⁰⁹ Benzer şekilde, Korkmaz ve arkadaşlarının 2015 yılında üniversite hastanesinde 185 hastada yaptığı çalışmada evli hastaların kardiyak cerrahi sonrası umut ve sosyal destek açısından daha yüksek puanlara sahip olduğunu göstermiştir.¹¹⁷ Ayrıca Alkuwaisi ve ark. tarafından Suudi Arabistan’da 2022 yılında 150 katılımcı ile gerçekleştirilen ve kalp ameliyatı geçiren hastaların özbakım davranışlarını değerlendiren çalışmada evli bireylerin, bekar bireylere göre istatistiksel anlamda daha yüksek özbakım davranışları sergilediği

gösterilmiştir. Bu durum, evlilikle birlikte artan farklı sorumluluklar, sosyal destek ve bakım yükümlülüğüne bağlı olabilir.¹¹⁸ Çalışmamızın literatürden farklı olma sebebi örneklemin özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir, aynı zamanda evliliğin her birey için destekleyici bir durum olmaması da bir etkidir. BEBÖ özbakım yönetimi alt boyutu, yalnızca bireyin özbakım eylemlerini değil; aynı zamanda bu eylemleri gerçekleştirebileceğine dair inancını, yani özetkililik düzeyini de değerlendirmektedir. Özbakım davranışı ile özetkililik düzeyi arasında kavramsal bir fark bulunduğu için özbakım davranışı sergileyen bireylerin, bu davranışlara yönelik özyeterlik algısı her zaman paralel olmayabilir. Bu bağlam da medeni durum açısından bunu belirginleştirmektedir.

KABG gerçekleştirilen bireylerin eğitim durumlarına göre BEBÖ toplam ve DM hariç diğer alt boyut ortalamaları incelendiğinde anlamlı düzeyde farklılık belirlenmiştir. 2010 yılında Kang ve ark. tarafından Kore’de 157 katılımcı ile yaptığı bir çalışmada, yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin, özetkililik algılarının ve olumlu sağlık davranışları sergileme oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur.¹¹⁹ Yüксеlevrim tarafından 2019’da Kıbrıs’ta 104 katılımcı ile gerçekleştirdiği çalışmasında lise ve üzeri eğitim alan hastaların toplam, ÖBY ve PF özetkililik beklenti düzeylerinin daha yüksek olduğu saptamıştır.¹²⁰ Ancak, Dizdar ve ark tarafından 2019 yılında yapılan çalışmada ise eğitim durumu ile özetkililik arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.¹¹² Bu durumun sebebi yüksek eğitim düzeyine bağlı bireyler yalnız yaşıyor olabilir ve sosyal destek azlığına bağlı, özetkililik düzeyi olumsuz etkilenmiş olabilir. Kültürel normlara bağlı olarak eğitilmiş bireylerde dahi olsa sağlık kararlarını aile fertlerine veya sağlık hizmet sağlayıcılarına bırakma sebepli olabilir. Eğitim düzeyi ile özetkililik algısı arasında çelişkili bulguların birçok sebebi olabilir. Yüksek eğitim düzeyine sahip bireyler sağlık bilgilerini anlama ve değerlendirme, sağlık çalışanlarıyla daha etkili iletişim kurabilme, sağlığına daha çok önem vermesi ve sağlıkla ilgili karar alma süreçlerinde daha aktif rol oynayabilir. Bu durum, bireyin kendi sağlığını yönetebileceğine dair inancını, yani özetkililiğini artırır.

Çalışmamızda, katılımcıların ekonomik durumu ile BEBO toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ekonomik durumu ile BEBO fizyolojik fonksiyon ve psikososyal fonksiyon puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Bu bulgu, ekonomik düzeyin özetkililik beklentisi

üzerinde etkileyici bir rol oynamadığını, ancak belirli işlevsel alanlarda (örneğin fizyolojik ve psikososyal boyutlar) daha belirgin bir etkisinin olabileceğini göstermektedir. Bu durumun sebebi özetkililik beklentisinin özellikle sağlıkla ilgili fiziksel yeterlilik ve duygusal/sosyal başa çıkma alanlarında ekonomik olanaklarla doğrudan ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Benzer şekilde, Avcı'nın¹¹⁰ ve Yüksel'in¹²⁰ çalışmalarında gelir düzeyi ile öz etkililik arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Ancak Lapier'in 2009 yılında ABD'de 50 katılımcı ile yaptığı çalışmasında daha yüksek gelir seviyesine sahip bireylerin, egzersiz davranışlarını sürdürme konusunda yüksek özetkililik puanlarına sahip olduğu tespit edilmiştir.¹²¹ Ekonomik durumun özetkililik ile ilişkisi, bireyin sağlık hizmetlerine erişimi, yeterli beslenme, düzenli fiziksel aktivite olanakları gibi birçok faktörle ilişkilendirilebilir. Sağlıklarını koruma ve iyileştirme konusunda daha fazla kaynak ve imkana sahip olmaları, kendilerine yönelik inançlarını ve beklentilerini güçlendirip, bireyin yaşam üzerinde kontrol algısını artırarak, özetkililik düzeylerini olumlu yönde etkileyebilir.

Meslek durumuna göre KABG geçiren hastaların BEBÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p=0,001$). Çalışan bireylerin etkililik beklentisinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu durum, çalışanların aktif yaşamlarını sürdürmeleri nedeniyle daha yüksek işlevsellik düzeyine, problem çözme becerilerini daha sık kullanmasına ve günlük yaşam aktivitelerine daha sık katılım sağlamasıyla ilişkilendirilebilir. Benzer şekilde, Güneş ve Çelik'in 2022 yılında Aydın'da 170 katılımcı ile yürüttüğü çalışmasında çalışan bireylerin özetkililik düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.¹²²

KABG gerçekleştirilen bireylerin daha önce hastaneye yatış öykülerine göre BEBÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları incelenmiştir ve hastaneye yatış öyküsü olmayan katılımcıların BEBÖ toplam puanları ile birlikte psikososyal fonksiyon (PF) ve egzersiz/aktivite modifikasyonu (EAM) alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde, 2009 yılında ABD'de Zulkosky ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre özetkililik inancının bireyin tecrübelerinden ve elde ettiği başarılarından etkilendiği belirtilmiştir. Bireyin olumlu deneyimlerinin özyeterlilik inancını güçlendirdiğini, ancak ardı ardına gelen başarısızlıkların bu inancı zayıflatabileceğini vurgulamaktadır.¹²³ Ancak Kargar ve ark. tarafından 2021 yılında İran'da 400 katılımcı ile yürütülen çalışmada hastaneye yatış sürecinde alınan kaliteli

bakımın, bireylerin özetkililik algısını ve psikososyal fonksiyonlarını güçlendirebileceğini göstermektedir.¹²⁴ Mevcut çalışmamızda, daha önce hastaneye yatış öyküsü olan bireylerin BEBÖ puanlarının daha düşük olması, olumsuz hastane deneyimleri ile birlikte ek sağlık sorunlarının varlığının bireylerin özetkililik algılarının olumsuz şekilde etkilemesi beklenebilir.

Katılımcıların genel sağlık algısını ‘iyi’ olarak değerlendirenlerin BEBÖ toplam ve alt boyut puanları ‘kötü’ olarak değerlendirenlere göre yüksek çıkmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Literatürde bireyin sağlık algısının, özetkililik düzeyinin önemli bir belirleyicisi olduğu ifade edilmektedir. Sağlığını kötü olarak değerlendiren bireyler, genelde daha fazla semptom, ek hastalıklar, fiziksel işlev kaybı ve başarısız sağlık deneyimleri yaşayanlar olabilir. Jiang ve ark. tarafından Singapur’da 2021 yılında 213 katılımcı ile yürüttüğü çalışmada, hemşireler tarafından verilen evde eğitim ve destek programlarının, bireylerin sağlık algılarını ve özetkililik düzeylerini olumlu şekilde etkileyebileceğini ifade etmektedir.¹²⁵

Kronik hastalığı olan bireylerin son altı ayda doktora başvuru durumları ile BEBÖ toplam ve alt boyut puanları arasında bir fark yoktur, ancak psikososyal fonksiyon (PF) puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Kronik hastalığa sahip bireylerde yaygın olarak görülen psikososyal sorunların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği, bu bireylere sağlanan psikososyal desteğin ise özyeterlilik düzeylerini arttırdığı bilinmektedir. Luo ve ark. tarafından 2024 yılında Çin’de 5150 hasta ile yapılan kesitsel çalışmada, aile sağlığının ve sosyal desteğin özetkililiği olumlu yönde etkilediği ifade edilmiştir.¹²⁶

Çalışmamızda katılımcıların sahip oldukları ek kronik hastalık türleri ile etkililik beklentisi düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiş ve bazı hastalıklarla BEBÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Diyabeti olmayan bireylerin BEBÖ toplam puanı ile birlikte fizyolojik fonksiyon (FF), diyet modifikasyonu (DM) ve psikososyal fonksiyon (PF) alt boyutu puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hipertansiyon açısından yalnızca diyet modifikasyonu puanı açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Diyabet bireyin yaşam tarzı üzerinde sürekli değişiklik gerektiren, karmaşık özbakım davranışları gerektiren ve komplikasyon riski yüksek kronik bir hastalıktır. Bu nedenle, diyabeti olan bireylerin özetkililik düzeylerinin daha düşük olabileceği bildirilmektedir. Benzer şekilde, Peters ve ark.

tarafından 2019 yılında İngiltere’de 848 katılımcı ile yürütülen kesitsel çalışmasında, çoklu kronik hastalığa sahip bireylerde özetkililik düzeylerinin daha düşük olduğu gösterilmiştir. Araştırmacılar, bu durumu artan tedavi yükü, sağlıkla ilgili belirsizlik ve azalan fiziksel kapasite ile açıklamaktadır.¹²⁷

Hastaların BEBÖ toplam puanı $41,3 \pm 8,01$ olarak saptandı. Ölçek alt boyutlarından en yüksek özbakım yönetimi ($11,2 \pm 2,3$), en düşük ise diyet modifikasyonu ($5,5 \pm 1,7$) alt boyutlarından alındığı belirlendi. Toplam puan ortalaması ölçeğin orijinalinde 44.6 bulunmuştur. Barnason ve ark. iskemik kalp hastalığı tanılı ve KABG ameliyatı geçiren hastaların BEBÖ toplam puan ortalamasını 43,2 olarak bulmuşlardır.¹²⁸ Bu değerler incelendiğinde KABG sonrası özetkililik düzeyinin orta düzeyde olduğu görülmüştür.

BEBÖ ölçeğinin fiziksel fonksiyon açısından özetkililiklerini inceleyen 2., 3. ve 4. Sorulara verilen cevaplar incelendiğinde KABG sonrası fiziksel açıdan kendilerini yeterince hazır hissetmedikleri görülmüştür. Barnason ve arkadaşlarının 2003 yılı çalışmasında kilo kontrolü, egzersiz, koruyucu davranışlar gibi sağlık davranışlarına katkı sağlayan en önemli faktörün öz etkililik olduğunu ifade edilmiştir.¹²⁸

Çalışmada kronik hastalıklarına yönelik eğitim/bilgilendirme alan katılımcıların oranı % 98,1 olarak belirlenmiştir. Bu eğitimi alan bireylerin % 89,7’si aile hekiminden, % 97,4’ü ilgili uzman hekimden ve % 39,4’ü hemşireden aldığını belirtmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu kronik hastalıklarına yönelik eğitim ve bilgilendirme almış olması sağlık hizmet sunumu açısından önemlidir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması, sağlık hizmet eğitiminin kalitesinin artırılması ile özetkililik algısının daha da yükseleceği söylenebilir. Literatürde Sugiharto ve ark. tarafından 2024 yılında yayımlanan bir çalışmada KAH olan hastalara verilen sağlık eğitiminin özetkililik düzeyini arttırdığı tespit edilmiştir.¹²⁹

Hastalığına ve gerçekleştirilen ameliyata yönelik bir eğitim/ön bilgi aldığını belirten katılımcı oranı % 98,7 olarak saptanmıştır. Bilgilendirmelerin % 44,5’ü doktorlar, % 54,2’si hemşire veya diğer sağlık personeli tarafından verilmiştir. Hastalığına ve ameliyatına yönelik verilen eğitimi % 72,9 katılımcı yeterli, % 20,6’sı kısmen yeterli, % 5,2’si ise yetersiz bulunduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların çoğunluğu verilen bilgilendirmeyi olumlu bulsa da kısmen yeterli ve yetersiz bulanların olması sebebiyle eğitimin içeriği ve sunum kalitesinin geliştirilmesi gerekliliğini ortaya

koymaktadır. Eğitimin hekimden daha çok hekim dışı sağlık hizmet sağlayıcıları tarafından verilmiş olması, hekimlerin hasta yoğunluğu ve sınırlı zaman ayırmasından kaynaklı engeller nedeniyle bilgilendirme süreçlerine yeterli katılamamış olabileceklerini düşündürmektedir. Ayrıca, tek bir merkezden yapılan çalışma olması sebebiyle de bu oran bulunmuş olabilir.

KABG gerçekleştirilen bireylerin “Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu”na yönelik cevaplarının yüzde dağılımları incelendiğinde; Ölçek kapsamında hastaların en fazla “İlaçlarımı ne zaman almam gerektiğini bilme”, en az ise “Her zamanki hobilerime/eğlence faaliyetlerime katılma” konusunda kendilerine güvendikleri belirlenmiştir. Benzer şekilde hastalar “Olabilecek üzüntü/depresyon duygularının üstesinden gelme”, “Sorunum olursa doktorumu ne zaman arayacağımı bilme”, “Ameliyat yerimin bakımının nasıl yapıldığını bilme” ve “Ailem ve/veya arkadaşlarımla her zamanki faaliyetlerime katılma” gibi konularda kendilerine daha az güvendikleri belirlenmiştir. Bireylerin özetkililiklerinin düşük olduğu maddeler incelendiğinde; bunlardan “Olabilecek üzüntü/depresyon duygularının üstesinden gelme” maddesine sebep olarak KABG sonrası hastalarda depresyon, anksiyete ve yalnız hissetme yaygın olarak görülmektedir.¹⁰⁹ Bu durum, bireylerin günlük aktivitelere katılımını ve sosyal etkileşimlerini olumsuz etkileyerek özetkililik algılarını düşürebilir. Ameliyat sonrası bakım, yara bakımı ve komplikasyonların yönetimi konusunda yeterli bilgiye sahip olmamak, bireylerin kendilerine olan güvenlerini azaltabilir. Bu bilgi eksikliği, “Ameliyat yerimin bakımının nasıl yapıldığını bilme” ve “Sorunum olursa doktorumu ne zaman arayacağımı bilme” gibi maddelerde düşük puanlara neden olabilir. Ameliyat sonrası dönemde fiziksel yorgunluk, ağrı ve hareket kısıtlılıkları, bireylerin günlük aktivitelerine katılımını engelleyebilir. Bu fiziksel sınırlamalar, “Her zamanki hobilerime/eğlence faaliyetlerime katılma” maddesinde düşük özetkililik algısına katkıda bulunabilir. Sosyal destek eksikliği, bireylerin kendilerini yalnız hissetmelerine ve sağlıkla ilgili kararlar alırken güvensizlik yaşamalarına neden olabilir. Bu durum, özellikle “Ailem ve/veya arkadaşlarımla her zamanki faaliyetlerime katılma” maddesinde düşük özetkililik algısına yol açabilir. Psikolojik eğitim programları ve kardiyak rehabilitasyon programlarına katılım, bireylerin özetkililik algılarını artırabilir. Bu programlara erişim eksikliği veya katılımın olmaması, bireylerin kendilerini yeterince hazırlıksız hissetmelerine ve özetkililik

algılarının düşük olmasına neden olabilir. Bu nedenle, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde kapsamlı bir destek ve hasta eğitim programı, bireylerin özetkililik algılarını artırmada önemli bir rol oynayabilir.

5.2 Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği ile İlişkisi

Örneklem grubundaki kronik hastalar kendilerine sunulan kronik hastalık bakımını, KHBDÖ toplam puanı $3,0\pm0,49$ olacak şekilde, diğer bir ifadeyle “nadiren” ile “bazen” arasında değerlendirmiştir. Bu değerler, KABG geçiren hastaların kronik hastalık bakımına yönelik algılarının orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu değer Aragonés ve arkadaşlarının 2008 yılı çalışmasından düşük ($3,17\pm0,8$),¹³⁰ Glasgow ve arkadaşlarının 2005 yılı çalışması ($2,60\pm1,0$)¹³¹ ile Rosemann ve arkadaşlarının 2007 yılı çalışmasından ($2,44\pm1,1$)¹¹¹ yüksek bulunmuştur.

Alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; Glasgow ve ark. (2005) ile Aragonés ve ark. (2008) çalışmasına benzer şekilde, ölçek alt boyutları arasında izlem\koordinasyon madde puan ortalaması en düşük ($2,43\pm0,6$), problem çözme madde puan ortalaması en yüksek ($3,51\pm0,5$) bulunmuştur. Rosemann ve ark.’nın (2007) geçerlik çalışmasında ise en düşük ortalama yine İzlem\Koordinasyon ölçeğinde iken, en yüksek ortalama hasta katılımı alt ölçeğinde bulunmuştur.¹¹¹

Katılımcılar en fazla karar desteği ve problem çözme boyutuna yüksek puan verirken izlem/takip boyutuna düşük puan vermişlerdir. Kaya ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı bir çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur.¹³² Bu durum çalışma yapılan merkezin bir üniversite hastanesi polikliniği olmasından kaynaklanıyor olabilir. Belli bir nüfus bağlı olmadan hizmet yürüten sağlık hizmet polikliniğinin randevu düzeninin düzenli randevu almaya elverişli olmaması, poliklinik hizmeti veren kişilerin sürekli değişiyor olması, cerrahi branş olduğu için haftanın belirli günleri poliklinik servisi yapıyor olmaları nedeniyle hastalar izlem/takip açısından kendilerini desteklenmemiş hissetmiş olabilirler.

Bu çalışma kapsamında yer alan hastaların çoğunluğu 65 yaş üstünde, evli, ilkokul mezunu, çalışmayan, orta gelirli, kentsel yaşamı olan ve sağlık sigortasına sahip şekilde belirtilebilir. Hastaların yarıdan fazlası gelir durumlarının orta ve yeterli düzeyde olduğunu belirtmiştir. Hastalık özellikleri arasında en sık görülen ilk iki

hastalık hipertansiyon ve diyabettir. Bu konuda yapılan uluslararası bazı çalışma bulgularında da benzer sonuçlar bulunmuştur. Glasgow ve ark. (2005b)¹³¹, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ek kronik hastalık sayısı ve hastalık türü ile; Rosemann ve ark. (2007)¹¹¹ yaş, eğitim durumu ve hastalık türü ile kronik hastalık bakım puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulmuştur.

Doğrudan koroner arter bypass greftleme geçirmiş hastalarda Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği uygulamasını inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır.

Çalışmamızda, PACIC ölçeği toplam puanı ile yaş arasında negatif yönlü ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,040$, $p=0,620$). Bu bulgu, bireylerin yaşlarının kronik hastalık bakımına yönelik algıları üzerinde belirleyici bir etkisinin olmadığını göstermektedir. Literatürde, PACIC skorları ile yaş arasındaki ilişki üzerine yapılan çalışmaların sonuçları farklılık gösterebilmektedir. Örneğin, Glasgow ve ark. tarafından 2005 yılında 363 katılımcı ile yaptığı bir çalışmada, yaşın PACIC skorları üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p=0,065$).¹³¹ Bizim çalışmamızdan farklı olarak yaşın PACIC skorları üzerinde etkili olabileceğini öne sürmekte olan çalışmalar da mevcuttur. Örneğin, Litvanya’da Urbanos ve ark. tarafından 2023 yılında multimorbid hastalarla yapılan bir araştırmada, yaşın artmasıyla PACIC alt ölçek puanlarının düştüğü gözlemlenmiştir.¹³³ Yine Litvanya’da Lukoschek ve ark. tarafından 2023 yılında yapılan çalışmada yaş ile PACIC skorları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,03$).¹³⁴ Bu durum, yaşlı bireylerin çalışmanın yapıldığı yere göre sağlık hizmetlerinden beklentilerinin farklılaşması veya sağlık sistemindeki değişikliklere adaptasyon süreçlerinin etkisiyle açıklanabilir.

Çalışmamızda, PACIC ölçeği toplam ve alt boyut puanları cinsiyete göre incelendiğinde, Karar Verme Desteği (KVD) ve Amaç Belirleme (AB) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur (sırasıyla $p=0,049$ ve $p=0,013$). Erkek katılımcıların daha yüksek puanlara sahip olduğu saptanmıştır. Literatürde, PACIC puanlarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin bulgular çelişkilidir. Örneğin, Törö ve ark. tarafından 2018 yılında Macaristan’da 684 katılımcı ile yapılan bir çalışmada PACIC toplam puanları ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,983$).¹³⁵ Doğan ve ark. tarafından 2019’da Gümüşhane’de 142 katılımcı ile yapılan çalışmada ise çalışmamıza benzer şekilde yalnızca amaç belirleme alt boyutuyla cinsiyet arasında anlamlı ilişki olduğu ve erkeklerin aldıkları puanın

kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmış ($p=0,02$).¹³⁶ Bu durum erkeklerin sağlık hizmet kullanımında karar verme sürecine daha aktif katılım sağlamasından kaynaklanıyor olabilir. Kadınların daha düşük puanlar alması, hizmet sunumunun kadınların ihtiyaçlarını yeterince karşılayamamasından ya da kadınların bakım süreçlerinde daha eleştirel değerlendirme eğiliminde olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda eğitim durumları ile katılımcıların PACIC puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemiştir. Bu durum bireyler yüksek eğitilmiş olsalar dahi sağlık sistemine dair bilgi ve deneyimlerinin sınırlı olabileceğinden kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin sağlık hizmetlerine daha eleştirel yaklaşımları, PACIC ölçeğindeki puanlarının düşük olmasına neden olabilirken; daha düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin sunulan hizmeti daha olumlu değerlendirme eğiliminde olmaları, farklı gruplar arasında puan farkının ortadan kalkmasına yol açmış olabilir. Literatürde Kocher ve ark. tarafından 2023 yılında İsviçre’de yapılan çalışmada PACIC ölçeği ile eğitim durumu arasında anlamlı sonuç bulunmamıştır ($p=0,617$).¹³⁷ Rosemann tarafından yapılan çalışmada ise anlamlı bir fark görülmüş ($p=0,008$)¹³⁸ ve yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda, PACIC ölçeği alt boyutlarından yalnızca HK puanlarının medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p=0,048$). Evli bireylerin, izleme/koordinasyon (İ/K) alt boyutu hariç diğer alt boyutlarda puanlarının bekar bireylere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgu, evli bireylerin kronik hastalık yönetimi sürecinde sağlık hizmetlerine daha aktif katılım gösterdiklerini düşündürmektedir. Kocher ve ark. tarafından 2023 yılında İsviçre’de yapılan çalışmada PACIC ölçeği ile medeni durum arasında anlamlı sonuç bulunmamıştır ($p=0,24$).¹³⁷ Benzer şekilde Genç ve Aksoy’un 2024 yılında 228 katılımcı ile Siirt ilinde gerçekleştirdiği kronik hastalığı olan bireylerin tedaviye uyumunu araştırdığı çalışmada anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,62$).¹³⁹ Evli bireylerin eşlerinden aldıkları psikososyal destek, tedavi sürecine katılımı ve sağlık hizmetlerinden memnuniyeti artırabilir. Ancak evli bireylerin aile yapısı, birlikte yaşanan kişilerin niteliği ve kültürel faktörler gibi değişkenler bu ilişkiyi etkileyebilmektedir.

Çalışmamızda, meslek durumuna göre PACIC ölçeğinin alt boyutlarından amaç belirleme (AB) ve problem çözme (PÇ) puanları çalışan bireylerde çalışmayan bireylere

göre daha yüksek bulunmuş ve anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla $p=0,033$; $p=0,029$). Bu durum, bireylerin iş yaşamından edindikleri planlama, hedef koyma ve sorun çözme becerilerinin sağlık hizmeti süreçlerine de yansıdığını düşündürmektedir. Bu beceriler, sağlık hizmeti süreçlerinde daha aktif bir rol almalarına ve daha yüksek memnuniyet duymalarına katkı sağlayabilir. Genç ve Aksoy tarafından 2024 yılında yapılan bir çalışmada, meslek durumu ile PACIC ölçeği arasında anlamlı fark saptanmış; özellikle karar verme ve problem çözme alt boyutlarında çalışan bireylerin puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (sırasıyla $p=0,001$, $p<0,05$).¹³⁹ Bu bulgu, çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda, PACIC toplam ve alt boyut puanlarının katılımcıların ekonomik durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Kamu temelli sağlık sistemlerinde, ekonomik durum sağlık hizmetine erişimde belirleyici olmayabilir. Ayrıca bireylerin kendi ekonomik durum değerlendirmeleri (yetersiz, orta, yeterli) PACIC skorları üzerinde anlamlı fark oluşmamasına sebep olabilir. Söylemez ve Aşlar'ın 2023 yılında Erzincan'da 407 katılımcı ile hipertansiyon hastalarının ilaç uyumları ile ilgili çalışmasında da PACIC skorları ile ekonomik durum arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).¹⁴⁰

Çalışmamızda, PACIC alt boyutlarından problem çözme (PÇ) ve izlem/koordinasyon (İ/K) puanlarının hastane yatış öyküsüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. PÇ puanları, hastane yatış öyküsü bulunmayan bireylerde daha yüksek iken; İ/K puanları, hastane yatış öyküsü bulunan bireylerde daha yüksek düzeydedir. Yatış öyküsü olmayan bireylerin daha yüksek problem çözme puanlarına sahip olmaları, kronik hastalıklarını daha etkin yönettiklerini ve sağlık sorunlarıyla başa çıkmada daha yüksek özetkililik düzeyine sahip olabileceklerini düşündürmektedir. Öte yandan, hastane yatış öyküsü olan bireyler daha sık kontrollere çağrılmakta veya multidisipliner izlem altında takip edilebilmektedir. Bu durum, izlem ve koordinasyonun algılanan düzeyini artırabilir. PACIC skorları ile hastane yatış öyküsü arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen çalışmaların sayısı sınırlıdır. Bu durum, çalışmamın literatüre katkı sağlayabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda, katılımcıların genel sağlık algı düzeylerine göre PACIC toplam puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur ($p=0,089$). Ancak, ikili karşılaştırmalarda, genel sağlık algısı kötü olan bireylerin KVD ve AB

puanları, iyi olan bireylere göre daha düşük çıkmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır (sırasıyla $p=0,011$ ve $p=0,003$). Bu bulgu, bireylerin sağlık hizmeti süreçlerine daha az katılım gösterdiklerini ve bu süreçlerde daha az destek aldıklarını düşündürülebilir. Ayrıca, genel sağlık algısı kötü ve orta düzeyde olan hasta grupları arasında yalnızca AB puanları anlamlı bir fark göstermiştir ($p=0,043$). Literatürde İncirkuş'un PACIC'ın geçerlilik ve güvenilirliğini araştırdığı yüksek lisans tezinde çalışmamıza benzer genel sağlık algısı ile PACIC puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,01$).³⁰

Çalışmamızda, katılımcıların kronik hastalıkları ile ilgili olarak son altı ay içinde sağlık profesyoneline başvuru durumlarına göre PACIC toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulgu, sadece sağlık hizmetine başvuru sıklığının ya da yakın dönemde alınan hizmetin, kronik hastalık bakım algısı üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olmayabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, katılımcıların sahip olduğu diyabet, hipertansiyon ve diğer kronik hastalık türleri ile PACIC toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulgu, kronik hastalık bakımının kalitesinin, hastalığın türünden ziyade, sunulan bakımın organizasyonu, sürekliliği ve hasta merkezli yaklaşımı gibi faktörlerle daha yakından ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Literatürde, Hollanda'da Cramm ve ark. tarafından 2012 yılında kardiyovasküler hastalığı ve KOAH'ı olan bireylerle yapılan çalışmada PACIC puanları sırasıyla 2,77 ve 2,89 olarak tespit edilmiştir.¹⁴¹ Hastalık türüne göre PACIC skorlarında anlamlı bir fark bulunmaması, kronik hastalık bakımının kalitesinin, hastalığın spesifik özelliklerinden ziyade, sunulan bakımın organizasyonu, sürekliliği ve birey merkezli yaklaşımı gibi faktörlerle daha yakından ilişkili olabileceğini göstermektedir. Bu nedenle, sağlık hizmeti sunumunda, hastalığın türüne bakılmaksızın, hasta merkezli ve bütüncül bakım modellerinin uygulanması önem arz etmektedir.

Hipertansiyonu olmayan kişilerin olanlara göre izlem/koordinasyon boyutuna daha fazla puan vermesi ve diyabeti olanların olmayan kişilere oranla daha fazla puanının olması tespit edilmiştir. Birinci basamak poliklinik başvuruları açısından üzerinde en sık karşılaşılan bu iki kronik hastalık grubu açısından farklı bir sonuç olmuştur. Bu durum, diğer kronik hastalıklarla birlikte başvuru sıklığı daha fazla olan

hipertansiyon hastalarına verilen takip ve izlem protokollerinin tekrar gözden geçirilmesi gerektiğini ortaya çıkarmıştır.

Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeğine verilen yanıtlar incelendiğinde 16.madde olan ‘Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı.’ ifadesine ‘Hiçbir zaman’ yanıtını verenlerin oranı % 61,9 ile en yüksek düzeyde belirlenmiştir. Bu bulgu, kronik hastalık takibinde proaktif ve süreklilik gerektiren izlem sürecinin yeterince sağlanmadığını göstermektedir. PACIC ölçeğine verilen yanıtlar incelendiğinde 12.madde olan ‘Doktorum ya da hemşiremin gerekli olan tedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim’ ifadesine ‘Her zaman’ ve ‘Çoğu zaman’ yanıtını verenlerin oranı % 94,2 ile en yüksek düzeyde belirlenmiştir. Bu bulgu, sağlık profesyonellerinin neredeyse tamamının hasta değerlerini dikkate aldığını göstermektedir.

5.3. Katılımcıların BEBÖ ve KHBDÖ ölçekleri karşılaştırması

Kronik hastalık yönetimi sürecinde bireylerin özetkililik beklentileri ile kronik hastalık bakımına ilişkin algıları arasındaki ilişki incelenmiştir. Katılımcıların KHBDÖ ve BEBÖ toplam puanları arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=0,306$, $p<0,001$). Bu bulgu, bireyin kronik hastalığına yönelik aldığı bakım hizmetinin, cerrahi sonrası özetkililik algısını olumlu yönde etkileyebileceğini göstermektedir. Hasta merkezli ve destekleyici yaklaşımlar bireyin sağlığına ilişkin sorumluluklarını üstlenme ve gerekli davranışları değişikliklerini başlatma konusunda inancını pekiştirmektedir. Özetkililik kavramının sadece bireysel bir süreç olmadığı, aynı zamanda sağlık sisteminin sunduğu kaliteli hizmetle şekillendiğini göstermektedir. Bireylerin kendi sağlığını iyileştirme süreçlerine katılımı ve bu süreci yönetebileceklerine dair geliştirdikleri inanç olumlu sağlık sonuçlarını getirebilir. Literatürde benzer olarak, Dehkordi ve ark. tarafından 2023 yılında yapılan sistematik bir derlemede, hastanın kronik hastalıkları yönetiminde güçlendirilmesi ile özetkililik arasında pozitif ilişki olduğu saptanmış ve bunun da yaşam kalitesini arttırdığını belirlenmiştir.¹⁴²

Bu çalışmada, hasta katılımı ile Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği’nin özbakım yönetimi, diyet modifikasyonu ve egzersiz-aktivite modifikasyonu alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyonlar saptanmıştır.

Bu bulgular, hasta merkezli bakım süreçlerinde bireylerin kendi sağığına yönelik sorumluluk üstlenme eğiliminde olduğunu göstermektedir. Sağık profesyonellerinin sunduğı eğitim ve desteğın, bireylerin hastalıklarını yönetme becerilerini geliştirmede önemli rol oynadığını ve bu sürecin hastaların kendi bakım süreçlerine daha etkin şekilde katılım sağladığını göstermektedir. Literatürde, Schulman-Green ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptığı bir çalışmada özbakım davranışlarının gelişmesinde bilgiye erişim, hastanın karar alma süreçlerine katılımı ve sağık çalışanlarıyla etkili iletişim gibi unsurların önemli olduğu vurgulanmaktadır.¹⁴³ Özellikle bireyin hastalığıyla ilgili hedef belirleme, sosyal ve profesyonel destek alma gibi katılımcı süreçlere dahil edilmesi, fiziksel aktivite ve beslenme davranışlarına yönelik özetkililik düzeyini artırabilmektedir.¹⁸ Çalışmamız literatürle uyumluluk göstermektedir.

Karar verme desteğı alt boyutu ile yalnızca özbakım yönetimi alt boyut puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Buna karşılık, karar verme desteğı ile fiziksel fonksiyon, diyet modifikasyonu, psikososyal fonksiyon, egzersiz aktivite modifikasyonu ve toplam BEBÖ arasında anlamlı, pozitif yönde ve zayıf düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgular, hastanın karar verme süreçlerine aktif olarak dahil edilmesinin özellikle fiziksel ve psikososyal fonksiyonlarının geliştirilmesinde etkili olabileceğini göstermektedir. Bizim çalışmamızdan farklı olarak, Sorknaes ve ark. tarafından 2022 yılında yapılan bir çalışmada kronik hastalık yönetiminde ortak karar verme süreçlerinin ve karar destek araçlarının hastanın özbakım davranışlarını güçlendirdiğı belirtilmiştir.¹⁴⁴

Amaç belirleme alt boyutu ile toplam BEBÖ ve tüm alt boyutlar arasında anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgular, hastaların kendi sağık durumlarını yönetmeye yönelik davranışlarının özetkililik algısını olumlu biçimde etkilediğini düşündürmektedir. Klinik uygulamalarda hasta hedeflerinin dikkate alındığı, kişiselleştirilmiş planlamaların yapılmasının, hastaların özyeterliliklerini ve sağık davranışlarını geliştirmede önemli rol oynadığı beklenebilir. Literatürde, Zimmerman ve Bandura'nın çalışmalarında amaca yönelik davranışların ve hedef belirlemenin, belirgin özyeterliliğini ve kendini yönetme kapasitesini artırdığını ve bunun sonucunda da başarı gösterildiğini belirtilmiştir.^{77,145} Kangovi ve ark. tarafından 2016 yılında yapılan bir çalışmada kronik hastalık yönetiminde hedef belirleme ve eylem planı oluşturma

bireylerin sağlık hedefine ulaşmasında ve özyeterlilik algılarını güçlendirme konusunda önemli olduğu vurgulanmıştır.¹⁴⁶

Problem çözme alt boyutu ile diyet modifikasyonu, egzersiz aktivite modifikasyonu ve toplam BEBÖ arasında anlamlı, zayıf ve pozitif yönde bir ilişki görölmektedir. Bu bulgular, kronik hastalık yönetiminde hastaların diyet ve egzersizle ilgili sorunları tanımlayıp çözme becerilerinin, bireylerin sağlıkları üzerindeki kontrol hissini arttırabileceğini ve sağlıklı davranış değişiklikleri göstermeleri açısından inançlarını destekleyebileceğini düşündürmektedir. Sağlık profesyonellerin, hastaların problem çözme becerilerini geliştirmeye yönelik eğitimler ve destek sunmalarının önemi vurgulanabilir.

İzlem/koordinasyon alt boyutu ile toplam BEBÖ ve tüm alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Bu durum, izlem ve koordinasyonun tek başına, bireyin cerrahi sonrası özetkililik algısını olumlu yönde etkilemede yeterli olmadığını düşündürmektedir. Sağlık hizmet sağlayıcıları tarafından daha etkin stratejiler gerektiği ortaya konmuştur. Literatürde ise Kianfar ve ark. tarafından 2021 yılında yapılan kronik hastalık takibinde izlem ve koordinasyon ile hasta bakımın ve genel sağlık sonuçlarının iyileştirildiği ele alınmıştır.¹⁴⁷ Bu farklılık, izlem/koordinasyon uygulamalarının sıklığı, birey katılım düzeyi ve sağlık sistemi yapısına göre değişebileceğini düşündürmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi polikliniğine başvuran yetişkin hastalar yapılan çalışmanın yaş ortalaması $64,58 \pm 9,890$ olan 155 kişi katılmıştır.
2. BEBÖ toplam puanı ile yaş arasında negatif yönlü, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,220$, $p=0,006$). Ölçek alt boyut istatistiksel sonuçlara göre ÖBY, PF, EAM ile yaş arasında negatif yönlü ve zayıf bir korelasyonlar saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,272$, $r=-0,161$, $r=-0,331$). Bu bulgu, yaş ilerledikçe bireylerin cerrahi sonrası dönemde sağlıklarını yönetme konusunda daha düşük inanca sahip olduklarını düşündürmektedir.
3. Cinsiyete göre BEBÖ toplam ve alt boyutları incelendiğinde sadece DM alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p=0,256$). Cerrahi sonrası erkeklerin kendilerini daha yeterli hissettiklerini düşündürmektedir.
4. Katılımcıların medeni durumuna göre BEBÖ toplam ve alt boyut puanları (FF, ÖBY, DM, PF, EAM) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir (sırasıyla $p=0,217$, $p=0,440$, $p=0,176$, $p=0,316$, $p=0,511$, $p=0,137$). Bireylerin cerrahi sonrası dönemde özetkililik düzeyinin medeni duruma bağlı olmadığını düşündürmektedir.
5. Eğitim durumuna göre BEBÖ toplam ve DM hariç FF, ÖBY, PF ve EAM alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir (sırasıyla $p=0,001$, $p=0,003$, $p<0,001$, $p=0,015$). Eğitim düzeyi üniversite/yl ve lise mezunu olanların cerrahi sonrası dönemde kendi sağlığını yönetebileceğine dair inancının, yani özetkililiğinin daha yüksek olduğunu düşündürmektedir.
6. Meslek durumuna göre BEBÖ toplam ve FF, ÖBY, PF ve EAM alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir (sırasıyla $p=0,001$, $p=0,004$, $p=0,017$, $p=0,004$, $p=0,017$). Aktif çalışma hayatında olan bireylerin cerrahi sonrası sağlıklarını yönetme konusunda daha yeterli hissettiklerini düşündürmektedir.
7. Daha önce hastane yatış deneyimine göre, hastane yatış öyküsü olan hastaların BEBÖ toplam puanı, PF ve EAM alt boyut puanları istatistiksel

olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir (sırasıyla $p=0,017$, $p=0,002$, $p=0,003$). Olumsuz hastane deneyimleri ile birlikte ek sağlık sorunlarının varlığının bireylerin cerrahi sonrası özetkililik algılarını olumsuz şekilde etkilediği düşünülebilir.

8. Genel sağlık durumu değerlendirilmesi açısından, kötü sağlık algısına sahip bireylerle iyi sağlık algısına sahip bireyler arasında BEBÖ toplam ve tüm alt boyut puanların (sırasıyla FF, ÖBY, DM, PF, EAM) istatistiksel olarak anlamlı farklar gösterdiği tespit edilmiştir (sırasıyla kötü-iyi: $p<0,001$, $p=0,002$, $p<0,001$, $p=0,010$, $p<0,001$, $p=0,002$). Hastaların kendi sağlık algısının cerrahi sonrası dönemde özetkililik düzeyini etkileyebileceğini düşündürmektedir.
9. KHBDÖ toplam puanı ile yaş arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,040$, $p=0,620$). Ölçek alt boyut istatistiksel sonuçlarına göre HK, KVD, AB, PÇ arasında negatif yönlü zayıf, İ/K arasında pozitif yönlü zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan korelasyonlar bulunmaktadır (sırasıyla $r=-0,102$, $r=-0,078$, $r=-0,102$, $r=-0,007$, $r=0,038$). Yaş arttıkça kronik hastalık bakım algısında azalma olabileceğini düşündürmektedir.
10. Medeni duruma göre sadece HK alt boyut puanı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p=0,048$). Evli bireylerin eşlerinden aldıkları psikososyal destek ve tedavi sürecine katılımının kronik hastalık bakım algısını arttırabileceğini düşündürmektedir.
11. Daha önce hastane yatış deneyimine göre, hastane yatış öyküsü olan hastaların KHBDÖ PÇ ve İ/K alt boyutları arasında istatistiksel anlamlı fark görülmüştür (sırasıyla $p=0,034$, $p=0,042$). Hastane yatış öyküsü olmayan bireylerin kronik hastalıklarını daha etkin yönetebilme becerisine sahip olduğunu düşündürmektedir.
12. Katılımcıların BEBÖ toplam puanları ile KHBDÖ toplam puanları arasında pozitif, anlamlı, orta düzeyde bir ilişki saptandı ($r=0,306$, $p<0,001$). Bu bulgu, bireyin kronik hastalığına yönelik aldığı bakım hizmetinin, cerrahi sonrası özetkililik algısını olumlu yönde etkileyebileceğini göstermektedir.

13. PACIC ölçeği alt boyutları incelendiğinde; hastane yatış öyküsü olan bireylerde PÇ ve İ/K alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,034$, $p=0,042$). Hastane yatış öyküsü bulunmayanların PÇ puanlarının hastane yatış öyküsü bulunanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastane yatış öyküsü olanların İ/K puanlarının hastane yatış öyküsü olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

6.2. Öneriler

1. KABG geçiren hastalar için ameliyat öncesi ve sonrası dönemlerde yapılandırılmış sağlık eğitimi programları sunulmalıdır. Eğitimler, özellikle kronik hastalık yönetimi, özbakım becerileri, fiziksel aktivite ve psikososyal destek alanlarını kapsamalı ve bireyselleştirilmiş olmalıdır. Özetkililik düzeyinin artırılması amacıyla grup temelli eğitimler, bireysel danışmanlık ve telefon/internet destekli takip sistemleri uygulanabilir. Hastaların bilgiye erişimini ve kendi bakımlarını yönetme becerilerini geliştirmek amacıyla yazılı eğitim materyalleri sağlanılabilir, taburculuk sonrası dönemde bakım ihtiyaçlarının takibini kolaylaştırmak amacıyla mobil uygulamalar (aplikasyonlar) geliştirilerek hastaların kullanımına sunulabilir.
2. PACIC ölçeğinde düşük puan alan “izlem/koordinasyon” boyutunun iyileştirilmesi için, taburculuk sonrası bakım süreçleri yapılandırılmalı ve hastaların takibi standardize edilmelidir. Aile hekimliği sisteminin hastane ile entegrasyonu sağlanmalı bu sayede hastanın taburculuğunun takibi yapıp, ev ziyaretleri ile taburculuk sonrası bakım vermeleri sağlanabilir. Ancak etkin ve iyileştirilmiş sağlık bakımı için sağlık profesyonellerinin de yeterli eğitim ve donanımına sahip olması gerekmektedir.
3. Kronik hastalığı olan bireylere yönelik toplumsal farkındalığı artıran kampanyalar düzenlenmeli, yerel yönetim ve sivil toplum kuruluşlarıyla iş birliği yapılmalıdır. Toplum temelli destek mekanizmalarının (destek grupları, psikososyal danışmanlık vb.) yaygınlaştırılması, hastaların sağlık algısını ve yaşam memnuniyetini olumlu etkileyebilir.
4. Barnason etkililik beklenti ölçeğinde en düşük ortalamalarının diyet modifikasyonu ve egzersiz aktivite modifikasyon alt boyutlarında çıkması,

bu alanlarda daha fazla eğitim ve takip ihtiyacını ortaya koymaktadır. Cerrahi sonrası sürece diyetisyen ve fizyoterapist desteği entegre edilebilir.

5. Bu çalışmanın farklı şehirlerde, farklı sosyoekonomik gruplar ve sağlık kurumlarında daha geniş örneklemelerle tekrarlanması önerilir. Müdahale temelli çalışmalar yapılarak özetkililik ve yaşam kalitesi gibi değişkenlerin zaman içindeki değişimi değerlendirilmelidir.

6.3. Çalışmanın Güçlü Yönleri

1. Bypass cerrahisi geçiren hastalarda cerrahi sonrası bakım ve yaşam etkililik beklentilerinin değerlendirilmesi, hem birinci basamak sağlık hizmetlerinin rolünü vurgulaması hem de multidisipliner bakım ihtiyacına dikkat çekmesi açısından güncel ve uygulamaya dönük önemli bir konudur.
2. Araştırmada kullanılan PACIC ve BEBÖ uluslararası geçerliliği olan ve Türkçe'ye uyarlanmış ölçme araçlarıdır. Bu durum, çalışmanın ölçüm güvenilirliğini artırmıştır. Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, kronik hastalık durumu ve sağlık algısı gibi özellikleri ile ölçek puanları arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak incelenmiştir. Bu durum, sonuçların daha geniş bağlamda yorumlanmasını sağlamaktadır.
3. Bypass cerrahisi geçiren hastalarda cerrahi sonrası bakım ve yaşam etkililik beklentilerinin değerlendirilmesi, hem birinci basamak sağlık hizmetlerinin rolünü vurgulaması hem de multidisipliner bakım ihtiyacına dikkat çekmesi açısından güncel ve uygulamaya dönük önemli bir konudur.

6.4. Çalışmanın Kısıtlılıkları

1. Örneklemenin sadece belli bir bölgede yaşayan ve bir kurumdan hizmet alan hastalar arasından olasılıksız olarak seçilmesi genellenebilirliği kısıtladığı düşünülebilir.
2. Cinsiyet, medeni durum veya meslek gibi bazı değişkenlerde gruplar arasında katılımcı sayısı dengesiz olabilir; bu durum istatistiksel analizlerin gücünü azaltmış olabilir.

7. KAYNAKLAR

1. **World Health Organization (WHO).** Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010; World Health Organization: Geneva, Switzerland, **2010**. Erişim adresi: <https://iris.who.int/>, Erişim tarihi: 10.04.2025.
2. **World Health Organization (WHO).** 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/>, Erişim tarihi: 10.04.2025.
3. **Centers for Disease Control and Prevention (CDC).** About chronic diseases. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/chronic-disease/about/index.html>, Erişim tarihi: 12.04.2025
4. **Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, Chopra M, Ebrahim S, Kidd M, Haines A.** Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. *The Lancet*, **2008**; 372(9642): 940-949.
5. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020. Erişim adresi: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/506>, Erişim tarihi: 12.04.2025.
6. **World Health Organization (WHO).** Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564854>, Erişim tarihi: 12.04.2025.
7. **World Health Organization (WHO).** Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in Turkey. Erişim adresi: <https://uniatf.who.int/docs/librariesprovider22/default-document-library/turkey-ncd-report.pdf> (2017), Erişim tarihi: 13.04.2025.
8. **World Health Organization (WHO).** Noncommunicable diseases. Erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1, Erişim tarihi: 13.04.2025.
9. **World Health Organization (WHO).** Noncommunicable diseases country profiles 2018. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/ncd-country-profiles-2018>, Erişim tarihi: 15.04.2025.
10. **Türkiye İstatistik Kurumu.** Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2023. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023-53709>, Erişim tarihi: 15.04.2025.
11. Sağlık Bakanlığı. Türkiye’de bulaşıcı olmayan (kronik) hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için yatırım gerekçeleri raporu. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Raporlar/BizzCaseTrSS.pdf>, Erişim tarihi: 15.04.2025.

12. **Dinçer F.** Ulusal hastalık yükü çalışması sonuçları ve çözüm önerileri. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi. Erişim adresi: http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal_program.pdf, Erişim tarihi: 19.05.2025
13. **Bertram MY, Jaswal AVS, Van Wyk VP, Levitt NS, Hofman KJ.** The non-fatal disease burden caused by type 2 diabetes in South Africa, 2009. *Glob Health Action*, **2013**; 6(1):206-212.
14. **Oni T, Unwin N.** Why the communicable/non-communicable disease dichotomy is problematic for public health control strategies: implications of multimorbidity for health systems in an era of health transition. *International Health* **2015**; 7(6):390-399.
15. **Prados-Torres A, Calderón-Larrañaga A, Hanco-Saavedra J, Poblador-Plou B, Akker M.** Multimorbidity patterns: a systematic review. *J Clin Epidemiol*, **2014**; 67(3):254-266.
16. **France EF, Wyke S, Gunn JM, Mair FS, McLean G, Mercer SW.** Multimorbidity in primary care: a systematic review of prospective cohort studies. *British Journal of General Practice* **2012**; 62(597):297-307.
17. **Malliarou M, Bakola E, Nikolentzos A, Sarafis P.** Reliability and validity of the Greek translation of the patient assessment of chronic illness care + (PACIC-PLUS GR) survey. *BMC Fam Pract* **2020**; 21(1):122.
18. **Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K.** Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. *JAMA* **2002**; 288(15):1909-1914.
19. **Grover A, Joshi A.** An Overview of Chronic Disease Models: A Systematic Literature Review. *Glob J Health Sci* **2014**; 7(2):210-217.
20. **Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A.** Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. *Health Aff*, **2001**; 20(6):64-78.
21. **Hung DY, Glasgow RE, Dickinson LM, Froshaug DB, Fernald DH, Balasubramanian BA, et al.** The Chronic Care Model and Relationships to Patient Health Status and Health-Related Quality of Life. *Am J Prev Med*, **2008**; 35(5):398-406.
22. **Kalav S, Bektaş H.** Effectiveness of Interventions Based on the Chronic Care Model in the Management of Chronic Diseases: Traditional Review. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, **2021**; 13(2):435-451.
23. **Coleman MT, Newton KS.** Supporting Self-management in Patients with Chronic Illness. *American Family Physician*, **2005**; 72(8):1503-1510.
24. **Wagner EH.** Chronic disease care. *BMJ*, **2004**; 328(7433):177-178.

25. **Rothman AA, Wagner EH.** Chronic Illness Management: What Is the Role of Primary Care? *Ann Intern Med*, **2003**; 138(3):256-261.
26. **Pan American Health Organization (PAHO).** Innovative Care for Chronic Conditions: Organizing and Delivering High Quality Care for Chronic Noncommunicable Diseases in the Americas. Erişim adresi: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/PAHO-Innovate-Care-2013-Eng.pdf>, Erişim tarihi: 19.05.2025.
27. **Ölmez B.** Birinci Basamakta Kronik Bakım Modelleri. In: Akpınar E, Selçuk EB, Karaca SN. *Aile Hekimliğinde Kronik Hastalıkların Yönetimi*, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, **2025**:1163-1183.
28. **Ferrer RL, Schlenker CG, Romero RL, Poursani R, Bazaldua O, Davidson DW, et al.** Advanced Primary Care in San Antonio: Linking Practice and Community Strategies to Improve Health. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, **2013**; 26(3):288-298.
29. **Grol R, Wensing M.** What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Medical Journal of Australia*, **2004**; 180(6):57-60.
30. **İncirkuş K.** Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Aracı'nın Geçerlik ve Güvenirliği. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, **2010**.
31. **Bright TJ, Wong A, Dhurjati R, Bristow E, Bastian L, Coeytaux RR, et al.** Effect of Clinical Decision-Support Systems. *Ann Intern Med*, **2012**; 157(1):29-43.
32. **Berner ES.** Diagnostic error in medicine: introduction. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practise*, **2009**; 14(1):1-5.
33. **Ömürbek N, Demirgubuz MÖ, Tunca MZ.** Hastanelerdeki Bilişim Sistemlerinden Klinik Bilgi Sistemlerinin Kullanımına Yönelik Bir Araştırma: Denizli ve Isparta Örneği. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, **2013**; 13(25):301-328.
34. **Saluvan M.** Sağlık Hizmetlerinin Kalitesini İyileştirmede Bilgi Sistemlerinin Rolü. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2013**; 2(1):25-39.
35. **Vest J. R, Gamm LD.** Health information exchange: persistent challenges and new strategies. *Journal of the American Medical Informatics Association*, **2010**; 17(3):288-294.
36. **Hou C, Carter B, Hewitt J, Francisa T, Mayor S.** Do Mobile Phone Applications Improve Glycemic Control (HbA1c) in the Self-management of Diabetes? A Systematic Review, Meta-analysis, and GRADE of 14 Randomized Trials. *Diabetes Care*, **2016**; 39(11):2089-2095.
37. **Harrison JP, Palacio C.** The Role of Clinical Information Systems in Health Care Quality Improvement. *Health Care Manager (Frederick)*, **2006**; 25(3):206-212.

38. **Barr V, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, et al.** The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Healthcare Quarterly*, **2003**; 7(1):73-82.
39. **Stellefson M, Dipnarine K, Stopka C.** The Chronic Care Model and Diabetes Management in US Primary Care Settings: A Systematic Review. *Prev Chronic Dis*, **2013**; 10.
40. **Pearson ML, Wu S, Schaefer J, Bonomi AE, Shortell SM, Mendel PJ, et al.** Assessing the Implementation of the Chronic Care Model in Quality Improvement Collaboratives. *Health Services Research* **2005**; 40(4):978-996.
41. **Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH.** Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium. *Health Affairs*, **2009**; 28(1):75-85.
42. **Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB.** A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *Am J Manag Care*, **2005**; 11(8):478-88.
43. **Piatt GA, Orchard TJ, Emerson S, Simmons D, Songer TJ, Brooks MM, et al.** Translating the chronic care model into the community: results from a randomized controlled trial of a multifaceted diabetes care intervention. *Diabetes Care*, **2006**; 29(4):811-817.
44. **Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, Brown BW, Bandura A, et al.** Chronic Disease Self-Management Program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Med Care*, **2002**; 39(11):1217-1223.
45. **Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Wagner EH.** Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care*, **2004**; 13(4):299-305.
46. **World Health Organization (WHO).** Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/innovative-care-for-chronic-conditions-building-blocks-for-actions>, Erişim tarihi: 25.05.2025.
47. **Macinko J, Harris MJ.** Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *New England Journal of Medicine*, **2015**; 372(23):2177-2181.
48. **Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A.** Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *The Lancet*, **2018**; 391(10126):1205-1223.
49. **Lorig K.** Chronic Disease Self-Management Program: Insights from the Eye of the Storm. *Front Public Health* **2015**; 2.
50. **Lorig KR, Sobel DS, Ritter PL, Laurent D, Hobbs M.** Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Eff Clin Pract*, **2002**; 4(6):256-62.

51. **Domino ME.** Unpacking the patient-centered medical home. *Health Serv Res*, **2021**; 56(3):350-351.
52. **Jackson GL, Powers BJ, Chatterjee R, Bettger JP, Kemper AR, Hasselblad V, et al.** The patient-centered medical home. A systematic review. *Ann Intern Med*, **2013**; 158(3):169-178.
53. **Reid RJ, Coleman K, Johnson EA, Fishman PA, Hsu C, Soman MP, et al.** The Group Health Medical Home At Year Two: Cost Savings, Higher Patient Satisfaction, And Less Burnout For Providers. *Health Affairs(Millwood)*, **2010**; 29(5):835-843.
54. **Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min, SJ.** The Care Transitions Intervention: Results of a Randomized Controlled Trial. *Arch Intern Med*, **2006**; 166(17):1822-1828.
55. **Ohuabunwa U, Johnson E, Turner J, Jordan Q, Popoola V, Flacker J.** An integrated model of care utilizing community health workers to promote safe transitions of care. *J Am Geriatr Soc*, **2021**; 69(9):2638-2647.
56. **Wodchis WP, Dixon A, Anderson GM, Goodwin N.** Integrating care for older people with complex needs: key insights and lessons from a seven-country cross-case analysis. *Int J Integr Care*, **2015**; 15.
57. **World Health Organization (WHO).** Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>, Erişim tarihi: 29.05.2025.
58. **Smidth M, Christensen MB, Olesen F, Vedsted P.** Developing an active implementation model for a chronic disease management program. *Int J Integr Care*, **2013**; 13.
59. **Akyıldız HÇ, Okyay P.** Sağlıkta Koruma Kavramının Gelişimi ve Kapsamı. *STED / Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, **2024**; 33(2):146-156.
60. **Prochaska JO, Velicer WF.** The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*, **1997**; 12(1):38-48.
61. **Mola E, De Bonis JA, Giancane R.** Integrating patient empowerment as an essential characteristic of the discipline of general practice/family medicine. *European Journal of General Practice*, **2008**; 14(2):89-94.
62. **Riegel B, Moser DK, Anker SD, Appel LJ, Dunbar SB, Grady KL, et al.** State of the Science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, **2009**; 120(12):1141-1163.
63. **McCarthy B, Casey D, Devane D, Murphy K, Murphy E, Lacasse Y.** Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **2015**.

64. **McManus RJ, Mant J, Bray EP, Holder R, Jones MI, Greenfield S, et al.** Telemonitoring and self-management in the control of hypertension (TASMINH2): a randomised controlled trial. *The Lancet*, **2010**; 376(9736):163-172.
65. **Anderson RM, Funnell MM.** Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Educ Couns*, **2010**; 79(3):277-282.
66. **Fumagalli LP, Radaelli G, Lettieri E, Bertele P, Masella C.** Patient Empowerment and its neighbours: Clarifying the boundaries and their mutual relationships. *Health Policy (New York)*, **2015**; 119(3):384-394.
67. **Bravo P, Edwards A, Barr PJ, Scholl I, Elwyn G, McAllister M.** Conceptualising patient empowerment: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res*, **2015**; 15-252.
68. **Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R.** Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, **2003**; 327(7425):1219-1221.
69. **Raivio R, Holmberg-Marttila D, Mattila KJ.** Patients' assessments of the continuity of primary care in Finland: a 15-year follow-up questionnaire survey. *British Journal of General Practice*, **2014**; 64(627):657-663.
70. **Waibel S, Henao D, Aller MB, Vargas I, Vazquez ML.** What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies. *International Journal for Quality in Health Care*, **2012**; 24(1):39-48.
71. **Funk S, Otto K, Thonack J, Hoffmann W.** Preparation by the family doctor of the multimorbid patient scheduled for surgery. *MMW Fortschr Med*, **2006**; 148:33-4.
72. **Parchman ML, Pugh JA.** Primary care and chronic illness: care for the future. *J Gen Intern Med*, **2009**; 24(3):430-432.
73. **Katayama ES, Thammachack R, Woldesenbet S, Khalil M, Munir MM, Tsilimigras D, et al.** The Association of Established Primary Care with Postoperative Outcomes Among Medicare Patients with Digestive Tract Cancer. *Ann Surg Oncol*, **2024**; 31(12):8170-8178.
74. **Kripalani S, Jackson AT, Schnipper JL, Coleman EA.** Promoting effective transitions of care at hospital discharge: A review of key issues for hospitalists. *J Hosp Med*, **2007**; 2(5):314-323.
75. 25.01.2013 tarihli Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>, Erişim tarihi: 3.06.2025.
76. **Cawthon C, Walia S, Osborn CY, Niesner KJ, Schnipper JL, Kripalani S.** Improving Care Transitions: The Patient Perspective. *J Health Commun*, **2012**; 17(3):312-324.

77. **Bandura A.** Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, **1977**; 84(2):191-215.
78. **Schwarzer R, Fuchs R.** Self-Efficacy and Health Behaviours. In Conner M, Norman P. *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models*, Buckingham: Open University Press, **1995**: 163-196.
79. **Bandura A.** *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. 1th Ed., New York: Prentice-Hall, **1986**.
80. **Zulkosky K.** Self-Efficacy: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, **2009**; 44(2):93-102.
81. **Bandura A.** Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In Bandura A. *Self-Efficacy in Changing Societies*, Cambridge: Cambridge University Press, **1995**:1-45.
82. **Lev EL, Paul D, Owen SV.** Age, Self-Efficacy, and Change in Patients' Adjustment to Cancer. *Cancer Pract*, **1999**; 7(4):170-176.
83. **Gözüm S, Aksayan S.** Öz-etkililik yeterlik ölçeği'nin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, **2010**; 2(1):21-34.
84. **Bas M, Donmez S.** Self-efficacy and restrained eating in relation to weight loss among overweight men and women in Turkey. *Appetite*, **2009**; 52(1):209-216.
85. **Lev EL, Owen SV.** Counseling Women With Breast Cancer Using Principles Developed by Albert Bandura. *Perspect Psychiatr Care*, **2000**; 36(4):131-138.
86. **Stuifbergen AK, Seraphine A, Roberts G.** An Explanatory Model of Health Promotion and Quality of Life in Chronic Disabling Conditions. *Nurs Res*, **2000**; 49(3):122-129.
87. **Kara M, Mirici A.** KOAH öz-etkililik ölçeği türkçe formu'nun geçerlilik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi*, **2002**; 34:61-66.
88. **Scherer YK, Schmieder LE.** The Role of Self-Efficacy in Assisting Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease to Manage Breathing Difficulty. *Clin Nurs Res* **1996**; 5(3):343-355.
89. **Gözüm S, Aksayan S.** Öz-etkililik yeterlik ölçeği'nin türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* **1999**; 2(1):21-34.
90. **World Health Organization (WHO).** The Growing Need for Home Health Care for the Elderly. Erişim adresi: <https://applications.emro.who.int/aiecf/web75.pdf> (2002), Erişim tarihi: 05.05.2025.

91. **American Medical Association Home Care Advisory Panel.** Guidelines for the medical management of the home-care patient. *Arch Fam Med*, **1993**; 2(2):194-206.
92. **Altuntaş M, Yılmaz T, Güçlü YA, Öngel K.** Evde sağlık hizmeti ve günümüzdeki uygulama şekilleri. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, **2010**;20(3):153-158.
93. **Schleiden S, Klingler C, Bertram T, Rogowski WH, Marckmann G.** What is personalized medicine: sharpening a vague term based on a systematic literature review. *BMC Med Ethics*, **2013**; 14:55.
94. **Greene J, Hibbard JH.** Why Does Patient Activation Matter? An Examination of the Relationships Between Patient Activation and Health-Related Outcomes. *J Gen Intern Med*, **2012**; 27(5):520-526.
95. **Ng K, Kartoun U, Stavropoulos H, Zambrano JA, Tang PC.** Personalized treatment options for chronic diseases using precision cohort analytics. *Sci Rep*, **2021**; 11(1):1139.
96. **Badır A, Korkmaz F.** Koroner Arter Hastalıkları. In Karadakovan A, Aslan F. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, Ankara: Akademisyen Kitabevi, **2022**:423-465.
97. **Uzunpolat Yayla S.** Koroner Arter Hastalığı ve Akut Koroner Sendrom. In Akpınar E, Selçuk EB, Karaca SN. *Aile Hekimliğinde Kronik Hastalıkların Yönetimi*, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, **2025**:17-30.
98. **Onat A, Can G.** Erişkinlerimizde Kalp Hastalıkları Prevalansı, Yeni Koroner Olaylar ve Kalpten Ölüm Sıklığı. In: Onat A. *TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük*, İstanbul: Logos Yayıncılık, **2017**:20-28.
99. **Türk Kardiyoloji Derneği.** Koroner Kalp Hastalığı Korunma ve Tedavi Kılavuzu: Koroner Kalp Hastalığı Riski ve Değerlendirmesi. Erişim adresi: <https://tkd.org.tr/kilavuz/k11/4e423.htm?wbnum=1604> (2010). Erişim tarihi: 05.06.2025.
100. **Barnason S, Zimmerman L, Atwood J, Nieveen J, Schmaderer, M.** Development of a Self-Efficacy Instrument for Coronary Artery Bypass Graft Patients. *J Nurs Meas*, **2002**; 10(2):123-133.
101. **Kripalani S, Jackson AT, Schnipper JL, Coleman EA.** Promoting effective transitions of care at hospital discharge: A review of key issues for hospitalists. *J Hosp Med*, **2007**; 2(5):314-323.
102. **Türk Kardiyoloji Derneği,** Erişim adresi: <https://file.tkd.org.tr/pdfs/tekharf-2017.pdf>, Erişim tarihi: 05.06.2025.
103. **Duits AA, Boeke S, Taams MA, Passchier J, Erdman RA.** Prediction of Quality of Life after Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Psychosom Med*, **1997**; 59(3):257-268.

104. **Michaels AD, Chatterjee K.** Angioplasty Versus Bypass Surgery for Coronary Artery Disease. *Circulation*, **2002**; 106(23).
105. **Roberts A, Duncan EC, Hargrave P, Kingery DR, Barnes J, Horstemeyer DL, Stahl RF.** Complications of Cardiopulmonary Bypass From an Anesthesia Perspective: A Clinical Review. *HCA Healthcare Journal of Medicine*, **2023**; 4(1):13-21.
106. **Nicolini F, Vezzani A, Fortuna D, Contini GA, Pacini D, Gabbieri D, et al.** Gender differences in outcomes following isolated coronary artery bypass grafting: long-term results *J Cardiothorac Surg*, **2016**; 11(1):144.
107. **Gaudino M, Sandner S, An KR, Dimagli A, Franco AD, Audisio K, et al.** Graft Failure After Coronary Artery Bypass Grafting and Its Association With Patient Characteristics and Clinical Events: A Pooled Individual Patient Data Analysis of Clinical Trials With Imaging Follow-Up. *Circulation*, **2023**; 148(17):1305-1315.
108. **Redeker NS, Brassard AB.** Health Patterns of Cardiac Surgery Clients Using Home Health Care Nursing Services. *Public Health Nurs*, **1996**; 13(6):394-403.
109. **Theobald K, Worrall-Carter L, McMurray A.** Psychosocial issues facilitating recovery post-CABG surgery. *Australian Critical Care*, **2005**; 18(2):76-85.
110. **Avcı S, Karahan A.** The reliability and validity of Barnason efficacy expectation scale cardiac surgery version for Turkey. *Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, **2013**; 21(3):691-698.
111. **Rosemann T, Laux G, Droesemeyer S, Gensichen J, Szecsenyi J.** Evaluation of a culturally adapted German version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC 5A) questionnaire in a sample of osteoarthritis patients. *J Eval Clin Pract*, **2007**; 13(5):806-813.
112. **Dizdar E, Çilingir D, Altınbas C.** The Relationship Between Perceived Social Support Levels and Self-Efficacy in Patients Undergoing Open Heart Surgery. *Pakistan Heart Journal*, **2025**; 58(2):146-153.
113. **Gök F, Yeşilyaprak T.** Relationship Between the Perception of Self-Efficacy and Early Post-Operative Symptoms in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery with Median Sternotomy. *MAS JAPS*, **2022**; 7(4):910-921.
114. **Sol BGM, Graaf, Y, Bijl JJ, Goessens NBG, Visseren FLJ.** Self-efficacy in patients with clinical manifestations of vascular diseases. *Patient Educ Couns*, **2006**; 61(3):443-448.
115. **Feola M, Garnero S, Daniele B, Mento C, Dell'Aira F, Chizzolini G, Testa M.** Gender differences in the efficacy of cardiovascular rehabilitation in patients after cardiac surgery procedures. *J Geriatr Cardiol*, **2015**; 12(5):575-579.

116. **Wiraszka O, Włodarczyk D.** Gender and the Relationship Between Knowledge, Self-Efficacy, and Behaviors for Cardiovascular Health Among Adults - The Effects of Conditional Process Modeling. *Risk Manag Healthc Policy*, **2024**; 17:365-374.
117. **Demir Korkmaz F, Dolgun E, Karacabay K, Yavuz Van Giersbergen M.** Kalp Damar Cerrahisi Geçirecek Hastaların Umut, Depresyon ve Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **2025**; 9(1):130-141.
118. **Jamil Alkuwaisi M, Hamdan Alsargri S, Kamel Aldalaykeh M, Abdu Hamid M, Hamdan Alsargri F.** Self-Care Behaviors among Patients after Cardiac Surgery in Saudi Arabia: Application of Orem's Theory of Self-Care. *Nursing Forum (Auckl)*, **2023**; 2023(1):1-8.
119. **Kang Y, Yang I, Kim N.** Correlates of Health Behaviors in Patients With Coronary Artery Disease. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*, **2010**; 4(1):45-55.
120. **Yüksel E.** Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Öz-Etkililik Düzeyinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Doğu Akdeniz Üniversitesi, Kuzey Kıbrıs, **2018**.
121. **Lapier TK, Cleary K, Kidd J.** Exercise self-efficacy, habitual physical activity, and fear of falling in patients with coronary heart disease. *Cardiopulm Phys Ther J*, **2009**; 20(4):5-11.
122. **Güneş Z, Çelik D.** Kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde öz-etkililik ve etkileyen faktörler. *Gobekli-tepe International Journal of Health Sciences*, **2022**; 5(9):60-70.
123. **Zulkosky K.** Self-Efficacy: A Concept Analysis. *Nursing Forum (Auckl)*, **2009**; 44(2):93-102.
124. **Kargar L, Khademian Z, Rambod M.** Association between perception of caring behaviors and self-efficacy in patients with cardiovascular disease at coronary care units: a cross-sectional study. *Acute and Critical Care*, **2021**; 36(2):118-125.
125. **Jiang Y, Koh KWL, Ramachandran HJ, Nguyen HD, Lim DS, Tay YK, et al.** The effectiveness of a nurse-led home-based heart failure self-management programme (the HOM-HEMP) for patients with chronic heart failure: A three-arm stratified randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*, **2021**; 122.
126. **Luo Z, Li K, Chen A, Qiu Y, Yang X, Lin Z, et al.** The influence of family health on self-efficacy in patients with chronic diseases: the mediating role of perceived social support and the moderating role of health literacy. *BMC Public Health*, **2024**; 24(1):3398.
127. **Peters M, Potter C, Kelly L, Fitzpatrick R.** Self-efficacy and health-related quality of life: a cross-sectional study of primary care patients with multi-morbidity. *Health Quality of Life Outcomes*, **2019**; 17(1):37.

128. Barnason S, Zimmerman L, Nieveen J, Schmaderer M, Carranza B, Reilly S. Impact of a home communication intervention for coronary artery bypass graft patients with ischemic heart failure on self-efficacy, coronary disease risk factor modification, and functioning. *Heart & lung: the journal of critical care*, **2003**; 32(3):147-158.
129. Sugiharto F, Haroen H, Alya FP, Jamlaay R, Mai F, Abdillah H, et al. Health Educational Methods for Improving Self-Efficacy Among Patients with Coronary Heart Disease: A Scoping Review. *J Multidiscip Healthc*, **2024**; 17:779-792.
130. 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):113.
131. 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.
132. Apaydın Kaya Ç, Akturan S, Şimşek M, Uğuz K, İçen F, Akman M. Kronik Hastalık Bakımının Hasta Perspektifinden Değerlendirilmesi. *Turkish Family Physician*, **2013**; 4(3):1-9.
133. Urbonas G, Raila G, Serapinas D, Valius L, Velickiene D, Plisiene J, et al. Evaluation of Satisfaction with Healthcare Services in Multimorbid Patients Using PACIC+ Questionnaire: A Cross-Sectional Study. *Medicina (B Aires)*, **2023**; 59(2):276.
134. Lukaszek K, Beltz C, Rospleszcz S, Schillok H, Falkai P, Margraf J, et al. Depressive primary care patients' assessment of received collaborative care. *Sci Rep*, **2023**; 13(1):2329.
135. Törö V, Kosa Z, Takacs P, Szell R, Rado S, Szelesne AA, et al. Patients' Assessment of Chronic Illness Care (PACIC): Validation and Evaluation of PACIC Scale among Patients with Type 2 Diabetes in Hungary. *Int J Integr Care*, **2022**; 22(3):5.
136. Demir Doğan M, Çadırlı Ş, Paçaçı M, Arslan Y. Care Satisfaction And Training Requirements In Patient With Chronic Disease. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, **2019**; 6(1):22-28.
137. Kocher A, Simon M, Dwyer AA, Blatter C, Bogdanovic J, Künzler-Heule P, et al. Patient Assessment Chronic Illness Care (PACIC) and its associations with quality of life among Swiss patients with systemic sclerosis: a mixed methods study. *Orphanet J Rare Dis*, **2023**; 18(1):7.
138. Rosemann T, Laux G, Szecsenyi J, Grol R. The Chronic Care Model: congruency and predictors among primary care patients with osteoarthritis. *Qual Saf Health Care*, **2008**; 17(6):442-446.
139. Büyükbayram Genç Z, Aksoy M. The Relationship between the Patient Assessment of Chronic Illness Care and the Compliance with the Treatment of Individuals with Chronic Illness. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **2024**; 8(3):282-294.

140. **Kara Söylemez G, Hacıhasanoğlu Aşlar R.** The relationship between hypertensive patients' satisfaction with hypertension care and their antihypertensive medication adherence. *Journal of Vascular Nursing*, **2023**; 41(3):81-88.
141. **Cramm JM, Nieboer AP.** The chronic care model: congruency and predictors among patients with cardiovascular diseases and chronic obstructive pulmonary disease in the Netherlands. *BMC Health Serv Res*, **2012**; 12:242.
142. **Dehkordi AH, Dehabadi EZ, Rezaei MR, Dehkordi AH, Fattahi F, Oskui AG, et al.** Empowerment and self-efficacy in patients with chronic disease; a systematic review study. *J Nephropharmacol*, **2023**; 12(2):10596.
143. **Schulman-Green D, Jaser S, Martin F, Alonzo A, Grey M, McCorkle R, et al.** Processes of Self-Management in Chronic Illness. *Journal of Nursing Scholarship*, **2012**; 44(2):136-144.
144. **Dichmann Sorknaes A, Udby S, Juul NK, Boll CF, Syse TD, Redondo IE, et al.** A review on the effects of Shared Decision-Making (SDM) performed with the purpose of implementing SDM in the ADLIFE project. *Int J Integr Care*, **2022**; 22(3):121.
145. **Abbott AA, Barnason S, Zimmerman L.** Symptom Burden Clusters and Their Impact on Psychosocial Functioning Following Coronary Artery Bypass Surgery. *Journal of Cardiovascular Nursing*, **2010**; 25(4):301-310.
146. **Kangovi S, Mitra N, Smith RA, Kulkarni R, Turr L, Huo H, et al.** Decision-making and goal-setting in chronic disease management: Baseline findings of a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*, **2017**; 100(3):449-455.
147. **Kianfar S, Carayon P, Hundt AS, Hoonakker P.** Care coordination for chronically ill patients: Identifying coordination activities and interdependencies. *Appl Ergon*, **2019**; 80:9-16.

8. EKLER

Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

BY-PASS CERRAHİSİ OLAN YETİŞKİN HASTALARDA CERRAHİ SONRASI BAKIM VE TABURCULUK SONRASI YAŞAM ETKİLİLİK BEKLENTİLERİ

Tüm dünya da kronik hastalıkların etkisi giderek artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre kronik hastalıkların insan sağlığına etkilerinin öngörülmesi, anlaşılması ve acilen müdahale edilmesi yaşamsal önem taşımaktadır. Kalp ve damar hastalıklarının kronik hastalıklar arasında ayrı bir önemi vardır. Kalp ve damar hastalıkları dünyada yetişkin bireylerde en önemli hastalıkların başında ve ölüm nedenlerinin arasında ilk sıralarda yer almaktadır.

Sağlığın sürdürülmesinde sağlığı geliştirici davranışların uygulanması ve erken tanı konulmasına yönelik tarama ve kontrollerin gerçekleştirilmesi, hastalıkların azaltılması ve hastalıklardan korunmada önemli girişimlerdir. Sağlık davranışlarının geliştirilmesi ve kronik hastalıklara uyumun artırılması sürecinde davranış değişikliği üzerinde belirleyici niteliği olan faktörler öz-etkililik (öz yeterlik), hastalığa uyum ve özbakım davranışlarıdır. Öz-etkililik algısı bireyin bir durum ile baş ederken ne kadar enerji sarf edebileceğini belirlemektedir. Bireyin öz etkililik algısının davranış değişikliğini başlatmadaki etkisini değerlendirmek için yapılan çalışmalarda öz etkililik algısı yüksek olan bireylerin sağlığı sürdürme davranışları ve hastalık durumunda yaşam şekli değişimlerine uyumda daha başarılı oldukları belirlenmiştir.

Bu çalışmamızda by-pass cerrahisi geçiren yetişkin hastalarda yapacağımız anket mevcuttur. Sonuçlar öncelikle bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, sorun saptanması halinde durum size bildirilecek ve alınması gereken önlemler konusunda ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı-soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız. Teşekkür ederiz.

Telefon:

SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA, YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR ÇERÇEVESİNDE HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KENDİ RIZAMLA KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

TARİH

AD-SOYADI

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Ek 2. Anket Formu

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1- Cinsiyet : ☐ Kadın ☐ Erkek

2- Yaş :

3- Medeni Durum : ☐ Evli ☐ Bekar ☐ Boşanmış ☐ Dul

4- Eğitim Durumu :

☐ Okuma yazma bilmiyorum

☐ Okuma yazma biliyorum

☐ İlkokul mezunu

☐ Orta okul mezunu

☐ Lise mezunu

☐ Üniversite/Yüksek lisans

5-Meslek:

☐ Ev Hanımı

☐ İşçi

☐ Memur

☐ Esnaf/serbest meslek

☐ Emekli

☐ Diğer.....

6- Ekonomik durumunuzu, gelir düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?

☐ Oldukça yeterli ☐ Yeterli ☐ Orta ☐ Yetersiz ☐ Çok yetersiz

7- Sosyal güvenceniz var mı? ☐ Var ☐ Yok

8-Sosyal güvenceniz varsa hangisi?

☐ Var (SGK - Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur) ☐ Var (Özel sigorta) ☐ Var(Yeşil kart)

9-Kiminle yaşıyorsunuz?

☐ Yalnız

☐ Eşi

☐ Eşi ve çocukları ile

☐ Akrabalarıyla

☐ Diğer

10- Yaşadığınız yer? ☐ Kentsel ☐ Kırsal

11- Daha önce hastaneye yattınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır

12-Hastalığınız ve gerçekleştirilen ameliyata yönelik bir eğitim/önbilgi aldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır (15. soruya geçiniz)

13- Hastalığınız ile ilgili eğitim/önbilgiyi kim tarafından verildi? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

☐ Hemşire ☐ Doktor ☐ Diğer.....

14- Size verilen bu eğitim/önbilgiyi yeterli buldunuz mu?

☐ Yeterli ☐ Kısmen yeterli ☐ Yetersiz

15- Başka bir hastalığınız var mı? ☐ Var ☐ Yok

16-Hangi hastalığınız var? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

☐ Diyabet ☐ Hipertansiyon ☐ ABY ☐ KBY ☐ KOAH

☐ Diğer:.....

17- Sigara içiyor musunuz? ☐ Hayır, hiç kullanmadım

☐ İçiyordum, bıraktım (en az bir yıldır) ☐ Evet, içiyorum -..... paket/yıl:

18- Genel olarak sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

☐ Çok kötü ☐ Kötü ☐ Orta ☐ İyi ☐ Çok iyi

19-Kronik hastalığınız ile ilgili olarak son altı ay içinde bir doktora başvurduğunuz mu?

☐ Hayır ☐ Evet -kaç kez?

20- Kronik hastalığınız ile ilgili olarak son altı ayda daha çok hangi hekime gittiniz?

☐ Aile hekimi ☐ Hastanede ilgili uzman hekim

21- Kronik hastalığınız ile ilgili olarak hiç eğitim/bilgilendirme aldınız mı?

☐ Hayır ☐ Evet

22-Kimden aldınız?

☐ Aile hekiminden ☐ Hastanede İlgili Uzman Hekimden ☐ Hemşireden

☐ Diğer(belirtiniz).....

23- Kaç yıldır kronik hastalığınız mevcut?

.....

Barnason Etkilik Beklenti Ölçeği: Kalp Cerrahisi Versiyonu

Açıklama: Kalp cerrahisi sonrası kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıda verilen ifadeleri cevaplayınız. Her bir ifadenin karşısında yer alan seçeneklerden **kendinize en uygun olan daireyi işaretleyiniz.**

Kalp cerrahisi olduğumdan bu yana şunları yapabileceğime güveniyorum:

Kalp cerrahisi olduğumdan bu yana şunları yapabileceğime güveniyorum:	1- Uygun değil	2- Biraz uygun	3- Uygun	4- Çok uygun	Değişiklik önerisi
24. Evde normal gündelik işleri gerçekleştirme					
25. Normal ev işlerini (örn. yemek yapma, temizlik, ev tamirati, market alışverişi, bahçede çalışma, çim biçme) gerçekleştirme.					
26. Ailem ve/veya arkadaşlarımla her zamanki faaliyetlerime katılma.					
27. Her zamanki hobilerime/eğlence faaliyetlerime katılma					
28. Aşırı korumacı olduklarında aile/arkadaşlarla başa çıkabilme					
29. Olabilecek üzüntü/depresyon duygularının üstesinden gelme					
30. Kalp kasımı güçlendirmeye yardımcı egzersizleri yapma					
31. Benim için ne tür egzersizin önerildiğini bilme					
32. Öğünlerime sodyum (tuz) ve kolesterolden düşük yiyeceklerin nasıl ekleneceğini bilme					
33. Dışarıda yemek yediğimde sodyum (tuz) ve kolesterolden düşük besinleri seçme					
34. Anjina veya göğüs ağrım olursa ne yapacağımı bilme					
35. Kullandığım ilaçların amacını anlama					
36. İlaçlarımı ne zaman almam gerektiğini bilme					
37. Ameliyat dikişlerimin bakımını yapmayı bilme					
38. Sorunum olursa doktorumu ne zaman arayacağımı bilme					

Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği

Kronik ya da uzun süren bir hastalığınız olduğunda, sağlıklı ve mutlu bir şekilde yaşamınızı sürdürmeniz zor olabilir. **Hastalığınız konusunda size yardım edebilmemiz için, hekim, hemşire gibi sağlık görevlileri tarafından size sunulan bakım hizmetleri hakkında görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz.** Bu hizmetler sizinle uzun süredir ve düzenli olarak ilgilenen tüm sağlık görevlilerini kapsamaktadır. Bu konuda vereceğiniz bilgiler, gelecekte sizin gibi kronik sağlık sorunu olan hastaların daha iyi bakım almalarını sağlamak için yol gösterici olacaktır. Bize verdiğiniz bilgiler gizli tutulacak ve doktorunuz, hastaneniz, kliniğiniz veya diğer sağlık görevlileri ile paylaşılmayacaktır. Lütfen aşağıda yer alan her bir ifadeyi dikkatlice okuyarak, son 6 ay içinde hastalığınız ile ilgili aldığınız bakımı değerlendiriniz. Bakımınızla ilgili olan ifadeleri sıklık derecesini düşünerek, her bir ifadeye ilişkin görüşlerinizi en iyi yansıtan ya da size en uygun gelen seçeneği (X) şeklinde işaretleyiniz. Burada doğru ya da yanlış fikir yoktur. Lütfen her bir ifadenin cevaplanmış olmasına dikkat ediniz.

Son 6 ay içinde kronik hastalığımla ilgili bakım aldığımda;	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
39. Tedavi planım yapılırken görüşlerim alındı.	1	2	3	4	5
40. Tedavim konusunda karar vermem için başka seçenekler sunuldu.	1	2	3	4	5
41. İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi.	1	2	3	4	5
42. Sağlığım için yapmam gerekenler yazılı olarak verildi.	1	2	3	4	5
43. Bakımımın iyi düzenlenmiş olmasından memnun kaldım.	1	2	3	4	5
44. Kendi bakımı sağlamak için yaptığım şeylerin sağlığımı nasıl etkileyeceği açıklandı.	1	2	3	4	5
45. Kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu.	1	2	3	4	5
46. Beslenme ya da egzersiz yapma davranışlarımı geliştirmem için yardım edildi.	1	2	3	4	5
47. Tedavi planımın bir kopyası bana verildi.	1	2	3	4	5
48. Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edildim.	1	2	3	4	5
49. Sağlık alışkanlıklarım ile ilgili sorular soruldu.	1	2	3	4	5
50. Doktorum ya da hemşiremin gerekli olan tedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim.	1	2	3	4	5
51. Günlük yaşamımda uygulayabileceğim bir tedavi planı yapmam için yardım edildi.	1	2	3	4	5
52. Zor zamanlarımda bile kendime bakabilmem için yapmam gerekenler konusunda yardım edildi.	1	2	3	4	5
53. Hastalığımanın hayatımı nasıl etkilediği soruldu.	1	2	3	4	5

54. Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana ulaşıldı.	1	2	3	4	5
55. Hastalığım konusunda bana yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya teşvik edildim.	1	2	3	4	5
56. Diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacım olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirildim.	1	2	3	4	5
57. Diğer branşlardaki hekimlere gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı.	1	2	3	4	5
58. Diğer hekimlerle yaptığım görüşmeler konusunda sorular soruldu.	1	2	3	4	5

