



T.C
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**KRONİK HASTALIK YÖNETİMİNDE HEDEF ODAKLI
BAKIM: HASTALARIN ALGISINI DEĞERLENDİREN
KALİTATİF BİR ÇALIŞMA**

Dr. AHMET EMRE BAHADIR
UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2020



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

**KRONİK HASTALIK YÖNETİMİNDE HEDEF ODAKLI
BAKIM: HASTALARIN ALGISINI DEĞERLENDİREN
KALİTATİF BİR ÇALIŞMA**

**Dr. AHMET EMRE BAHADIR
UZMANLIK TEZİ**

Danışman: Prof. Dr. MEHMET AKMAN

İSTANBUL 2020

ÖNSÖZ

Sıfırdan bire doğru uzanan ve asla düz seyretmeyen bu çizgi üzerinde yaptığım yolculukta denk geldiğim, beraber yürüdüğüm, yürüyüşünü takip veya taklit ettiğim veyahut bu yürüyüşü engellemeye çalışmış olsa dahi bir şekilde hayatta bulunduğum bu noktaya gelmemde katkısı olan herkese teşekkürü borç bilirim.

Andy Warhol'un bana vadettiği 5 dakikayı burada kullanacak olmamdan dolayı sizlerden özür dileyerek önem sırası gözetmeksizin birkaç kişiden ismen bahsetmek isterim.

Uzmanlık eğitimime olan katkılarından dolayı Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim dalı mensubu hocalarıma; özellikle tez danışmanım olmasının yanında gerek akademik gerek sosyal yönden desteğini eksik etmeyen, tüm güven kırıcı eylemlerime rağmen benden umudunu kesmeyen saygıdeğer hocam Prof. Dr. Mehmet Akman'a ve hayatın barındırdığı tüm aksiliklere rağmen olaylara umutla yaklaşmayı hal ve hareketleriyle ya da benim tabirimle hayatın içinde süzülüşü ile öğreten Prof. Dr. Arzu Uzuner'e,

Normalden fazlaca uzun süren asistanlığım boyunca tüm sorumsuzluğum ve anarşik çalışma tarzıma maruz kalan başta Uzm. Dr. Nida Ayhan olmak üzere asistan arkadaşlarım ve Anabilim Dalı çalışanlarımıza,

Hiçbir konuda, hiçbir suretle zorluk yaşamayayım diye cefa içinde yaşamayı hayat tarzına dönüştüren annem Melahat Bahadır ve babam Ali Kenan Bahadır'a ve en uzak noktadan uzun zaman sonra dahi darda olduğumu duyarsa yanımda biten ağabeyim Şeref Korkmaz Bahadır'a

Hayatının cezası, belası, sınavı olduğum, benim içinse en anlamlı hediye olan; pusulam, kılavuz gemim, hayat ve yol arkadaşım sevgili karım Sinem Acar Bahadır'a teşekkür ederim.

Ahmet Emre BAHADIR

Ağustos, 2020

ÖZET

Kronik Hastalık Yönetiminde Hedef Odaklı Bakım: Hastaların Algısını Değerlendiren Kalitatif Bir Çalışma

İşbu çalışma günümüzde gittikçe artmakta olan kronik hastalıkların daha etkin bir şekilde yönetilmesi amacıyla geliştirilen ve geliştirilmekte olan klinik yöntemler arasında olan hedef odaklı bakım hakkında ülkemizde bulunan hastaların algılarını değerlendirilmek ve görüşlerine başvurmak amacıyla tasarlanmıştır.

Hastaların bu model hakkındaki görüşlerini derinlemesine irdeleyebilmek amacıyla niteliksel araştırma kullanılmıştır. Hasta görüşmeleri yüz yüze olarak yarı yapılandırılmış görüşme formu ile derinlemesine olarak yapılmıştır. Yapılan görüşmeler deşifre edilerek bilgisayar destekli betimsel analize tabi tutulmuştur.

Yapılan analiz sonrasında hasta görüşmelerinden elde edilen kodlar; kronik hastalık algısı, karar verme süreci ve hasta ile hekimin rolleri, tedavi hedeflerinin tanımlaması ve paylaşımı, tedavi başarısının değerlendirilmesi, hedef odaklı bakım algısı, doktor, hasta ve sistem kaynaklı güçleştirici ve/veya kolaylaştırıcı faktörler olmak üzere 6 ana tema altında toplanmıştır.

Hedef odaklı bakım konusunda hasta görüşleri incelendiğinde hastaların daha çok medikal hedefler belirtme eğiliminde olmasına karşın gerekli bilgilendirme yapıldığı takdirde medikal olmayan hedeflerin varlığı görülmüştür. Hastaların çoğunluğu tedavi sürecinde kararların doktorlar tarafından alınması konusunda görüş bildirmiş olsa da hasta görüşleri incelendiğinde elde edilen bulgular, hastaların doktor tarafından yol gösterilmesi durumunda karar verme sürecine dahil olmak istediklerini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: kronik hastalık yönetimi, klinik yöntem, hasta merkezli, hedef odaklı

ABSTRACT

Goal Oriented Care in Chronic Disease Management: A Qualitative Study Evaluating Patients' Perception

This study was designed to evaluate the perceptions of patients in our country and to consult their opinions about goal-oriented care, which is one of the clinical methods developed for more effective management of increasing chronic diseases.

Qualitative research was used to examine the patients' views on this model in depth. Patient interviews were conducted face to face with a semi-structured interview form. The interviews were deciphered and subjected to computer-aided descriptive analysis.

After the analysis, the codes obtained from the patient interviews were collected under six main themes which are chronic disease perception, decision-making process and the roles of patients and physicians, identification and sharing of treatment goals, evaluation of treatment success, goal-oriented care perception, physician, patient and system based empowering and / or facilitating factors.

When the patients' opinions about goal-oriented care were examined, although they tended to specify more medical goals, they also mentioned non-medical targets after informing. Although the majority of the patients expressed their opinions about the decisions to be taken by the doctors during the treatment process, the findings obtained when the patients' opinions were examined suggest that they want to be involved in the decision-making process, if the patients are guided by the doctor.

Keywords: chronic disease management, clinical method, patient-centeredness, goal-oriented

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
1.1. Giriş	1
1.2. Amaç	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Klinik Yöntem.....	3
2.2. Kronik Hastalıklar	4
2.2.1. Kronik hastalıkların tanımı ve önemi.....	5
2.2.2. Kronik hastalık yönetimi.....	6
2.2.3. Birinci basamakta kronik hastalık yönetimi	7
2.3. Hedef Odaklı Bakım.....	8
3. GEREÇ VE YÖNTEM	10
3.1. Araştırmanın Modeli.....	10
3.2. Çalışma Evreni ve Örneklemen Seçimi.....	11
3.2.1. Çalışmaya Dahil Olma Ölçütleri	13
3.2.2. Çalışmadan Dışlama Ölçütleri.....	13
3.3. Araştırma Verisinin Toplanması	14
3.4. Verilerin Analizi	14
4. BULGULAR	16
4.1. Katılımcı Görüşlerine İlişkin Betimsel Bulgular	17
4.2. Hastanın Hastalığına Bakışı Konusundaki Bulgular	23

4.3. Karar Verme Sürecinde Doktor ve Hastanın Rolü Konusundaki Bulgular	27
4.4. Tedavi Hedeflerinin Tanımlanması ve Paylaşımı Konusundaki Bulgular	30
4.5. Tedavi Başarısının Değerlendirilmesi Konusundaki Bulgular	36
4.6. Hedef Odaklı Bakım Algısı Konusundaki Bulgular.....	38
4.7. Tedavi Sürecini Güçleştirici / Kolaylaştırıcı Faktörler Konusundaki Bulgular	42
5. TARTIŞMA	52
5.1. Araştırmanın Güçlü Yanları	64
5.2. Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	64
5.3. Öneriler	65
6. KAYNAKÇA	66
7. EKLER.....	74

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 3.1. Katılımcılara Ait Demografi.....	12
Tablo 4.2. Katılımcıların Hastalıkları Konusunda Oluşturdukları Kodların Sıklık Durumu	24
Tablo 4.3. Katılımcıların Karar Verme Sürecinde Hasta ve Hekimin Rolü Konusunda Oluşturdukları Kodların Sıklık Durumu	28
Tablo 4.4. Katılımcıların Tedavi Süreçlerinin Tanımlanması ve Paylaşımı Konusunda Oluşturdukları Kodların Sıklık Durumu	31
Tablo 4.5. Katılımcıların Hedef Odaklı Bakım Konusunda Oluşturdukları Kodların Sıklık Durumu.....	38
Tablo 4.6. Katılımcıların Tedavi Sürecini Kolaylaştırıcı / Güçleştirici Faktörler Konusunda Oluşturdukları Kodların Sıklık Durumu	43

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Araştırmanın Tema ve Kategorileri	18
Şekil 2. Katılımcıların Görüşleri Arasındaki Benzerlikler.....	20



SİMGELER VE KISALTMALAR

WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KH	: Kronik Hastalıklar
MM	: Multimorbidite
BOH	: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
HbA1c	: Glikolize Hemoglobin
KVH	: Kardiyovasküler Hastalıklar
CCM	: Kronik Bakım Modeli
QoL	: Hayat Kalitesi (Quality of Life-QoL)

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

Epidemiyolojik veriler kronik hastalıkların gün geçtikçe arttığını göstermektedir (Bergman, et al., 2013). Günümüzde kronik hastalık yönetiminde çoğu zaman o hastalık için geliştirilmiş kılavuzlar kullanılmaktadır. Bir hastalığa özgü kılavuz tek bir hastalık için gayet başarıyla uygulanmakta iken multimorbid bir hastada yetersiz kalabilmektedir (Reuben, 2007; Fried, et al., 2011; Robben, et al., 2011; Reuben & Tinetti, 2012; Ferris, et al., 2017). Multimorbid durumlar için hazırlanmış kılavuzlar yok denecek kadar azdır. Multimorbid hastalar, özellikle birinci basamağın güçlü olmadığı ülkelerde, her bir hastalık için ayrı bir sağlık profesyoneline başvurabilmektedirler. Bu durum hasta bakımında ayrışmaya sebebiyet vermektedir (Tinetti, et al., 2016). Oysa kronik hastalığı olan bireylerin bakımı bütüncül bir yaklaşım gerektirir. Kronik hastalıkların yönetim sürecinde tedavi ile ilişkili kararların hasta merkezli olarak verilmesi beklenmektedir. Ancak bilimsel araştırmalara dayalı kanıtlar üzerinden gelen sonuçlar ve hekimlerin medikal bilgileri bir araya geldiğinde tedavi hedeflerinin belirlenmesi ve takibinde biyolojik parametreler ön plana çıkmaktadır (diyabet için HbA1c, hipertansiyon için kan basıncı takibi gibi). Bu durumda sahip olunan kronik hastalığın yaşam üzerindeki etkisiyle ilişkilendirilen kişisel önceliklerinin veya daha geniş anlamıyla, hastalığa ilişkin hastanın kendi perspektifinin genellikle karar verme süreçlerinin dışında kaldığı görülmektedir (Reuben & Tinetti, 2012; Vermunt, et al., 2018).

Hedef odaklı bakımın etkilerini keşfetmek yeni araştırma tipleri ve yeni araştırma yöntemleri gerektirir. Hastaların tedavi süreçlerindeki karar alma, tedavinin başarısının değerlendirilmesi gibi daha aktif bir şekilde rol almasını öngören hedef odaklı bakım yaklaşımını değerlendirmek için en doğru yöntemin niteliksel bir araştırma kurmak olduğu düşünüldü. Bu doğrultuda hazırlanan protokol Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik kuruluna sunulmuştur. ‘Kronik Hastalık

Yönetiminde Hedef Odaklı Bakım: Hasta Algısını Değerlendiren Kalitatif Bir Çalışma' isimli çalışma 09.2019.657 numarası ile onaylanmıştır.

1.2. Amaç

Bu çalışmanın amacı, birinci basamakta kayıtlı kronik hastalığı bulunan bireylerin, *hastalıklarının yönetim sürecinde tedavi hedeflerinin ve başarısının belirlenme sürecine* (1), *hedef koyma ve başarıyı değerlendirmeye hastaların ne düzeyde müdahil olduğuna* (2) ve *hastaların kişisel hedefleri doğrultusunda planlanacak bir yönetim sürecine (hedef odaklı bakım) yönelik* (3) görüşlerini incelemektir.

Bu amaçtan hareketle şu araştırma sorularına yanıt aranmıştır:

1. Katılımcıların kronik hastalığa ve hasta olma kavramına ilişkin görüşleri ile sahip oldukları hastalıkların yaşamlarını etkileme düzeyi konusundaki görüşleri nedir?
2. Katılımcıların tedaviye karar verme sürecinde hasta ve hekim rolleri konusundaki görüşleri nedir?
3. Katılımcıların tedavi hedeflerinin tanımlanması ve paylaşımı (tedavi sürecinde hedef belirlenmesi, hedefin hastayla paylaşımı, hedeflerin kim tarafından belirlendiği, hastaların kendi hedeflerini doktorlarıyla paylaşımı, doktorların ve hastaların görüşleri arasındaki benzerlik ve farklılıklar) konusundaki görüşleri nedir?
4. Katılımcıların tedavi sürecinin başarısı konusundaki görüşleri nedir?
5. Katılımcıların hedef odaklı bakım (tedavi sürecinde aktif rol alma, hedef belirlemeye istekli olma, hedeflerin doktor tarafından belirlenmesini isteme) konusundaki görüşleri nedir?
6. Katılımcıların kronik hastalıkların tedavi süreciyle ilgili olarak, doktor, hasta ve sistem kaynaklı güçleştirici ya da kolaylaştırıcı faktörler konusundaki görüşleri nedir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Klinik Yöntem

Crookshank (1926) klinik yöntem ve tanının gelişimini doğal veya tanımlayıcı ekol ile geleneksel veya akademik ekol arasındaki gerilim üzerinden tanımlamıştır. Doğal ekol kişi ve hastalık ile ilgilenir, rahatsızlıkları kişilik özelliklerini de dikkate alarak tüm boyutlarıyla ele alır. Geleneksel ekol ise organ ve hastalıklarla ilgilenir. Hastalığı hastadan bağımsız olarak sınıflandırır ve inceler. Tıbbın her devrinde var olan bu çatışma Antik Yunan'da kendisini Kos ve Knidos ihtilafı ile göstermiştir. Burada Kos doğal ve tanımlayıcı ekolü, Knidos ise geleneksel ve akademik ekolü temsil etmektedir. Rönesans devrinde de Hipokrat'çılar ve Galen'ciler arasında görülen bu çatışmayı Boinet (1911) 'uzun yollardan ve çeşitli servetlerle yüzyıllar boyunca geri gelmeye devam eden iki büyük öğreti fikri' olarak nitelemiştir (Boinet, 1911; Crookshank, 1926).

On dokuzuncu yüzyılda ön plana çıkmaya başlayan yaklaşım olan biyomedikal model bu hakimiyeti yirminci yüzyılın ortalarına kadar devam ettirmiş ve son derecede de başarılı olmuştur. Bu başarı eğitim hastaneleri içerisinde de devam etmiştir. Ancak dışarıda durum çok daha farklı olmuştur. Biyomedikal modele göre eğitilen hekimler sahada yaptıkları uygulamalarda görmüşlerdir ki pek çok hastanın herhangi bir hastalık kriterini karşılamayan rahatsızlıkları mevcuttur. Bu yüzden de tıbbi modelin değişimi için atılan ilk adım bu hekimler arasından bir grup aile hekimi ve onlarla birlikte çalışan psikanalist ve hekim Michael Balint tarafından gelmiştir. 1957 yılında yayınlanan "*Hekim, Hastası ve Rahatsızlık*" isimli kitap o dönemde tamamen biyomedikal olan tıbbi uygulama modelinden uzaklaşmanın da başlangıcı olmuştur (Gilles, 2005).

Bu gelişmeleri 70'lerde bir psikiyatrist ve dahiliyeci olan George Engel'in öne sürdüğü biyopsikososyal model izlemiştir. Geleneksel biyomedikal yöntemi, çok dar bir bakış

açısına sahip olduğu ve klinik olarak önemli bilgileri dışlaması nedeniyle eleştirmiştir. Önerdiği bu alternatif model, biyolojik, psikolojik ve sosyal verileri entegre ederek tıbbın bakış açısını genişletmiştir. Ancak Engel hekimin bu modelde tam olarak ne yapması gerektiğinden açıkça bahsetmemiştir. Bu modelin uygulamada hayata geçebilmesi için bir yöntem gereksinim duyulmuştur. 1986 yılında McWhinney, Levenstein ve arkadaşları bu gereksinimi karşılamak amacıyla hasta merkezli klinik yöntemi öne sürmüşlerdir. Balint, Engels, McWhinney, Kleinman'ın attıkları adımlar ve sonrasında gelen pek çok araştırmacının da katkılarıyla bugün bildiğimiz hasta merkezli klinik yöntemin çatısı oluşturulmuştur (Stewart, et al., 2003; Levenstein, et al., 1986; Kleinman, et al., 1978).

1991 yılında James Mold 'Hedef Odaklı Bakım' yazısını yayınladı (Mold, et al., 1991). Tıp pratiğini hastalık yönelimli olmaktan çok, yaşamın süresi ve kalitesi anlamında hastanın hedeflerine odaklanmayı öneriyordu. Bu yaklaşımın gölgede kalmasının belki de bir nedeni 1992 yılında Gordon Guyatt ve arkadaşlarının yayınladığı 'Kanıt Dayalı Tıp: tıp pratiğine yaklaşımda önemli bir paradigma değişimi' isimli yazısıydı (Guyatt, et al., 1992). Kanıt dayalı tıp yazısı bir dönüm noktası olacak ve tıp pratiğine kılavuzların girmesinde belki de başrolü alacaktı.

2.2. Kronik Hastalıklar

Kronik Hastalıklar (KH) ve multimorbidite (MM) tartışmalarına genellikle 'Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar'daki (BOH) artışın önemine vurgulanarak başlanmıştır. 18. Yüzyılda hastalıkların "Bulaşıcı" ve "Bulaşıcı Olmayan" şeklinde tanımlanmasının nedeni hastaların yatış servislerinin belirlenmesiydi. Günümüzde terminoloji böyle olmasa da BOH kavramı halen kullanılmaktadır.

Yirminci yüzyılda başlıca mortalite nedeni olan sağlık problemi bulaşıcı hastalıklar iken tıp dünyasındaki gelişmeler sayesinde günümüzde yerini kronik hastalıklara bırakmıştır. Bu gelişme sonucunda insan ömrü uzamış ve toplumların yaş ortalaması artmıştır. Yaşlanan toplumlar ve bulaşıcı hastalıkların etkin tedavi edilmeye başlanması sonucunda da günümüzde en önemli mortalite nedeni kronik hastalıklar olmuştur (WHO, 2018; WHO, 2010).

2.2.1. Kronik hastalıkların tanımı ve önemi

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre kronik hastalıklar yıllar boyunca devam eden, sürekli bakım gerektiren sağlık durumları olarak tanımlanmaktadır (Sheri Pruitt, 2002). Başka bir tanımlamaya göre ise en az 6 aydır süren, tekrarlayan veya kötüleşmelerle seyreden, kötü gidişata sahip, kişinin yaşam kalitesini etkileyebilecek sonuçlar veya maluliyetler ortaya çıkarabilen hastalıklardır (Halloran, et al., 2004;21).

DSÖ'nün 2018 raporuna göre BOH dünya çapında yıllık 41 milyon insanın ölümüne (tüm ölümlerin %71'i) neden olmaktadır. Her yıl 15 milyon 30-69 yaş arası erken yaş ölümleri, BOH nedenli olmaktadır ve bu ölümlerin %80'ni düşük ve orta gelir düzeyli ülkelerde görülmektedir. BOH grubu hastalıklardan ölümlerde 1. sırada Kardiyovasküler Hastalıklar (KVH) gelmektedir. (17,9 milyon) Bunu 2. sırada kanserler (9 milyon), 3. sırada solunum yolu hastalıkları (3,9 milyon) ve 4. sırada diyabet (1,6 milyon) takip etmektedir. Yine bu 4 grup hastalık erken ölümlerin %80'lik kısmını oluşturmaktadır (WHO, 2018).

Bu hastalıkların ortak özelliği kişinin yaşamını sosyal, psikolojik ve ekonomik yönden etkilemesi, aile öyküsü ve genetik özellik gibi değiştirilemez etkenlerin dışında çoğunun altta yatan nedeninin önlenabilir risk faktörlerine bağlı olmasıdır. En önemli risk faktörleri ise tütün kullanımı, zararlı alkol tüketimi, sağlıksız beslenme ve fiziksel inaktivitedir. Nedeni ne olursa olsun kronik hastalıklar yaşam tarzı değişikliği ve uzun süreli sağlık bakım yönetimi ve izlem gerektirmekte; kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetimindeki eksikliklerden dolayı fiziksel engellilikler gelişebilmektedir (Akalin & Tanrıöver, 2012; WHO, 2014).

Poliklinik başvurularının %79'u, toplam sağlık harcamalarının %84'ü kronik hastalıklar nedeniyle yapılmaktadır (Anderson, 2010). Birinci basamakta, stabil seyreden ve kontrol altında olan kronik hastalıklar için yılda 826 saat (günde 3,5 saat) gerekirken, kontrol altına olmayan kronik hastalıklar için yılda 2484 saat (günde 10,6 saat) gerekmektedir (Østbye, et al., 2005).

2.2.2. Kronik hastalık yönetimi

Kronik Hastalık Yönetimi kavramı, bir veya daha fazla kronik hastalığı önlemeye, tedavi etmeye ya da yönetmeye yönelik olarak tasarlanmış, multidisipliner bir yaklaşımı benimseyen, gereğinde farklı tedavi yöntemlerini kullanan ve hastaların öz bakım becerilerini geliştirmelerini, bakım sürecinin bir parçası haline gelmelerini hedefleyen bir grup müdahalelerden oluşan bir sistemi tanımlamaktadır (Akman, 2010).

Kronik hastalık yönetiminin amacı bir ya da daha fazla kronik hastalığa sahip bireylerin aldığı bakımın kalitesini artırmak, hastaların yaşam kalitesini geliştirmek ve maliyet etkin olabilmektir. Bu hedefi gerçekleştirmek ancak koordine edilmiş, kapsamlı ve multidisipliner bir yaklaşımla gerçekleştirilebilir (Weingarten, et al., 2002; Faxon, et al., 2004). Günümüzde uygulanan sağlık sistemleri incelendiğinde sağlık profesyonelleri büyük çoğunlukla hastalık odaklı yaklaşımı benimsemektedir (Shortell & Kaluzny, 2006). Bu yaklaşım akut sağlık problemleri için başarılı sonuçlar verirken kronik hastalıklarda aynı etki görülememektedir (Wolff, et al., 2002; Starfield, et al., 2005). Kronik hastalıkların giderek arttığı günümüzde kronik hastalık yönetimi üzerine yeni araştırmalar yapılmalı ve sağlık sistemlerinde değişiklik ciddi şekilde tartışılmalıdır (De Maeseneer, et al., 2003; De Maeseneer & Boeckxstaens, 2012; Mold, 2017; Lenzen, et al., 2016; Reuben & Jennings, 2019).

Kronik hastalık yönetimi için geliştirilmiş modeller arasında Kronik Bakım Modeli (CCM) en yaygın kullanılmış ve üzerine en fazla çalışma yapılmış olanıdır. Modelin temelinde savunduğu noktaya göre sağlık sonuçlarında iyileşme sağlanması için asıl hedef alınması gereken nokta kronik hastalık sahibi bireyin ihtiyaç ve endişelerini de dikkate alarak tedavi ve takip planı oluşturulması ve bunun uygulanabileceği bir sistem değişikliği yapılmasıdır (Grover & Joshi, 2014).

Kronik hastalıklı bireyler sağlık eğitimleriyle geliştirilmeli, sağlık okuryazarlığı artırılmalıdır. Öz bakımı iyi olan, sağlık kültürü yüksek olan ve düzenli bir sistem ile takip planı uygulanan kronik hastalıkların bakım kalitesinin ve tedavi başarılarının arttığı görülmektedir (Rothman & Wagner, 2003; Beaglehole, et al., 2008).

Son yıllarda pek çok ülkede kronik hastalık yönetimi programları yürürlüğe konmuştur. Bu programlarda genellikle olgu tespit stratejileri, ne yapılması ve kimin yapmasına ait protokoller, hastanın güçlendirilmesi ve sağlık bakımının takibinde kullanılacak belirteçler yer almaktadır. Bu programlar sağlık çalışanları, politikacılar ve hastalardan olumlu geri dönüş almasına rağmen sağlık bakımının kapsamlılıktan çok indirgemeci yaklaşımları nedeniyle eleştirel görüşler de olmuştur. Bu programların çoğunda dikey hastalık odaklı yaklaşımlar kullanılmaktadır (Heath, et al., 2009; Norbury, et al., 2011; Boeckxstaens, et al., 2011). Hastalık odaklı hazırlanan bu programlar tek bir hastalık söz konusu olduğu zaman gayet etkin bir şekilde çalışırken (Garber, 2005), multimorbidite söz konusu olduğu zaman çatışmalara sebebiyet verebilmektedir (Starfield, 2006).

2.2.3. Birinci basamakta kronik hastalık yönetimi

Birinci basamak sağlık hizmetleri hastalara içinde bulundukları aile ve toplum kapsamında, geniş çapta sağlık hizmeti vermekten sorumlu klinisyenler ile sağlanan bütünlüğü ve ulaşılabilir sağlık hizmetidir. Birinci basamak uygulamasının önemli özellikleri olan devamlı, kapsamlı ve işbirlikçi yaklaşım kronik hastaların bakımı için esastır.

Aile hekimlerinin kronik hastalıkların önlenmesinde, erken tanısı, tedavisi, diğer sağlık sistemleri ile koordinasyonunda ve rehabilitasyonunda görevleri vardır. Aile hekimliğini diğer disiplinlerden ayıran en önemli noktalardan biri de kapsamlı bakım ve süreklilik göstermesidir. Kapsayıcı bakım özelliklerinden dolayı aile hekimi hastalarının akut ve kronik sorunlarını birlikte yönetir. Hastanın doğumundan ölümüne kadar tekrarlayan temaslarla oluşan bilgi birikimini biyopsiksosyal bir çerçevede hasta yönetiminde kullanılır. Ayrıca aile hekimi, hastayla uzun süreli iletişim halinde olmasından dolayı, gerektiğinde özel branş dalları ile koordinasyonunu sağlar (McWhinney & Freeman, 2009; Başak & Saatçi, 2011).

Kronik hastalık yönetiminde başarıya ulaşmak için sağlık sistemi basamakları arasında hem yatay hem de dikey bütünleşme sağlanmalı ve paylaşılmış bakım uygulanmalıdır. Paylaşılmış bakım, hastane hekimleri ile aile hekimlerinin, kronik rahatsızlığı olan hastalara planlanmış bir bakım sağlamak için, rutin taburcu ve sevk notlarının çok daha ötesinde, ileri düzey bir bilgi alışverişi temelinde yürütülen iş birliği olarak tanımlanabilir (Hickman, et al., 1994).

2.3. Hedef Odaklı Bakım

Mold, Blake ve Backer hastalıkların eradikasyonuna ve ölümün önlenmesine odaklanan bir bakım modelinin kronik hastalık yönetimine çok uymadığını düşünmüşlerdir. Her bir bireyi kendisi tarafından tanımlandığı şekliyle mümkün olan en üst sağlık seviyesine ulaştırmak için cesaretlendiren hedef odaklı bir yaklaşımı önermişlerdir. Bu yaklaşım kişisel güçlükler, kapasiteler ve kaynaklar üzerinde daha büyük bir hassasiyetle duran sağlık hizmet sunumunu desteklemektedir. Hedef odaklı bakımda klinisyenler bir yandan kişisel olarak tanımlanmış hedeflere ulaşmak için mücadele ederken, bir yandan da hastalarını kendilerinin maksimum sağlık potansiyeline kavuşmaları adına yüreklendirirler (Mold, et al., 1991).

Hedef odaklı bakımın sağlık sisteminden birincil beklentisi her bireyin kişisel hedefine ulaşmasına yardımcı olmaktır. Her bireyin sağlık hedefi farklı olduğu gibi her bir bireyin sağlık hedefi farklı zamanlarda farklılık gösterebilir. Hedef odaklı bakımın amacı yalnızca bireyin rahatsızlıklarının tanımlanması değil, aynı zamanda bireyin değerlerinin, istek ve umutlarının, tercihlerinin, güçlü yanlarının, kaynakları ve inançlarının tıbbi bakım sürecine dahil edilmesini içerir (Mold, 1995). Hastayı geçmişi, şu anı ve geleceği ile bütünleşik bir varlık, arka plandaki genetik eğilimleriyle birlikte sayısız psikolojik gerçekler, sosyal ilişkiler ve çevresel zorluklar ile bir bütün olarak görmek gerekir.

Hedef odaklı bakımın 4 ana amacı vardır. Bunlar; erken ölümlerin ve sakatlıkların önlenmesi, mevcut hayat kalitesinin korunması ya da geliştirilmesi, kişisel gelişimin maksimuma çıkarılması ve iyi bir ölüme hazırlıktır (Mold, 2017).

Hasta ve hekim arasındaki otorite ilişkisinden eşitliğe geçiş, hasta ve hekimin sorumluluğu paylaşması, 'şimdi daha iyi hissetmek' yaklaşımından daha uzun vadeli bir bağlamın geliştirilmesi ve sürdürülmesi, tıbbi karar almanın önemli bir temeli olarak hastanın temel yaşam hedefleri hakkında ortak bir anlayışa sahip olunması da hedef odaklı bakımın amaçladığı noktalardandır (Waters & Sierpina, 2006).

Hedef odaklı bakım uygulanırken eşitlik anlamında tehdit edici unsurlar da vardır. Birincisi bazı hastalarda hayatta kalma, hayat kalitesi (Quality of Life-QoL) lehine suistimal edilebilir. Bir diğeri de yoksul kişilerin hayat beklentileri ve hedefleri entelektüel seviyesi ve maddi durumu yüksek olan kesimlere göre daha düşük olabilir. Bunu önlemek için aile hekimi sinyalizasyon ve savunuculuk görevlerini yerine getirdiğinden emin olmalıdır (De Maeseneer, 2018).

Ayrıca konu hedef tespiti olduğunda hastalar birey yerine hastalıklara daha çok odaklanmış bir sağlık sistemi ve sıradan insanların sesinin zor duyulduğu kültürel ve politik bir iklimin etkilerini de yansıtabilen önemli zorluklarla karşı karşıya gelirler (Boeckxkens, et al., 2016).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı kronik hastalığı olan ve birinci basamakta kayıtlı kronik hastalığı bulunan bireylerin, hastalıklarının yönetim sürecinde tedavi hedeflerinin ve başarısının nasıl belirlendiğine, hedef koyma ve başarıyı değerlendirmede hastaların sürece müdahil olma durumuna ve hastaların kişisel hedefleri doğrultusunda planlanacak bir yönetim sürecine (hedef odaklı bakım) yönelik görüşlerini incelemeyi amaçlayan bu çalışmada nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır.

“Sözel araştırma olarak da adlandırılabilir olan nitel çalışmalar; yapılandırılmamış gözlem, yapılandırılmamış görüşme ve doküman inceleme gibi nitel veri toplama tekniklerinin kullanıldığı, olgu ve olayların kendi doğal ortamları içinde gerçekçi ve bütüncül bir şekilde ortaya konmasına yönelik nitel bir sürecin izlendiği araştırmalardır” (Yıldırım ve Şimşek 2005). Sandelowski (2004) nitel araştırmayı bir kavram olarak ele alır. Ona göre nitel araştırma yöntemi insanların sosyal dünyayı nasıl anladığını, deneyimlediğini, yorumladığını ve ürettiğini anlamayı amaçlayan nitel araştırmalarda izlenen tutum ve stratejileri kapsayan bir kavramdır.

“Olgu bilim araştırmalarında görüşme yöntemi temel veri toplama aracıdır. Görüşme yöntemi kullanılarak gerçekleştirilen araştırmalarda çoğu zaman küçük örneklem grupları üzerinde çalışmalar yürütülmektedir” (Silverman, 2001; Büyüköztürk ve diğerleri, 2009).

Araştırmada yarı yapılandırılmış görüşme tekniğinden yararlanılmıştır. Ekiz'e (2003) göre “yarı yapılandırılmış görüşme, yapılandırılmış görüşmeden biraz daha esnektir. Bu teknikte, araştırmacı önceden sormayı planladığı soruları içeren görüşme formu hazırlamaktadır. Buna karşın araştırmacı görüşmenin akışına bağlı olarak değişik yan ya da alt sorularla görüşmenin akışını etkileyebilir ve kişinin yanıtlarını açmasını ve ayrıntılandırmasını sağlayabilir. Eğer kişi görüşme esnasında belli

soruların yanıtlarını başka soruların içerisinde yanıtlamış ise araştırmacı bu soruları sormayabilir. Yarı yapılandırılmış görüşme tekniği sahip olduğu belirli düzeyde standartlık ve aynı zamanda esneklik nedeni ile eğitim bilim araştırmalarında daha uygun bir teknik görünümü vermektedir.”

“Yarı yapılandırılmış görüşme tekniğinde amaç, görüşme yapılan kişilerin verdikleri ifadeler arasında tutarlılık olup olmadığına, farklılıkların ne olduğuna bakmak ve bunların sonucuna göre karşılaştırma yaparak konu hakkında gerçek bilgilere ulaşmaktır. Yarı yapılandırılmış görüşme formları, görüşülen kişiye kendi düşüncelerini açıklama olanağı sağlamaktadır” (Büyüköztürk vd., 2009).

3.2. Çalışma Evreni ve Örneklem Seçimi

Çalışanın evrenini, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne bağlı Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi’ne kayıtlı kronik hastalığı olan kişiler oluşturmaktadır.

Çalışma evreninden, nitel araştırma geleneği içinde gelişen amaçlı örneklem (purposive/purposeful sampling) tekniklerinden kota örnekleme (Quota Sampling) yoluyla, çalışmanın dahil edilme ölçütleri dikkate alınarak 8’i kadın, 8’i erkek olmak üzere 16 kişilik örneklem grubu oluşturulmuştur.

Kota örnekleme yapılırken, örnekleme temsil edecek şekilde katılımcılar, şu özelliklerine göre seçilmişlerdir: erkek ve kadın olmak üzere farklı cinsiyetlerdeki hastalar; yaşı 65’in altında olanlar ile 65’i geçenler; kronik hastalık sayısı 1 ya da 2 ile ikiden fazla kronik hastalığı olanlar (multimorbidite varlığına göre); 3 ve altında yıldır hasta olanlar ile 4 yıl ve daha fazla süredir hastalığı devam edenler.

Araştırmaya katılanlara gönüllü bilgilendirme ve onam formu verilerek onayları alındı. Form ekler bölümünde verilmiştir (Ek 1). Görüşme öncesinde katılımcıların demografik verilerini belirlemek amacıyla sosyodemografik veri formu doldurulmuştur (Ek 2). Katılımcılara ait demografik bulgular Tablo 3.1’de verilmiştir:

Tablo 3.1. Katılımcılara Ait Demografi

Kod 1	Kod 2	Cinsiyet	Yaş	Kronik Hastalık Sayısı	Hastalık Süresi
A1	SÖ	Kadın	65 üstü	1	3 ve altı yıl
B1	ST	Kadın	65 üstü	1	4 ve üzeri yıl
C1	SAÖ	Kadın	65 üstü	2 ve daha fazla	3 ve altı yıl
D1	CÖ	Kadın	65 üstü	2 ve daha fazla	4 ve üzeri yıl
E1	HÇ	Kadın	65 altı	1	3 ve altı yıl
F1	SAÖ	Kadın	65 altı	1	4 ve üzeri yıl
G1	MB	Kadın	65 altı	2 ve daha fazla	3 ve altı yıl
H1	NC	Kadın	65 altı	2 ve daha fazla	4 ve üzeri yıl
A2	SM	Erkek	65 üstü	1	3 ve altı yıl
B2	SAR	Erkek	65 üstü	1	4 ve üzeri yıl
C2	GS	Erkek	65 üstü	2 ve daha fazla	3 ve altı yıl
D2	HT	Erkek	65 üstü	2 ve daha fazla	4 ve üzeri yıl
E2	UBİ	Erkek	65 altı	1	3 ve altı yıl
F2	HÇN	Erkek	65 altı	1	4 ve üzeri yıl
G2	TD	Erkek	65 altı	2 ve daha fazla	3 ve altı yıl
H2	AŞT	Erkek	65 altı	2 ve daha fazla	4 ve üzeri yıl

Tablo 3.1'deki bulgulara göre katılımcıların yarısı kadın, yarısı da erkek hastalardan oluşmaktadır. Hem kadınlarda hem de erkeklerde benzer dağılım olmak üzere katılımcılar arasında;

A. 65 yaş üzeri, tek kronik hastalığı olup, üç yıl ve daha az süredir hastalık yaşayan 1 kadın, 1 erkek (1+1);

B. 65 yaş üzeri, tek kronik hastalığı olup, dört yıl ve daha fazla süredir hastalık yaşayan 1 kadın, 1 erkek (1+1);

C. 65 yaş üzeri, 2 ve daha fazla kronik hastalığı olup, üç yıl ve daha az süredir hastalığı devam eden 1 kadın, 1 erkek (1+1);

D. 65 yaş üzeri, 2 ve daha fazla kronik hastalığı olup, dört yıl ve üzeri süredir hastalığı devam eden 1 kadın, 1 erkek (1+1);

E. 65 yaş altı, tek kronik hastalığı olup, üç yıl ve daha az süredir hastalık yaşayan 1 kadın, 1 erkek (1+1);

F. 65 yaş altı, tek kronik hastalığı olup, dört yıl ve daha fazla süredir hastalık yaşayan 1 kadın, 1 erkek (1+1);

G. 65 yaş altı, 2 ve daha fazla kronik hastalığı olup, üç yıl ve daha az süredir hastalığı devam eden 1 kadın, 1 erkek (1+1);

H. 65 yaş altı, 2 ve daha fazla kronik hastalığı olup, dört yıl ve üzeri süredir hastalığı devam eden 1 kadın, 1 erkek (1+1);

3.2.1. Çalışmaya Dahil Olma Ölçütleri

1. Çalışmaya katılmaya gönüllü olma
2. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olmak
3. En az bir kronik hastalık sahibi olma
4. Soruları anlayıp yanıt verecek düzeyde kognitif işlevselliğe sahip olmak

3.2.2. Çalışmadan Dışlama Ölçütleri

1. TÜİK verilerine göre Türkiye'de en sık gözlenen 6 hastalık olan (Bel/Boyun ağrılı hastalar, Hipertansiyon, Diabetes Mellitus, Astım, Osteoartrit ve diğer artropatiler, Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı) hastalıklardan birine sahip olmamak
2. Halen tedavisi devam eden kanser hastalığı sahibi olmak

3.3. Araştırma Verisinin Toplanması

Araştırmada veri toplamak amacıyla yapılan görüşmelerde kullanılmak üzere araştırmacı tarafından yarı yapılandırılmış bir görüşme formu geliştirilmiştir. Form beş bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm katılımcıların yaşadıkları kronik hastalıklarına nasıl yaklaştıklarına ve hastalığın onların yaşamındaki etkileri konusunda neler düşündüklerine yönelik sorulara; ikinci bölüm onlara sunulan sağlık hizmet sunumunun niteliğine ilişkin sorulara; üçüncü bölüm hastalıklarının tedavi süreçleriyle ilgili karar verme süreçlerinde kimlerin ne kadar etkili olduğunu belirlemeye dönük sorulara, dördüncü bölüm hedef odaklı bakım hizmetlerine ilişkin hasta görüşlerini belirlemeye, beşinci ve son bölüm ise hasta doktor ilişkilerine ilişkin genel yaklaşımlarını belirlemeye dönüktür.

Üçüncü aşamada araştırmanın örnekleminde olmayan iki hasta ile pilot görüşmeler yapılarak formun soruları test edilmiştir. Pilot görüşmelerden elde edilen verilerin çözümlenmesi sonucunda görüşme formuna son biçimi verilmiştir (Ek 3).

3.4. Verilerin Analizi

Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılarla, bu çalışma için araştırmacı tarafından geliştirilen görüşme formu kullanılarak, yüz yüze, yarı yapılandırılmış görüşmeler yürütölerek, çalışma konusuyla ilgili derinlemesine bilgiler edinilmiştir. Görüşmelerde katılımcıların rızası gözetilerek ses kayıtları alınmıştır.

Çalışmada veri toplamak üzere yapılan görüşmeler gönüllölük esasına dayalı şekilde gerçekteştirilmiş, veriler rapor hale getirildikten sonra bilgisayar ortamına aktarılmıştır.

Kronik hastalık sahibi katılımcılarla yapılan görüşmelerden elde edilen ses kayıtları önce yazılı metinler haline getirildi. Görüşmelerden elde edilen dökümler bir başka kişiye inceletilerek tutarlılığı test edilmiştir. Görüşme dökümleri üzerinde yazım hataları dışında herhangi bir kısaltma ya da düzeltme işlemi yapılmamış, görüşme dökümleri elektronik ortamda kayıt altına alınmıştır.

Araştırmada elde edilen veriler üzerinde çözümleme işlemleri yapılırken sayısallaştırmalardan kaçınılarak görüşme dökümleri gruplanmış, yazılı metinler üzerinde çalışılarak önce kodlamalar yapılmış, kodlar benzer özelliklerine göre belirlenmiş temalar altında gruplanmıştır. Temalar da katılımcı görüşlerine dayalı olarak oluşturulan kategorilerle ilişkilendirilerek sunulmuştur.

Görüşme dökümlerine ve görüşme konuları dayalı olarak oluşturulan beş kategori; hastaya ait demografik özellikler, hastanın hastalıkla yaşamaya yönelik görüşlerine ilişkin özellikler, doktor hasta ilişkisi, doktora ait özellikler ile tedaviye ait özellikler şeklinde bulgular bölümünde detaylandırılmıştır.

Çalışmada her bir hastanın dört farklı özellikten birine sahip olması dikkate alınarak $2^4=16$ katılımcıyla çalışılmıştır. Katılımcılar cinsiyetlerine göre iki gruba ayrılmıştır. Devamında 65 yaş üzerinde ya da altında olmalarına göre iki ayrı grup, kronik hastalık sayılarının bir ya da daha fazla olmasına göre iki ayrı grup, hastalık süresinin 3 yıl ve altında ya da 4 yıl ve üzerinde olmasına göre iki ayrı grup olacak biçimde sekiz ana grupta 16 katılımcının görüşleri karşılaştırılarak bunlardan iki ya da üç tanesinin görüşme dökümlerinden doğrudan alınan ifade örnekleri çalışmada sunulmuştur.

Araştırmada yer alan hastalarla yapılan görüşme kayıtları elektronik ortamda düzenlenmiştir. Görüşme dökümleri betimsel analiz ve içerik analizi teknikleriyle çözümlenmiştir. Bu amaçla Nvivo 12 nitel analiz programından destek alınmıştır. Katılımcıların görüşleri karşılaştırılırken her birine harf kodu verilmiş (A, B, C, D: 65 yaş üzeri, E, F, G, H: 65 yaş altı), katılımcının cinsiyetine göre kadın olanlar (1), erkek olanlar (2) alt koduyla kodlanmıştır (A1, A2, D1, D2, ... gibi).

Katılımcıların çalışmada ele alınan konulara ilişkin görüş belirtirken benzer eğilimlere sahip olup olmadıklarını incelemek amacıyla Pearson kelime korelasyon analizi yapılarak 16 katılımcının görüşleri arasındaki benzerlikler ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde kronik hastalığı olan katılımcılarla yapılan görüşmelerden elde edilen verilerin çözümlenmesiyle ulaşılan bulgulara ve yorumlanmasına yer verilmiştir.

Bulgular bölümü yedi başlık altında yapılandırılmıştır. Birinci başlıkta, katılımcıların görüşme dökümlerine dayalı olarak oluşturulan tema, kategori ve kodların genel görünümü, hasta görüşleri arasındaki genel benzerlikler, üretilen kavramlar ve katılımcıların taşıdıkları kronik hastalıklar gibi *çalışmanın genel çerçevesinin* sunulduğu betimsel bulgular sunulmuştur.

İkinci başlıkta hastaların, iyilik hali, hastalık hali, kronik hastalık, hastalığın yaşamına etkileri ve diğer konuların incelendiği *hastanın hastalığına bakışına* ilişkin görüşleri konusundaki bulgulara yer verilmiştir.

Üçüncü başlıkta, doktorların hastalarına yaklaşımı, güven iklimi oluşturma, tedavi sürecindeki detaylara karar verme gibi konuların işlendiği *karar verme sürecinde doktor ve hastanın rolüne* ilişkin bulgular incelenmiştir.

Dördüncü başlıkta, doktorlar arası işbirliği, izlem planları ve bilgilendirme gibi *tedavi hedeflerinin tanımlanması ve paylaşımı* konusundaki bulgulara yer verilmiştir.

Beşinci başlıkta, katılımcı hastaların *tedavi sürecinin başarısını* nasıl gördüklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

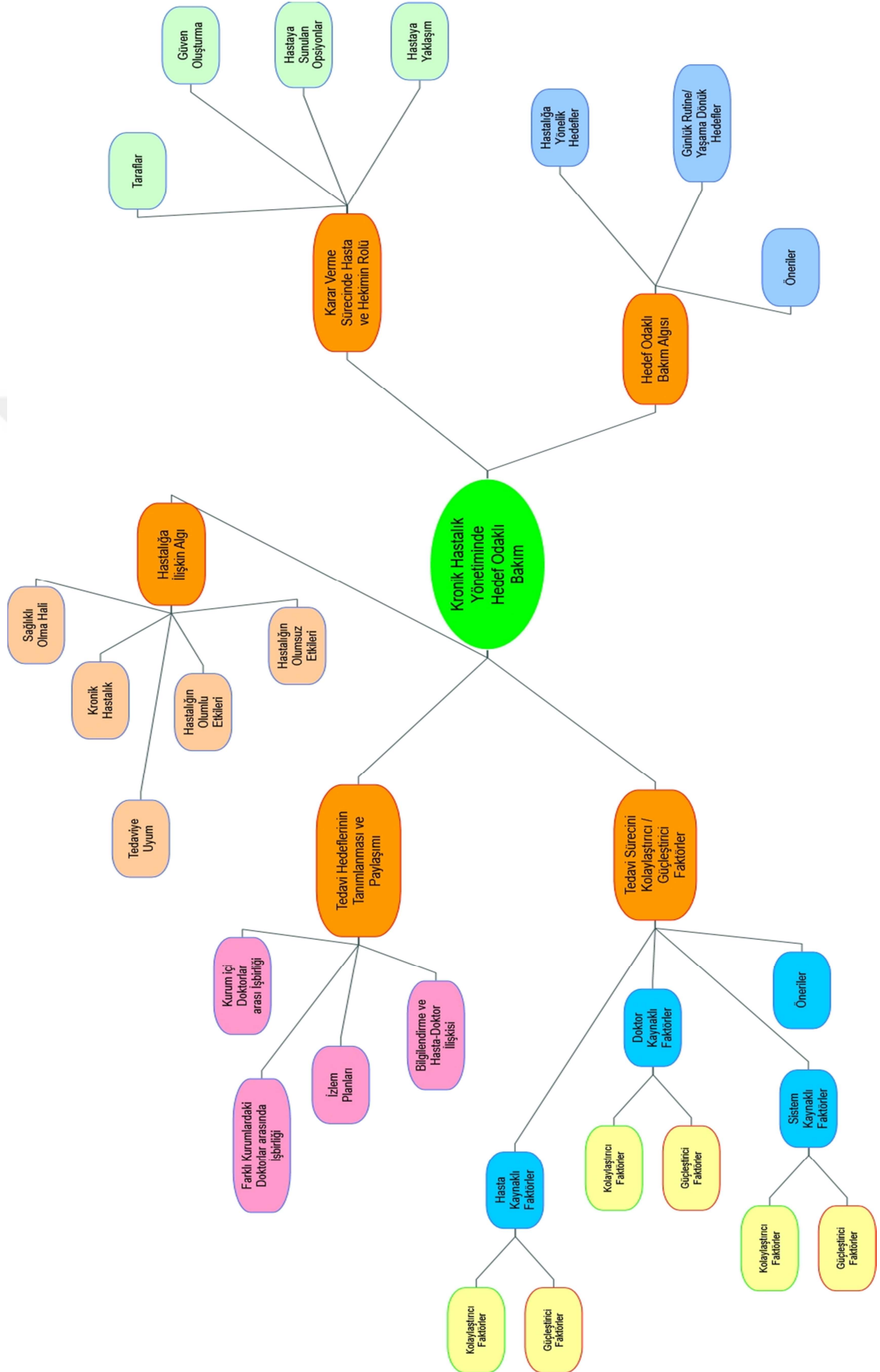
Altıncı başlıkta, katılımcıların bireyselleştirilmiş tedaviye yönelik önerilerinin, hastalığa ilişkin hedeflerinin ve günlük yaşama ilişkin hedeflerinin incelendiği *hedef odaklı bakım algısı* konusu incelenmiştir.

Yedinci başlıkta, kronik hastalık sahibi katılımcıların deneyimlerine dayalı olarak yaşadıkları *tedavi süreçlerinde hasta, doktor ve sistem kaynaklı kolaylaştırıcı ve güçleştirici faktörlerin* neler oldukları ile tedavi sürecine ilişkin önerilerine yer verilmiştir.

4.1. Katılımcı Görüşlerine İlişkin Betimsel Bulgular

Çalışmada Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı kronik hastalığı olan katılımcılarla yapılan görüşmelerden elde edilen veri üzerinde içerik analiziyle oluşturulan 6 kategori, katılımcıların ürettikleri kodlara dayalı olarak araştırmacı tarafından belirlenen temalarla ilişkilendirilmiştir. Katılımcıların çalışma bütününe ilişkin oluşturdukları kategori ve temalardan yararlanılarak Şekil 1'deki grafik oluşturulmuştur.

Şekil 1. Araştırmanın Tema ve Kategorileri



Şekil 1’deki grafik incelendiğinde kronik hastalık sahibi katılımcıların görüşmelerde dile getirdikleri görüşlerinin beş kategori etrafında kümелendiği ve kategorilerin de ana ve alt temalardan oluştukları görülmektedir. İlk kategori hastanın kendi hastalığına ilişkin algısını ortaya çıkarmaya dönük olup, bu kategoride katılımcı hastaların sağlıklı olma durumundan ne anladıkları, onlara göre kronik hastalık sahibi olmanın ve tedaviye uyum sağlamasının ne anlama geldiğini, sahip oldukları hastalıkların onların yaşamları üzerindeki olumlu ve olumsuz etkilerinin neler olduğuna yöneliktir. İkinci kategori tedaviye yönelik karar verme sürecinde doktorların ve hastaların ne düzeyde etkili oldukları, doktorların hastalarına yönelik güven oluşturuıcı davranışlarının neler olduğu, tedaviye karar verme noktasında hastaya sunulan seçeneklerin neler olduğu ve doktorların kronik hastalık sahiplerine karar verme sürecinde nasıl yaklaştıkları konularını incelemeye dönüktür.

Üçüncü kategoride tedavi hedeflerinin nasıl tanımlandığı, hastanın tedavisine ilişkin planlar oluşturulurken kurum içi ve kurum dışı farklı alanlardaki doktorlar arasında ne düzeyde işbirliği yapıldığı, izlem planlarına ve tedavi sürecinin detaylarına ilişkin hastaya ne düzeyde bilgi verildiği konularına yer verilmiştir. Dördüncü kategori hedef odaklı bakım sürecinde katılımcıların tedavi sürecine ilişkin hastalıklarına ve günlük yaşantılarına dönük beklentilerinin, hedeflerinin neler olduğunu ve bunlara dönük hangi önerileri getirdiklerini incelemeye yöneliktir. Beşinci kategori tedavi sürecini kolaylaştıran ve zorlaştıran faktörlerin belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu kategoride hasta, doktor ve sağlık sistemiyle ilişkilendirilebilecek faktörler ile bunlara ilişkin hastaların önerilerini incelemektedir.

Çalışma kapsamında veri üzerinde ön incelemeler yapılmıştır. İlk ön inceleme katılımcıların görüşleri arasındaki genel benzerlikleri ortaya çıkarmaya dönüktür. Verilerin analizi bölümünde detaylı açıklaması yapılan katılımcılara kod atama işleminin ($2^4=16$) ardından, katılımcıların görüşmeler sırasında kendilerine yöneltilen sorulara verdikleri yanıtlar incelenmiş, soruları yanıtlarken sıklıkla kullanmayı tercih ettikleri sözcüklere dayalı olarak, katılımcıların hastalıklarına, yaşamlarına, doktorlara, tedavi sürecine ilişkin verilen kararlarda, tedavi hedeflerinin

tanımlanmasına, tedavi sürecinin başarısına, hedef odaklı bakım ile tedavi sürecini kolaylaştıran ya da güçlendiren faktörlere ve çalışmada ele alınan diğer konulara ilişkin görüş belirtirken benzer eğilimlere sahip olup olmadıklarını incelemek amacıyla yapılan Pearson kelime korelasyon analizinde ulaşılan bulgulardan yararlanılarak Şekil 2'deki grafik oluşturulmuştur:



Şekil 2. Katılımcıların Görüşleri Arasındaki Benzerlikler

Şekil 2'ye dayalı olarak, kronik hastalık sahibi katılımcıların çalışma bütününde kendilerine yöneltilen sorulara ilişkin görüşleri arasında cinsiyetlerine, yaşlarına, hastalık sayılarına ve kaç yıldır bu hastalıklarla mücadele ettiklerine göre benzerliklerin görüldüğü söylenebilir. Grafikte ilgili hazırlanan karşılaştırma tablosu incelendiğinde araştırma konusu ile ilgili katılımcıların görüşleri arasında yüksek düzeyli ($r > .70$) benzerlikler olabileceği gözlemlenmiştir.

Şekil incelendiğinde cinsiyetlerine ve yaşlarına göre, A1 ve C1 kodlu 65 yaş üzeri kadın katılımcıların görüşleri arasında güçlü benzerlikler görülmektedir ($r = .88$).

Benzer şekilde G2 kodlu 65 yaş altı erkek katılımcı ile E2 kodlu 65 yaş altı erkek katılımcı arasında da yüksek düzeyli bir ($r=.89$) görüş benzerliği ortaya çıkmıştır.

Hastalık sayılarına ve kaç yıldır göre hastalıkla mücadele ettiklerine göre şekil incelendiğinde, H1 ve D1 kodlu çok hastalık sahibi ve bu hastalığıyla 4 yıldan fazla süredir mücadele eden katılımcılar arasında da görüş benzerliği belirlenmiştir ($r=.82$). Benzer şekilde F2 ve B1 kodlu tek hastalık sahibi olan ve 4 yıl ve üzeri süredir bu hastalığı taşıyan katılımcılar arasında da yüksek düzeyli görüş benzerliğine ulaşılmıştır ($r=.87$). Yanı sıra katılımcıların en görüşme dökümleri bir bütün olarak incelendiğinde katılımcıların kimi kavramlarla ilgili görüş yoğunluğunun diğer kavramlara göre daha fazla olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların görüş belirttikleri kavramların kodlamalar arasındaki payları sıklık olarak Tablo 4.1’de verilmiştir:

Tablo 4.1. Çalışmada Sıklıkla Vurgulanan Kavramlar

<i>Kavram</i>	<i>Ençok değinen katılımcılar</i>	<i>Görüş Sayısı (f)</i>
İlaç kullanımı	C1, Kadın, 65+, Çok Hastalık, 3 yıl ve altı	18
	E2, Erkek, 65 altı, Tek Hastalık, 3 yıl ve altı	8
Hedef Bakım	G2, Erkek, 65 altı, Çok Hastalık, 3 yıl ve altı	16
	D2, Erkek, 65+, Çok Hastalık, 4 yıl ve üzeri	13
	G1, Kadın, 65 altı, Çok Hastalık, 3 yıl ve altı	13
	F1, Kadın, 65 altı, Tek Hastalık, 4 yıl ve üzeri	10
Karar Verme Süreci	C1, Kadın, 65+, Çok Hastalık, 3 yıl ve altı	19
	H1, Kadın, 65 altı, Çok Hastalık, 4 yıl ve üzeri	9
	G1, Kadın, 65 altı, Çok Hastalık, 3 yıl ve altı	9
Kontrollerin Yapılması	D2, Erkek, 65+, Çok Hastalık, 4 yıl ve üzeri	12
	F2, Erkek, 65 altı, Tek Hastalık, 4 yıl ve üzeri	7
Sistemin işler olması	E2, Erkek, 65 altı, Tek Hastalık, 3 yıl ve altı	6
	H2, Erkek, 65 altı, Çok Hastalık, 4 yıl ve üzeri	5
	F1, Kadın, 65 altı, Tek Hastalık, 4 yıl ve üzeri	4
Ameliyatın Gerekliliği	C1, Kadın, 65+, Çok Hastalık, 3 yıl ve altı	26
Uygun tedavinin yapılması	C1, Kadın, 65+, Çok Hastalık, 3 yıl ve altı	6
	F1, Kadın, 65 altı, Tek Hastalık, 4 yıl ve üzeri	5
	H1, Kadın, 65 altı, Çok Hastalık, 4 yıl ve üzeri	4
	F2, Erkek, 65 altı, Tek Hastalık, 4 yıl ve üzeri	4
İzlem	F1, Kadın, 65 altı, Tek Hastalık, 4 yıl ve üzeri	10
	G2, Erkek, 65 altı, Çok Hastalık, 3 yıl ve altı	7
	A1, Kadın, 65+, Tek Hastalık, 3 yıl ve altı	6
	E2, Erkek, 65 altı, Tek Hastalık, 3 yıl ve altı	6

Tablo 4.1. (Devamı)

<i>Kavram</i>	<i>Ençok değinen katılımcılar</i>	<i>Görüş Sayısı (f)</i>
Kronik Tansiyon	D1, Kadın, 65+, Çok Hastalık, 4 yıl ve üzeri	15
Takip sürecinin niteliği	F2, Erkek, 65 altı, Tek Hastalık, 4 yıl ve üzeri	28
	H2, Erkek, 65 altı, Çok Hastalık, 4 yıl ve üzeri	20
	E1, Kadın, 65 altı, Tek Hastalık, 3 yıl ve altı	14
	D2, Erkek, 65+, Çok Hastalık, 4 yıl ve üzeri	12
Yürüyüş egzersizleri	E1, Kadın, 65 altı, Tek Hastalık, 3 yıl ve altı	4
	F2, Erkek, 65 altı, Tek Hastalık, 4 yıl ve üzeri	4
	H2, Erkek, 65 altı, Çok Hastalık, 4 yıl ve üzeri	4
Tedavi süreçlerinde zamanın etkili kullanılması	H1, Kadın, 65 altı, Çok Hastalık, 4 yıl ve üzeri	34
	D2, Erkek, 65+, Çok Hastalık, 4 yıl ve üzeri	33
	B2, Erkek, 65+, Tek Hastalık, 4 yıl ve üzeri	31
	B1, Kadın, 65+, Tek Hastalık, 4 yıl ve üzeri	29
	G1, Kadın, 65 altı, Çok Hastalık, 3 yıl ve altı	27
	H2, Erkek, 65 altı, Çok Hastalık, 4 yıl ve üzeri	24
	E2, Erkek, 65 altı, Tek Hastalık, 3 yıl ve altı	21
Şeker hastalığı	G2, Erkek, 65 altı, Çok Hastalık, 3 yıl ve altı	13
	G1, Kadın, 65 altı, Çok Hastalık, 3 yıl ve altı	10
Sağlık personeliyle etkili iletişim kurabilme	D2, Erkek, 65+, Çok Hastalık, 4 yıl ve üzeri	7
	C1, Kadın, 65+, Çok Hastalık, 3 yıl ve altı	5
	G2, Erkek, 65 altı, Çok Hastalık, 3 yıl ve altı	4
	B2, Erkek, 65+, Tek Hastalık, 4 yıl ve üzeri	4

Tablo 4.1 incelendiğinde kronik hastalık sahibi katılımcılar arasında, ilaç kullanımı konusuna en çok görüş bildiren katılımcıların farklı cinsiyet, yaş ve hastalık sayısına sahip oldukları görülmektedir. Diğer kavramlara ilişkin görüş yoğunlukları incelendiğinde, hedef bakım konusunda cinsiyeti erkek olan ve ikiden fazla hastalığa sahip olanların, karar verme süreci konusunda ikiden fazla hastalığı bulunan kadın katılımcıların, kontrollerin yapılması konusunda dört yıl ve üzeri hastalık yaşayan erkek katılımcıların, sağlık sisteminin işler olması konusunda 65 yaş altı katılımcıların, ameliyatın gerekliliği konusunda C1 kodlu, 65 yaş üzeri kadın katılımcının, uygun tedavinin yapılması konusunda 4 yıldan fazla süredir hastalıkla mücadele eden 65 yaş altı kadın ve erkek katılımcıların, izlem konusunda 65 yaş altı kadın ve erkek katılımcıların, kronik tansiyon konusunda D1 kodlu 65 yaş üzeri kadın katılımcının, takip sürecinin niteliği konusunda 65 yaş altı erkek katılımcıların, yürüyüş egzersizleri konusunda 65 yaş altı kadın ve erkek katılımcıların, tedavi süreçlerinde zamanın etkili kullanılması konusunda ikiden fazla hastalığıyla dört yıl ve üzeri süredir mücadele eden kadın ve erkek katılımcıların, şeker hastalığı konusunda 65 yaş altı erkek ve kadın

katılımcıların daha fazla görüş belirttikleri söylenebilir. Diğer taraftan, sağlık personeliyle etkili iletişim kurabilme konusunda ise katılımcılar arasında belirgin farklar gözlenmemiş, farklı yaş, hastalık sayısı ve hastalık süresine sahip katılımcıların benzer yoğunluklarda görüş ifade ettikleri söylenebilir.

Çalışmaya katılan kronik hastalık sahibi katılımcıların kişisel özellikleri incelendiğinde, sahip oldukları hastalıkların benzerlikler göstermekle birlikte, seyri, şiddeti, süresi bağlamında farklılaştığı görülmektedir. Hastaların sahip oldukları kronik hastalıklar arasında *hipertansiyon, alerjik astım, bel fıtığı, diyabetes mellitus, koroner arter hastalığı* gibi çalışmaya dahil edilme kriterlerinde bulunan hastalıklar ve bunlara ek olarak *kalp yetmezliği, kronik böbrek yetmezliği, osteoporoz, psöriazis, hipotiroidi, hiperlipidemi* gibi hastalıklar da sayılabilir.

Kronik hastalık sahiplerinin beyanları incelendiğinde hastalıklarına bağlı olarak çeşitli tedaviler gördükleri, zaman içerisinde tedavinin seyrine bağlı olarak ilaçlarını değiştirdikleri, farklı görüntüleme yöntemleri ile takip edildikleri görülmektedir. Hastalara uygulanan tedavi yöntem ve teknikleri arasında özellikle kalp rahatsızlıklarında *koroner anjiyografi uygulaması*, kronik bel ağrılarında *fizik tedavi uygulamaları*, sorunların kaynağını incelemek için de *sintigrafi, MRI, Mammografi* gibi görüntüleme tekniklerinin uygulandığı gözlenmiştir.

4.2.Hastanın Hastalığına Bakışı Konusundaki Bulgular

Birinci Araştırma Sorusu: Katılımcıların kronik hastalığa ve hasta olma kavramına ilişkin görüşleri ile sahip oldukları hastalıkların yaşamlarını etkileme düzeyi konusundaki görüşleri nedir?

Bu soruya yanıt bulmak amacıyla, çalışmada katılımcıların sahip oldukları kronik hastalığa/hastalıklara ilişkin görüşleri ile onlara göre bu hastalıkların yaşamları üzerinde ne gibi etkiler yaptığı konusu incelenmiştir. Bu amaçla katılımcılara görüşme formunda yer alan ilk altı soru yöneltmiştir. Görüşme dökümleri incelendiğinde

katılımcıların *sağlıklı olma hali, kronik hastalık, tedaviye uyum, hastalığın olumlu etkileri, hastalığın olumsuz etkileri* temalarını oluşturdukları gözlenmiştir.

Görüşme kayıtları üzerinde yapılan içerik analizi sonucunda katılımcıların birinci araştırma sorusu ile ilgili oluşturdukları kodların Tablo 4.2’de yer alan temalarla ilişkilendirildiği gözlenmiştir:

Tablo 4.2. Katılımcıların Hastalıkları Konusunda Oluşturdukları Kodların Sıklık Durumu

<i>Tema</i>	<i>Kod</i>
• Sağlıklı olma hali	• Kendini idare edebilme • Kendini iyi hissetme • Herhangi bir rahatsızlığının olmaması • Bedenen ve ruhen iyi olma • Rahat yürüyebilme
• Kronik hastalık	• İyileşmeyen (geçmek bilmeyen) hastalık • Kalıcı hastalık • Yaşam boyu ilaç kullanma • Tekrar eden hastalık • Uzun takip gerektiren • İlaçla kontrol altına alınabilen, ilaca bağımlı • Temkinli olunması gereken durum
• Tedaviye uyum	• Hastanın verilen tedaviye uyması • Hasta doktor ilişkisinin iyi olması • Doktorların önerilerine uyma • Hastanın tedaviye yanıt vermesi • Kendine olan inancın güçlü olması • İlaçlarını zamanında alma • Hastanın gayret göstermesi • Doktorla hastalık hakkında detaylı paylaşımda bulunma • Kendi kendini takip etme (özkontrol)
• Hastalığın Olumlu etkileri	• Düzenli yaşam • Yaşamın kıymetini bilme • Dengeli beslenme alışkanlıkları

• Hastalığın olumsuz etkileri	• İş yerinde mobbinge uğrama • Günlük yaşamın stresli geçmesi • Yaşam kalitesinin düşmesi • Yaşamın kısıtlanması • Beslenme rejimini olumsuz etkilemesi • Baş ve vücut ağrıları • Alışılmış aktivitelerin yapılamaması • Ruhsal dengenin etkilenmesi
---	---

Tablo 4.2 incelendiğinde kronik hastalık sahibi katılımcılardan bazıları sağlıklı olma konusunda H1 kodlu kadın katılımcı diğer katılımcıların görüşlerini örnekler biçimde, *“Bence istediği hareketleri yapabilen, istediğini yiyebilen, sabah kalktığı zaman kendini iyi hisseden, uykusunu almış kişiye sağlıklı kişi diyebiliriz.”* derken, A1 kodlu kadın katılımcı *“Kendi kendini idare edebilen, her şeyi yapabilen bir insan, kendini iyi hisseden bence sağlıklıdır.”*, B2 kodlu katılımcı da *“sağlık hali; güzel nefes alabilmek, güzel aktivite yapabilmek, hayatın tadını olabildiğince çıkarmaktır.”* diyerek görüşünü ifade etmiştir.

Kronik hastalık tanımıyla ilgili olarak D2 kodlu erkek katılımcı *“Uzun tedavi ile iyileşememiş hastalıkların kronikleşmesi, kalıcı hale gelmesi.”*, F1 kodlu kadın katılımcı da *“uzun yıllar devam eden, kesin bir şekilde iyileşmeyen, ilaçlarla kontrol altına alınabilen hastalık diye düşünüyorum. Dolayısıyla uzun takip gerektiren, uzun tedavi süreci olan bir süreç.”* şeklinde görüş bildirmişlerdir. H1 kodlu kadın katılımcı da tüm hastaların görüşlerini özetler biçimde şunları dile getirmektedir: *“İşte yıllardır süre gelen bir hastalığı varsa bir insanın ilaca bağımlıysa, onsuza yaşayamıyorsa, almadan değerleri bozuluyorsa yani tansiyonu yükseliyorsa, kan şekeri bilmem nesi bozuluyorsa kronik hastadır.”*

Tedaviye uyum konusunda katılımcıların farklı anlamlar ürettikleri söylenebilir. Kimi katılımcılara uyum, doktorun söylediklerini hastaların aynen uygulamasını anlarken, kimileri de hastanın tedaviye yanıt vermesi olarak algılanmaktadır.

Katılımcıların bu konudaki görüşlerine örnek olarak; H2 kodlu erkek katılımcı *“Var olan rahatsızlıkları doktora anlatmak, doktorla beraber bir tedavi süreci sağlamak. O tedavi olumlu olarak yanıt veriyorsa orda hastalığın tanımı konulmuş oluyor. O şekilde devam eder.”*, F1 kodlu kadın katılımcı da *“Hastanın tedaviye uyumu dediğinizde; ilaçlarını düzenli kullanan, kontrollerine düzenli giden bir hasta profili canlanıyor.”* biçiminde görüş bildirmiştir.

Yanı sıra tedaviye uyum konusunda, hastaların aktif olmasını öneren katılımcılar da bulunmaktadır. Örnek olarak, B1 kodlu kadın katılımcı *“Verilen tedavi süreçlerinde iyileşme şekline baktığım zaman yani iyileşme ne kadar ne derece doğru ilerliyor onu değerlendirebilirim.”*, F2 kodlu erkek katılımcı *“Hastanın tedaviye uyumu yani tedaviyi kabul etmiş olmalı. Tedavi için gerekli şartları yerine getirmeli bunları aksatmamalı. Bunun yani periyodik olarak doktor kontrolüne gitmeli ve kendisi de kendi kendini takip etmeli.”* şeklinde görüşlerini ifade etmişlerdir.

Katılımcılara göre sahip oldukları kronik hastalıklar *düzenli yaşam sunma, yaşamın kıymetini bilmeyi sağlama ve dengeli beslenme alışkanlıkları kazandırmak* gibi olumlu etkiler yapmışken hastalıkların katılımcıların yaşamları üzerinde bir hayli olumsuz etkisinden de söz etmek mümkündür.

E2 kodlu erkek katılımcıya göre hastalık günlük yaşamında şöyle olumsuz etkiler yapmıştır: *“... şimdi örneğin, ben her sene kayağa giderdim. Efor sarf ederdim. En son bu damar tıkanıklığından sonra doktorum anjiyo yapan ve beni takip eden hocam bu dağ sporlarını bırakman lazım. Hem soğuk hem rakım gibi şeyler kalp hastalarına iyi gelmeyeceğini söyleyerek şimdi durdurdum.”*.

Günlük yaşantının hastalıktan etkilenmesi konusunda G2 kodlu erkek katılımcı şu örnekleri vermektedir: *“Yani yediğime dikkat etmem gerekiyor aslında en basit. Yani işte tuz zararlı, şeker, meyvelerde porsiyon ve meyve tipinin seçilmesinde, bunlara dikkat etmek gerekiyor. Birazcık uyku durumuna, yemek saatlerine; birazcık da aslında düzenli olmayı gerektiriyor ama hoş benim yaşımdaykiler için herkese tavsiye edilen şeyler bunlar. Ve bir de tabii, dışarıda bu iğnelerin falan kullanılması, onlar biraz daha farklı bir şey, unutmamamız gerekiyor yani.”*.

H1 kodlu kadın katılımcı da yaşamının rahatsızlıkları nedeniyle neredeyse çekilemez hale geldiğini şöyle ifade etmektedir: *“Öncelikle tansiyonum çok yükseliyor. Tedavi sürecinde görüntü bozukluğu oluyor. İşte kortizon aldığım için, kafa büyüyor, vücutta ödemlerim çok çoğalıyor, hareketlerim kaslarım gidiyor. Hareketlerim yavaşlıyor. Sinirlerim bozuluyor. Olumsuz etkileri çok.”*

Yanı sıra katılımcıların hastalıklarından en fazla etkilendikleri konular arasında psikolojik yıpranmayı da göstermek mümkündür: *“Bir de tabii her gün ilaç kullanmak, iyi kötü yediklerine dikkat etmek zorunluluğu psikolojik olarak da etkiliyor. Yani bu yaşta ilaca başladım düzenli olarak kullanmak rahatsız ediyor.”*. Bu konuda A2 kodlu katılımcının görüşleri de örnek gösterilebilir: *“Hastayla doktor ilişkisi çok önemli bir kere. Psikolojik olarak etkilenme çok önemli. Hastalığının iyileşeceğine ya da güzel bir yaşam o hastalıkla beraber olsa da güzel bir yaşam süreceğine inanmak önemli. İnanç; her şeyi yenebileceğine inanıyorum.”*

4.3.Karar Verme Sürecinde Doktor ve Hastanın Rolü Konusundaki Bulgular

İkinci Araştırma Sorusu: Katılımcıların tedaviye karar verme sürecinde hasta ve hekim rolleri konusundaki görüşleri nedir?

Bu soruya yanıt bulmak amacıyla, çalışmaya katılan hastaların kronik hastalıklarının tedavisine yönelik karar verme sürecinde hastanın sürece dahil olup olmadığı, tedaviyle ilgili kararları kimin aldığı konularına yönelik sorular yöneltilmiştir. Kronik hastalık sahibi katılımcıların bu konudaki görüşleri incelendiğinde *tarafklar, güven oluşturma, hastaya sunulan opsiyonlar, hastaya yaklaşım* temalarını oluşturdukları gözlenmiştir. Sayılan temalarla ilişkilendirilen kodların sıklık durumu Tablo 4.3'te, konuyla ilgili hasta görüşlerine tablonun devamında yer verilmiştir:

Tablo 4.3. Katılımcıların Karar Verme Sürecinde Hasta ve Hekimin Rolü Konusunda Oluşturdıkları Kodların Sıklık Durumu

<i>Tema</i>	<i>Kod</i>
•Taraflar	•Hastanın görüşü alınmıyor •Doktorun karar vermesi hastaya konfor sağlıyor •Tedavide kararları doktorların vermesi daha uygun (teknik bilgileri olduğu için) •%50 doktor - %50 hasta ortak karar alınmalı •Başta hasta, kendisi hakkında bilgiler toplayıp tedavi sürecini başlatıp yönlendirmeli (otonomi) •Tedaviyi doktorun başlatıp hastanın sonraki süreci yönlendirmesi
• Güven Oluşturma	•Doktora güven şart •Doktorun özgüveni güçlü olmalı •Doktor hem yönlendirmeli hem tedavi etmeli •Doktorun önerileri uygulanabilir (akla yatkın) değilse hasta uymuyor •Stres azaltıcı faktörlerin devreye sokulması •Hastaya karar verirken ikilem yaşatmama, kararlı olma
• Hastaya sunulan opsiyonlar	•Hastaya opsiyon (alternatif seçimler) sunulma(ma)sı •Doktorun tedavi önermesi hastanın buna uyması •Doktorun tedavi önermesi hastanın tercih yapması •Hastanın şikayetini söylemesi doktorun ilaç yazması •Hastaya önerilen tedavinin hastanın koşullarına (gelir, emeklilik, eğitim durumu, gibi) uyumlu olma(ma)sı
• Hastaya yaklaşım	•Hastaların önerilerinin dikkate alınması •Hastanın ve ailesinin tıbbi öyküsünün incelenmesi •Doktorun hastayı başından atmaya çalışmaması •Doktorun kendi düşüncelerini hastaya empoze etmesi •Doktorun hastaya ilgisiz / ilgili davranması •Hastalığıyla ilgili detaylı bilgilerin verilmesi •Teknolojik yeniliklerin tedavi kararlarında dikkate alınması •İlaçlar konusunda bilgilerin verilmesi (yan etkiler, ilaç değişimi gibi)

Tablo 4.3'e göre tedavi sürecinde karar verme konusunda temelde iki taraf bulunmaktadır: Doktor ve hasta. Karar verme süreciyle ilgili hasta görüşleri incelendiğinde katılımcı kronik hastalık sahiplerinin genel olarak tedavi süreciyle ilgili kararların doktorlar tarafından verilmesini, sorumluluğu onların üstlenmesini istedikleri izlenim edinilmiştir. Örnek olarak C1 kodlu kadın katılımcı *“İkisinde de doktora bıraktım ve sonuç çok iyi ama güvendiğin doktorlara. Aslında bir yerde de doktoruna bağlı.”*, A1 kodlu kadın katılımcı da *“Gene onu doktoruma bırakırım. Yani hangisine o karar vermesi gerekiyor. Ben değilim. Yani etken maddelerini falan hep kendisi bilecek onun.”* diye görüş bildirmiştir.

Hastalara göre, karar verme sürecinde çoğu kez doktorların kendi kararlarını hastalara dayatma durumları görülmektedir. Bu durum hastalar üzerinde olumsuz etki yapsa da tıbbi bilgi eksikliği nedeniyle çok tepki vermeme eğilimindedirler. Örnek olarak, F2 kodlu erkek katılımcının bu konudaki düşüncesi şöyledir: *“... Ya benim görüşümden çok onlar kendi görüşlerini bana empoze ettiler. İşte kendi doğrularını bana anlattılar. E mantıklı geliyorsa onlarınkini yaptık. Zaten genelde onlarınkini kabul ettik.”*, *“...Kişisel tercihlerimin çok etkili olduğunu düşünmüyorum çünkü ben bu konunun uzmanı değilim. Neticede gittiğim doktor doğru veya yanlış dediklerini ben doğru kabul etmek zorunda kalıyorum. Ya da araştırmam gerekiyor. Başka doktorlara gidip bunu test etmem onlar da sorgulamam gerekiyor. Yani genellikle doktor benim tercihim kabul etmeyip kendi yönteminin uygun olduğunu söylerse onu kabul ediyorum.”*

Diğer taraftan karar verme dinamiğinin doktordan doktora göre değiştiği gözlenmektedir. Bazı doktorlar hastalarına opsiyonlar sunarken, bazılarının ise bundan uzak durdukları izlenimi edinilmiştir. Benzer şekilde kimi doktorlar hastaların görüş ve önerilerini dikkatlice dinleyip notlar alırken, kimileri de hastaya bu konuyla ilgili olarak söz hakkı bile vermemektedir.

Örnek olarak A1 kodlu kadın katılımcı kendisine karar verme sürecinde fikrinin sorulmadığını söylerken, D1 kodlu kadın katılımcı da karar aşamasında soru sormak bir tarafa hastalıklarının ne durumda olduğunu dahi bilemediklerini şöyle ifade etmiştir: “... Hayır hastalığımızın ne durumda olduğunu da bilmiyoruz ki zaten. O anlatılmıyor ki bize. İlacını verdim kullanacaksın, düzeleceksin.”, “... Yani doktorların hasta ile ilgilenmesini isteriz. Hastalar doktorlardan çekinmesin. Kendini rahatça anlatabilsin isteriz ya da önerilerimiz olduğunda hani önerilerimiz dinlense. Sen misin doktor ben miyim denmese. Çünkü o tip şeyler de olabiliyor.”

Karar verme süreciyle ilgili olarak C1 kodlu kadın katılımcı, doktorla aralarında bir uyum olduğunu, doktorun kendisine yapılacak bir ameliyat ile ilgili nasıl karar vereceğine ilişkin danıştığını şöyle ifade etmiştir: “... Ne istiyorsun diyor, ben ameliyat olmak istiyorum diyorum. Yok daha olma diyor. Mesela ayakkabını giymeyeceksin, çorabını giymeyeceksin diyor. Onun için biraz daha geç yapalım yapacaksak bu ameliyatı diyor. Orada da bana bırakıyor. Hem kendi karar veriyor hem bana bırakıyor. İkimiz karar verdik en son. Şimdi ben kendimi kontrol ediyorum, ne durumdayım, yürüyüş yapabiliyor muyum ona bakıyorum.”

4.4. Tedavi Hedeflerinin Tanımlanması ve Paylaşımı Konusundaki Bulgular

Üçüncü Araştırma Sorusu: Katılımcıların tedavi hedeflerinin tanımlanması ve paylaşımı (tedavi sürecinde hedef belirlenmesi, hedefin hastayla paylaşımı, hedeflerin kim tarafından belirlendiği, hastaların kendi hedeflerini doktorlarıyla paylaşımı, doktorların ve hastaların tedavi süreci konusunda görüşleri arasındaki benzerlik ve farklılıklar) konusundaki görüşleri nedir?

Tedavi hedeflerinin tanımlanması konusunda, kronik hastalık sahibi katılımcıların tedavi sürecinde hedeflerin belirlenmesinde kimlerin (doktor, hasta ya da başkası) aktif rol oynadığı, tedavi sürecinin planlanması ve gidişatı konusunda hastanın bilgilendirilip bilgilendirilmediği, hastaların tedavi süreciyle ilgili kendi hedefleri konusunda doktorları bilgilendirip bilgilendirmedikleri, tedavi süreciyle ilgili olarak doktor ve hasta arasında hangi konularda görüş farkı ya da görüş benzerliği bulunduğunu belirlemeye dönük sorular yöneltilmiştir. Katılımcılara ait görüşme

dökümleri incelendiğinde *kurum içi doktorlar arası işbirliği, farklı kurumlardaki doktorlar arasındaki işbirliği, izlem planları, bilgilendirme ve hasta-doktor ilişkisi* temalarını oluşturdukları gözlenmiştir. Tedavi hedeflerinin tanımlanması ve paylaşımı konusunda ilgili olarak oluşturulan kodlara Tablo 4.4'te, konuyla ilgili hasta görüşlerine tablonun devamında yer verilmiştir:

Tablo 4.4. Katılımcıların Tedavi Süreçlerinin Tanımlanması ve Paylaşımı Konusunda Oluşturdukları Kodların Sıklık Durumu

<i>Tema</i>	<i>Kod</i>
• Kurum İçi Doktorlar Arası İş birliği	• Farklı branşlardaki doktorlar arası iş birliğinin güçlü olması (sevk/konsültasyon) • Farklı branşlardaki doktorlar arasında iş birliği olmaması • Aynı branştaki doktorlar arasında tedaviye yönelik farklı anlayışlar, farklı yaklaşımlar görülmesi
• Farklı Kurumlardaki Doktorlar Arasındaki İş birliği,	• Farklı hastanelerdeki doktorlar arası iş birliğini sağlayacak sistemin olmaması • Hastanelerin hasta kayıtlarının başka kurumlara kapalı olması • Doktorların başka kurum kayıtları için çaba göstermemesi (!)
• İzlem Planları,	• İzlem planlarının yüzeysel yapılması • İzlem planlarının detaylı hazırlanması • İzlem planlarının kısa süreli yapılması • Mevsimsel geçişler için bireysel izlem planlarının oluşturulmaması • Doktorların standart planları takip etmemeleri (!)
• Bilgilendirme ve Hasta-Doktor İlişkisi	• Tedavi süreçleri konusunda hastaların bilgilendirilmesi • Tedavi süreci ve seyri konusunda detay verilmemesi • Hastaya tedavi süreçleri ile ilgili seçenek sunulmaması • Hastanın görüşlerini doktora söylememesi • Hastanın kendi inisiyatifiyle farklı yerlerde eş zamanlı tedavi olması • Hastanın tedavi sürecinde farklı doktorları bir araya getirme çabası • Doktorun hastalık öyküsünü / geçmişini incelememesi

Kronik hastalıklar, genellikle başka hastalıklarla birlikte seyrederler. O nedenle bu tip hastalıklara yönelik uygulanacak tedavilerde farklı branşlardaki doktorlar arası sevk/konsültasyon işlemlerinin sağlıklı bir biçimde yürütülmesi ve hasta takibinin düzenli olarak yapılması önemlidir. Tedavi planlarının hazırlanmasında ve hastalarla detaylarının paylaşılmasında doktorların gösterecekleri iş birliği yaklaşımları tedavi sürecinin seyrini olumlu etkileyecektir.

Tablo 4.4'teki bulgular incelendiğinde tedavi planlarının hazırlanması ve paylaşımı konusunda katılımcıların en fazla kurum-içi doktorlar arası iş birliğinin gündeme geldiğini, aynı kurumda farklı branşlarda çalışan doktorların genellikle konsültasyon yapılırken birbirleriyle görüş alışverişinde bulundukları, mümkün olduğunca hastayı takip ettikleri konusunda olumlu görüşler olmakla birlikte çoğunlukla olumsuz görüş bildirdikleri görülmektedir.

Örnek olarak H2 kodlu erkek katılımcı *“Aynı hastanedekiler sistemden hangi ilaçları kullandığıma dozlarına falan bakıyor. Ama birbirleri ile iletişime geçtiklerini düşünmüyorum.”* şeklinde gözlemini dile getirmiştir. C1 kodlu kadın katılımcı da bu konudaki yakınmasını Türkiye'deki sağlık sisteminin yapısıyla ilişkilendirmekte, Türkiye'de doktorlar arasında iletişim ve iş birliğinin yeterli düzeyde olmadığını şu şekilde dile getirmektedir: *“...yani o kadar çok doktora gittim sonuç yok. O onu dedi, bu bunu dedi, şu şunu dedi.”*, *“Yani birbirleriyle bir koordine olmuyor, doktorlar. Bana öyle geliyor. Yani mesela ben bir doktor olsam, bana biri gelse bir iki kişiye gitmiş, o öyle demiş, bu böyle demiş. Açarım derim ki böyle böyle ben bunu görmüyorum. Siz neye istinaden bunu gördünüz? Acaba ben mi yanlış görüyorum diye.”*

Katılımcılar bir şekilde aynı kurumdaki doktorlar arasında sevk ve yönlendirme işlemleri konusunda iş birliği olsa da kurum değiştiğinde doktorların birbirleriyle iletişime dahi geçmekte zorlandıklarını, bu konuda pek istekli olmadıkları görüşündedir. Bu konuda katılımcılar *“farklı hastanelerdeki doktorlar arası işbirliğini sağlayacak sistemin olmaması, hastanelerin hasta kayıtlarının başka kurumlara kapalı olması ve doktorların başka kurum kayıtları için çaba göstermemesi”* kodlarını oluşturmuşlardır.

Doktorlar arası iş birliği olmamasının neden olduğu sonuçlardan biri de tedavi sürecinin hastanın karar vermesidir. G1 kodlu kadın katılımcıya göre doktorlar arasında iş birliğinin bulunmaması, her doktorun kendi branşını öne çıkarıp ona göre öneriler getirmesi süreci karmaşık hale getirmektedir: *“Bir iş birliği değil. Onlar her branşta kendi birimi ile ilgili olanı anlatıyor, nasıl olması gerektiğini izah ediyor. Burada bir uyumsuzluk olursa bunlarda da ben diyorum ki diğer branştaki doktor böyle söylemişti ona göre hangisi olması gerektiğine yine kendim karar veriyorum diyebilirim. Çünkü o diyor ki hayır böyle olacak diğeri de hayır böyle olacak dediğinde ben de kendim seçiyorum tercihlerden bir tanesini.”*

H1 kodlu kadın katılımcı konuyu bütüncül olarak şöyle ele almaktadır: *“İş birliği olduğunu düşünmüyorum nefroloji doktoru zaten o kadar az ki bir tane var doktorum benim. Onunla iletişimim var ama hastanelerde işte devlet hastanesindeki beni takip eden sekiz on yıldır bakan bir doktor emekli oluyor özele geçiyor ben tekrar o hastanede kaldığım zaman yeni gelen bir doktora her yeni baştan kendimi anlatıyorum, tanıtıyorum. Üç kere öyle bir devir oldu.”*, *“... hiçbir doktor senin adına bir şey yapmıyor sen kendi tercihlerinle araştırıyorsun, şu şehirde şu doktor iyi diyorlar gidiyorsun bir de bakalım bu tedavi gerçekten gerekli mi? Bir de onun fikrini alayım diye bu süreçleri yaşadım.”*

Hastalara göre doktorlar bir şekilde farklı hastanelerdeki doktorlara yönlendirme yapsalar bile takibini yapmadıkları için, bu işlemin olumlu geri dönüşlerini görmek zorlaşıyor. 65 yaşından büyük katılımcı (D2) *“Hastane içerisinde belki olabilir ama hasta dışındakilerde bu iletişim yok. Sadece yönlendiriliyoruz*

gidiyoruz oraya. Oradaki bakıyor, o ayrı bir işlem yapıyor. Ama daha önceki geldiğimiz hastanedeki yönlendirmeye yeni muayene eden doktorun hiçbir bağlantısı yok, kopukluk var. Tabi ki iletişim doktor kopukluğu var. Bizi alıp artık başından mı savıyor beni ne yapıyor öteki doktora mı yönlendiriyor. Öyle de olabilir bu yani.” diyerek doktorlara karşı kuşkularını dile getirmektedir. Doktorun kendisine sorduğu “... o sizi yönlendiriyor ama bu yönlendirmenin sonucunda ne olduğunu o da bilmiyor diyorsunuz.” şeklindeki soruya D2 kodlu erkek katılımcı bu konuyu şöyle özetlemektedir: “Çünkü iletişim de yok ondan sonra. Tekrar geri dönüp tekrar aynı doktora gitme şansımız yok, bulsak bile zaten simamızı tanımaz. Sadece oraya yönlendiriyor. Belki de başından zamanı az olduğu için oraya git diyor.”

Hastanın doktora güven duyması tedavide başarının önemli bir etkenidir. O nedenle doktor hasta etkileşiminde hastaların yanlış anlamalarının en aza indirilmesi sürecin başarısını daha fazla artıracığı söylenebilir.

Tedavi sürecinin planlanması konusunda ele alınan bir diğer konu (üçüncü tema) izlem planlarıdır. İzlem planları konusunda hastalar genel olarak tedavi sürecinde doktorların belirledikleri ilaç dozuna uymayı, önerildiyse egzersiz ve yeme rejimlerine dikkat etmeyi anlamaktadırlar. Katılımcılar bu konuda, *izlem planlarının yüzeysel yapılması, izlem planlarının detaylı hazırlanması, izlem planlarının kısa süreli yapılması, mevsimsel geçişler için bireysel izlem planlarının oluşturulmaması ve doktorların standart planları takip etmemeleri kodlarını oluşturmuşlardır.*

F1 kodlu 65 yaş altı kadın katılımcı izlem planı denilince “*bir tedavi düzenlendikten sonra hastayı kontrollere çağırmak ve gittiğinizde şikayetlerinin ne düzeyde değiştiğini gözlemlemek, şikayetlerde azalma olmadıysa tedavide değişiklik yapmayı*” anladığını ifade etmiştir. B2 kodlu erkek katılımcıya göre hastanelerde tutulan kayıtlar, hastanın genel tedavi sürecinin devam ettirilmesinde yararlar sunmaktadır: “... benim dosyalarımı takip eden kişiye gittiğim zaman benim dosyama girdiği zaman geçmişim orda yazılı. O şekilde gittiğim zaman benim gibi kaç tane hasta vardır. Beni tanımak zorunda değil. Ama girdiğim zaman senin şöyle rahatsızlığın vardır diye bir ön bilgi tazelemesi yapılıyor. Ondan sonra diğer kan

tahlili veya eko vs. gibi şeyler çekiliyor. Ondan sonra onlara göre yaşamımda herhangi bir sıkıntı olup olmadığı soruluyor. Onunla ilgili ilaçlarım bilmem ne tekrar gözden geçiriliyor. O şekilde takipler devam ediyor.

Hastaların doktorlardan ve sağlık sisteminden en fazla beklenti içerisinde oldukları konu, tedavi süreçlerinin baştan sona takip içerisinde olması, tedavide bütünlük olması ve sürecin aşamaları arasında bir kopukluk görülmemesidir. Katılımcılar, bütüncül bir yaklaşımla tedavide başarı sağlanacaklarını düşünmektedirler. Bu konuda F2 kodlu 65 yaş üzeri erkek katılımcı şunları demektedir: *“Valla çok güzel olur yani hastayı takip etme açısından iyi olur. Hastanın doktora ve sisteme güveni artar. Yani her şeyi hasta bilemez, her şeyi takip edemez, atladığı yerler olur. Ama sistem takip ederse belki bazı şeylere iş işten geçmeden tedaviye çözüme kavuşturulabilir... Takip planı oluşturulması çok önemli, benim görüşlerim dahil edilmese bile takip planı olmalı. Ben de dahil olabileceksem ne ala. Beni en çok rahatlatacak şey doktorun veya sistemin beni takip ediyor olması ve gerektiğinde çağırıp ne gerekiyorsa yapılmasını istemesi.”*

Tedavi süreciyle katılımcı hastaların üzerinde en fazla durdukları konulardan biri de sürecin kendisi hakkında (planlar, aşamalar, yapılacaklar, gibi) kendilerine gereksinim duydukları bilgilerin yeterli düzeyde verilmemesi, o nedenle de kendilerinin internet, sosyal medya ve benzeri kanallardan bilgi sahibi olmaya çalıştıkları, bunun da doktorların tepkisini çektiğini ifade etmektedirler.

Tablo 4.4’te belirtilen kodları oluşturan katılımcılardan bazılarının tedavi sürecinde bilgilendirme ve hasta-doktor ilişkisi konusundaki görüşlerine aşağıda yer verilmiştir.

B1 kodlu 65 yaş üzeri kadın katılımcıya göre doktorlar tedavi sürecinin takip ve devamını getirmemekte, hastayı tedavinin safahatı konusunda bilgilendirmemekteler, böyle olunca hasta kendisi süreci bir şekilde sürdürmeye çalışmaktadır: *“... Doktorlar devamını getirmiyorlar. Ben ilgilendiğim için, ben kendi rahatsızlığım ile ilgilendiğim için devamını getiriyorum. ... Ben bu rahatsızlığın neticelenmesini istiyorum. Yani öyle veya böyle. Ne derece neticelenecek ne derece ben normal sağlığıma kavuşacağım. Yani bunların net bir şekilde izah edilmesini hani*

ben bununla yaşamayı mı öğreneceğim yoksa sürekli tedavi şeklinde mi yaşayacağım. Hani ben bunları net bir şekilde öğrenmek istiyorum. Ne derece anlatılır ne derece izah edilir onu bilemiyorum. Tabii o doktorların kararı.

Benzer şekilde E2 kodlu erkek katılımcı da tedavi sürecinde kullanılan ilaçların yan etkileri konusuna bilgilendirilmediğini, o nedenle az kalsın yaşamsal etkiyle sonuçlanacak bir sürece gireceğini söylemektedir: “Yok yok hiç bahsedilmedi. Yan etkileri şudur işte bunu kullanırsan vücudunda şöyle bir madde birikir veya işte bunu kullan bak hiç zararı yoktur gibi bir bilgilendirme yapılmadı. Sadece bu ilacı kullanacaksın dendi... O ilaçları kullanıyordum ben meğerse o ilaçlar tansiyonu tetikleyen ilaçlarmış. Şans eseri öğrendim.”

4.5. Tedavi Başarısının Değerlendirilmesi Konusundaki Bulgular

Dördüncü Araştırma Sorusu: Katılımcıların tedavi sürecinin başarısı konusundaki görüşleri nedir?

Kronik hastalıkların tedavisinde ne düzeyde başarılı olunduğu konusunda hastaların görüşlerini almak üzere yöneltilen sorulara ilişkin görüşme dökümleri incelendiğinde, katılımcıların *başarılı, başarısız, kurum farkı* temalarını oluşturdukları gözlenmiştir.

Hastaların bu konudaki görüşleri incelendiğinde genel olarak tedavi süreçlerinde orta başarı düzeyinin gözlemlediklerini, yanı sıra kurumdan kuruma farklılık göstermekle birlikte aynı kurum içerisinde de farklı hastalıklar ve farklı bölüm doktorları için farklı başarı düzeylerinin gözlemlendiği söylenebilir. Örnek olarak; C1 kodlu 65 yaş üzeri (ikiden fazla hastalığı olan ve bunları üç veya daha süredir yaşayan) katılımcı aynı hastanede bir hastalığı için (hipertansiyon) gördüğü tedavi ona fayda sağlarken, diğer hastalığı (kronik bel ağrısı) gördüğü tedavi ise onu geçici olarak rahatlatmakta, uzun soluklu bir rahatlama hissi oluşturmamaktadır.

Hastaların tedavinin başarısı konusunu sıklıkla doktorlara bağladıkları görülmektedir. Doktorların tedavi sürecinde hastayla ilgilenmeleri, tedavi sürecinin başlangıcında karar verme süreçleri ve kullanılacak ilaçlar konusunda hastaya danışmaları, uygulanacak tedavinin ve kullanılacak ilaçların yan etkileri ile hastanın yaşamı üzerindeki etkileri konusunda hastayı bilgilendirmeleri, hastayı bir bütün olarak değerlendirip önceki deneyimlerini belirlemeye dönük hastalık öykülerini dinlemeye çalışmaları, hasta hakkında detaylı incelemeler yapmaları gibi doktor kaynaklı faktörlerin hastaların tedavinin başarısı konusundaki görüşlerini doğrudan etkilediği söylenebilir.

Yanı sıra, hastanın tedavi gördüğü kurumun kamu ya da özel olması, birinci basamak (ASM) ya da teşekküllü bir hastane olması gibi faktörlerin de hastanın gördüğü tedaviye ilişkin memnuniyet düzeyini etkilediği görülmektedir. Bu konuda G2 kodlu 65 yaş altı (ikiden fazla hastalığını üç yıldır taşıyan) katılımcı “beklentilerini düşük tutarak, tedavi sürecinden memnun olmayı başardığını” ifade ederken, B2 kodlu 65 yaş üzeri (tek hastalığını dört yıldan fazla süredir taşıyan) katılımcı da görülen tedavinin kendisine olan maddi veya manevi maliyetine bakarak memnuniyet düzeyin orta olarak nitelendirmektedir.

Tedaviden memnun olmayı etkileyen bir diğer husus da tedavi görülen mekanların temizliği ve donanımı gibi hijyen ve teçhizat faktörlerine dikkat edilip edilmemesidir. Birçok katılımcı özel sağlık kuruluşlarını kamu kuruluşlarından daha temiz görürken, bir bölümü de devlet hastanelerinin her zaman donanım olarak özel hastanelerden daha fazla ve yeni teçhizata sahip olduklarını, o nedenle ciddi operasyonlarda devlet hastanelerini tercih ettiklerini ifade etmişlerdir.

4.6.Hedef Odaklı Bakım Algısı Konusundaki Bulgular

Beşinci Araştırma Sorusu: Katılımcıların hedef odaklı bakım (tedavi sürecinde aktif rol alma, hedef belirlemeye istekli olma, hedeflerin doktor tarafından belirlenmesini isteme) konusundaki görüşleri nedir?

Katılımcılara, kronik hastalıklarının tedavi sürecinde aktif rol alma, hedef belirlemeye istekli olma ya da tedavi hedeflerinin doktorlar tarafından belirlenmesi yönünde eğilim gösterip göstermediklerini belirlemeye dönük sorular yöneltilmiştir. Bu konuda katılımcılar *hastalığa yönelik hedefler, günlük rutine / yaşama dönük hedefler, öneriler* temalarını oluşturmuşlardır. Hedef odaklı bakım konusuyla ilgili olarak oluşturulan kodlara ilişkin sıklık durumu Tablo 4.5’te, konuyla ilgili hasta görüşlerine tablonun devamında yer verilmiştir:

Tablo 4.5. Katılımcıların Hedef Odaklı Bakım Konusunda Oluşturdukları Kodların Sıklık Durumu

<i>Tema</i>	<i>Kod</i>
• Hastalığa Yönelik Hedefler	•Hastalıktan kurtulmak •Ameliyat olmadan iyileşmek •Kullanılan ilaçların azaltılması •Rahat nefes alabilmek •Tansiyonun düşmesi •Kemik dansitesinin yükselmesi •Astımın etkilerinin azaltılması • Kiloyu kontrol altına almak •TSH değerlerinin istenen aralıkta tutulması •Şeker düzeyini kontrol altında tutmak •Kalp krizi yaşamamak •HbA1c’nin 6.5’in altında tutulması •Hastalığın vücuda en az düzeyde zarar vermesini sağlama •Hastalığın ilerlemesini durdurma •Damarlarda tıkanıklık olmasını önlemek •Mevcut iyilik halini korumak •Diyalize girmemek •Tansiyonun yükselmemesi

• Günlük Rutine / Yaşama Dönük Hedefler,	• Huzur ve mutluluğu yakalamak • Stresten uzak olmak • Bedenen ve ruhen iyi hissetmek • Erken ölmek • Yaşam konforunun artması • Rahat yürüyüş yapabilmek • Evde hayvan besleyebilmek • Rahatça spor yapabilmek • Ömür süresini uzatmak • Kişisel bakım için zamanının olması • Düzgün yemek yiyebilmek • Yılda bir hafta istediği yemekleri sınır olmadan yiyebilmek (1,5 Adana gibi) • Turist gibi gezebilmek • Yaşamın lükslerinden uzak kalmamak • Elden ayaktan düşmemek • Sağlıklı yaşam sürmek • Yolda rahat yürüyebilme • Doğduğu şehri uzun süreli ziyaret etme • Günlük rutini sürdürebilme • Kendine zaman ayırabilme (hobiler, eğlence, düşünme ... gibi) • Uçağa binmek • Şekeri düşmeden oruç tutabilmek • Mutlu hissetmek • Ruh sağlığını korumak • Yılda bir hafta sınırsız yemek yiyebilmek • Kendine yetebilmek • Ağrıların azaltılması • Sağlıklı bir şekilde ölüm
• Öneriler	• Doktorların hastaların önerilerini dikkate alması • Aile hekimleriyle işbirliğinin artırılması • Ailenin hastalık öyküsünün dikkatli incelenmesi • Gerçekçi, uygulanabilir hedefler konulması • Doktor rotasyonlarının azaltılması • Hedeflerin tıbbi verilere göre belirlenmesi • Hasta takip sisteminin kurulması (ulusal düzeyde) • Kişiselleştirilmiş tedavide teknolojiden yararlanılmalı • Doktorlar yol / yön gösterici olmalı (deneyimlerine ve tıbbi bilgi birikimlerine dayanarak) • Hedef odaklı bakım konusunda hastaların bilgilendirilmesi (internet kaynağı, broşürler, ... gibi)

Şekil 4.5'teki bulgulara göre katılımcıların genel olarak, tedavi süreçlerinin sonunda hangi hedeflere ulaşmak istedikleri konusunda belirli bir farkındalık düzeyinde oldukları, görüşme dökümleri incelendiğinde, araştırmacının hatırlatması vesilesiyle isteklerinin bulunduğu ama bunları tanımlayamadıkları konulara ilişkin de farkındalık düzeylerinin arttığı gözlenmiştir. Diğer bir ifadeyle kronik hastalık sahipleri bir bütün olarak sağlıklı olma hedefine ulaşmayı isterken detay hedeflere ilişkin tanımlamalarda doktor desteğine gereksinim duymaktadırlar.

C2 kodlu 65 yaş üzeri erkek katılımcı, hedef odaklı tedavide öncelikle tıbbi verilerden yararlanmak gerektiğini, bunlara bakarak hedefler oluşturmanın daha gerçekçi olacağını ifade etmiştir: *“Bence tıbbi veriler öncelikli olmalı. Biz işin o kısmını çok anlamıyoruz ama orda doktor bize şu değeri şu seviyeye getirirsek riski azaltırız şeklinde bilgi vermeli ve biz de bunu görerek o uğurda uğraşmalıyız.”*. Diğer taraftan aynı hastaya göre, tedavi konusunda hedef belirlemek için hastaların da bilgi seviyelerinin yükselmesi gerekmektedir. Konuyla ilgili bilgisi olmayınca hastalar bir öneri getirmekte, hedef ortaya koymakta zorlanmaktadırlar: *“... idealde hasta kendini takip edip hastalığını da araştırıp bilmeli. Tek bir yöntem tek bir tedavi yok sonuçta. Benim dediğiniz gibi bu işe dahil olmam için bir şeyler de bilmem gerek.”*

A2 kodlu katılımcıya göre hedef odaklı tedavinin uygulanabilmesi için sağlık sistemiyle birlikte doktorların da konuya uyum sağlaması gerekmektedir. İş yürütecek personel olmadıktan sonra konulacak hedeflerin işlerlik kazanması da pek olanaklı gözükmemektedir. A2 kodlu 65 yaş üzeri erkek katılımcının bu konudaki düşüncesi şöyledir: *“... valla çok güzel olur da nasıl olacak kim yapacak. Şimdi burada sizinle uzun uzun konuşuyoruz ama normalde bu kadar konuşma fırsatı olmuyor. Sizler burada 3-5 ayda bir değişiyorsunuz zaten. Her doktor buna zaman ayıracak mı ki?”*

Katılımcıların hedef odaklı bakım konusunda görüş belirttikleri ikinci konu (ikinci tema) günlük yaşama ilişkin hedefler konusundadır. Katılımcılar bu konuda genel olarak yaşamlarını huzurlu ve mutlu bir biçimde geçirip, yaşamın günlük rutinlerini herhangi bir zorluk yaşamadan yerine getirmeyi, kendilerini mutlu kılacak, yapmaktan hoşlandıkları etkinliklere yönelmeyi örnek vermektedirler.

Bu konuda H1 kodlu 65 yaş altı kadın katılımcı diyalize girmeden durumunu stabil tutmayı ve yaşamını kimseye bağımlı olmadan sürdürme istediğini şöyle dile getirmektedir: “... Yaşlılıkta ayakta kalabilmek, kimseye bağımlı olmadan hayatımı idame ettirmek istiyorum. İşte ne bileyim yaşlılıkta bir bakıcı ile yaşamak istemiyorum. Hastane köşelerinde olmak istemiyorum.”

Günlük hedefler konusunda E2 kodlu 65 yaş altı erkek katılımcı “O hastanın hayat kalitesinden beklentisi ne? Yine biraz kişiselleştirmeye giriyor belki ama yani örnek verelim kanser hastası ama kemoterapi almak istemiyor çünkü saçlarının dökülmesi onun için 5 yıl yaşamasından daha önemli bir konu.” şeklinde görüş belirtirken, F1 kodlu 65 yaş altı kadın katılımcı da “... rahatça spor yapabilmeyi isterdim, rahatça yürüyüşe çıkabilmeyi isterdim doğada, açık alanda. Onların dışında ben kendim istediğim şekilde parfüm kullanabilmeyi isterdim belki. Oda kokularına vs. yine çok hassasım... serbestçe spor yapabilmek, serbestçe dışarı çıkabilmek, işte eve belki bir evcil hayvan alabilmek gibi... Mesela böyle bir hedefim olabilir, keşke evime bir kedi alabilsem gibi bir hedefim olabilirdi.” şeklinde örnekler vermiştir.

Hedef odaklı bakım konusunda araştırmacının bilgilendirmelerine dayanarak katılımcı kronik hastalık sahipleri de sağlık sistemi ve ilgili diğer konularda yapılmasını önerdikleri kimi iyileştirmelerle hedef odaklı bakım konusunda mesafe kat edilebileceğini düşünmektedirler.

Hedef odaklı bakımının geliştirilmesi konusunda G1 kodlu 65 yaş altı kadın katılımcı veri bankası oluşturulmasını önerirken, A1 kodlu 65 yaş üzeri kadın katılımcı da aile hekimlerinin sayısının artırılmasını önermektedir. Katılımcıya göre bu şekilde hastaya ayrılan süre artacak, hasta bu sürede sorunlarını ve hedeflerini daha nitelikli bir biçimde ortaya koyabilecek: “... Bir tek kronik hastalığı değil belki onun yanında başka bir şeyler de olabilir. Hasta onu bir psikologunla konuşur gibi biraz tabii ki en azından bi 15-20 dakikalık bir süre olması lazım..., ... Belki yani o sorun nasıl çözülür onu çok bilemiyorum ama aile hekimlerinin belki biraz daha fazlalaşması lazım. Yani tek bir sağlık ocağına bağlı olmamız gerekir. Yani daha fazla olacak ki bir hekime 10 kişi düşüyorsa 5 kişi kaldığı zaman zaten kendiliğinden çözülecektir bu”.

G2 kodlu katılımcıya göre, hedef odaklı bakımda en fazla gündeme gelmesi gereken konulardan birinin de psikolojik hedefler konulmasının gerekliliğidir. Kronik hastalıklar doğası gereği hastaların birden fazla alanda yaşam kalitelerinin düşmesine, günlük yaşamlarının çoğu kez sekteye uğramasına neden olmaktadır. Bunun doğal bir sonucu olarak ta hastalarda psikolojik yıpranma durumları gözlenmektedir. G2 kodlu 65 yaş altı kadın katılımcı psikolojik hedeflere yönelmek gerektiğini şöyle vurgulamaktadır: “... Yani hedef olarak aslında en son çıktığımda bir tıkanıklık yoktu (koroner arterlerden bahsediyor). Biz korumayı hedefledik mevcut durumu. Hani doz artırımıyla, birazcık daha şeker düzenlemesiyle hedefimiz yeni bir tıkanıklık olmaması sonuçta..., ... Ama onu tabii ki sadece hastalıktan ötürü değil ama operasyon sonrasında özellikle çok istediğim bir şey diyebilirim psikolojik hedef. Ama olsa çok hoş bir şey olur.”

4.7.Tedavi Sürecini Güçleştirici / Kolaylaştırıcı Faktörler Konusundaki Bulgular

Altıncı Araştırma Sorusu: Katılımcıların kronik hastalıkların tedavi süreciyle ilgili olarak, doktor, hasta ve sistem kaynaklı güçleştirici ya da kolaylaştırıcı faktörler konusundaki görüşleri nedir?

Katılımcılara, hastalıklarıyla ilgili olarak yürütülen tedavi sürecini kolaylaştıran ya da güçleştiren faktörlerin neler olduğu konusunda sorular yöneltilmiştir. Katılımcıların bu konudaki görüşleri hasta kaynaklı faktörler, sistem kaynaklı faktörler ve doktor kaynaklı faktörler olarak incelenmiştir. Hastaların görüşme dökümleri incelendiğinde tedavi sürecini kolaylaştıran ve güçleştiren faktörler *hasta kaynaklı, doktor kaynaklı ve sistem kaynaklı* olmak üzere üç grupta ikiye ayrılarak altı gruba ayrılarak incelenmiştir. Yanı sıra katılımcıların konuyla ilgili önerileri ayrı bir tema olarak değerlendirilmiştir. Tedavi sürecini güçleştirici / kolaylaştırıcı faktörler konusuna ilişkin olarak oluşturulan kodlara ilişkin sıklık durumuna Tablo 4.6’da konuyla ilgili hasta görüşlerine tablonun devamında yer verilmiştir:

Tablo 4.6. Katılımcıların Tedavi Sürecini Kolaylaştırıcı / Güçleştirici Faktörler Konusunda Oluşturdukları Kodların Sıklık Durumu

<i>Tema</i>	<i>Kod</i>
• Hasta kaynaklı faktörler	<u>Kolaylaştırıcı faktörler</u> • Sosyal kültürel faaliyetler (kayak, tiyatro, sinema, opera, seyahat gibi) • Aile ve arkadaş desteğine sahip olmak • Moral değerleri güçlü olmak <u>Güçleştirici faktörler</u> • Doktorla ilişkisi iyi değilse bir daha hastaneye gitmeme • Doktora karşı güven eksikliği • Doktora yönelik empati yetersizliği • Hastaların bilinçli olmaması (kendi iç organlarının yerini bil(e)meyen hastalar var) • Spor yapmayı sevmeme • Yeme alışkanlıkları • Sağlık sistemine karşı güvensizlik • Olumsuz alışkanlıklar ve tembellik • Tedavi için arayış içinde olmak (sık doktor ve hastane değiştirmek) • Bağışıklık sisteminin güçlü olmaması • Toplumsal yaşamın hastalıkların yayılmasına olanak tanınması
• Doktor kaynaklı faktörler	<u>Kolaylaştırıcı faktörler</u> • Hastayla güçlü iletişim kurma • İşlevsel öneriler sunması • Alanında uzman olması • Hastayla ilgilenip tedavi sürecini takip etmesi <u>Güçleştirici faktörler</u> • Doktorların empati yap(a)maması • Hastayla ilgilenmeme • Yeterli sevk/konsültasyon yap(a)maması • Hastaların doktorlardan çekinmesi, diyalog kuramaması (iletişim sorunu)

	• İş yorgunluğu, bıkkınlık (mesleki tükenmişlik) • Hastayı yeterince incelemeyen reçete yazılması • Aile hekimlerinin işini iyi bilmemesi • Aile hekimlerinin hastalarını takip etmemesi • Doktorların yapmadıklarını söylemesi (sigara içen doktorun hastasına içme demesi, gibi)
• Sistem kaynaklı faktörler	<u>Kolaylaştırıcı faktörler</u> • Çevrimiçi (online) randevu • Doktorların ilgili oluşu • Devlet hastanelerinin donanımlı olması • Özel hastanelerin hızlı işlem yapması <u>Güçleştirici faktörler</u> • Hasta sayısının çok olması • Çevrimiçi randevunun yetersiz kalması • Muayene süresinin kısalığı • Hastane personelinin ilgisizliği • Doktor rotasyonunun sık oluşu • İşlemlerin yavaş yapılması (bürokrasinin fazlalığı) • Sevk zincirinin oluşturamaması (1. Basamak > 2. Basamak) • Hasta katkı paylarının yüksek oluşu • Branş doktorlarının yönlendirdikleri hastaları takip etmemeleri • Sistemin (medula vb.) yavaş çalışması, ilaçların geç alınması • Ulaşımın güç olması • Sağlık kurumlarının genelinde düzensizlik ve hastaya karşı ilgisizlik hâkim • Doktorların çalışma koşullarının zor oluşu (performans kriterleri, gibi)
• Öneriler	• Birden fazla aile hekimiyle işbirliği yapılabilmesi • Muayene süresi 15-20 dk. olmalı • Hastanın tüm sağlık sürecinin takip edilerek, gerekli zamanda gerekli bilgilendirmelerin elektronik ortamda sunulması (erken uyarı sistemi, e-nabız, SMS, e-mail gibi) • Aile hekimlerine yönelik ek eğitimler verilebilir (online hasta takibi, hastalarla iletişim, gibi) • Hasta ve doktorların bilgi alışverişinde bulunabilecekleri çevrimiçi platform oluşturulmalı

Tablo 4.6'daki bulgular incelendiğinde, kronik hastalık sahibi katılımcıların tedavi sürecini zorlaştıran ya da kolaylaştıran faktörlerin hastanın kendisinden, doktordan ya da sağlık sisteminden kaynaklanabileceği görüşünde oldukları söylenebilir.

Katılımcıların genel olarak tedavi sürecini aksatan ve destekleyen faktörler arasında ilgisizlik, prosedürlerin çok oluşu, doktorlar tarafından hastalarına uygulanabilir olmayan hedeflerin verilmesi (diyetisyenin her hastaya aynı fotokopi kağıdını verip uygulanmasını istemesi gibi), sisteme ve doktora güvensizlik duyulması, özel hastanelerin donanım olarak yetersizken, hijyen koşulları bağlamında devlet hastanelerinden daha iyi durumda oluşları ilk örnekler arasındadır.

Katılımcılara göre hastanın kendisinden kaynaklı faktörler arasında, *sosyal kültürel faaliyetler (kayak, tiyatro, sinema, opera, seyahat gibi), aile ve arkadaş desteğine sahip olmak ve moral değerleri güçlü olmak* tedaviyi kolaylaştırıcı etki yaparken; *doktorla ilişkisi iyi değilse bir daha hastaneye gitmeme, doktora karşı güven eksikliği, doktora yönelik empati yetersizliği, hastaların bilinçli olmaması (kendi iç organlarının yerini bilmeyen hastalar var, spor yapmayı sevmeme, yeme alışkanlıkları, sağlık sistemine karşı güvensizlik, olumsuz alışkanlıklar ve tembellik, tedavi için arayış içinde olmak (sık doktor ve hastane değiştirmek), bağışıklık sisteminin güçlü olmaması, toplumsal yaşamın hastalıkların yayılmasına olanak tanınması* gibi faktörler de tedaviyi güçleştirici etkiler yapmaktadırlar.

E2 kodlu 65 yaş üzeri erkek katılımcı olumsuz yeme alışkanlıklarının bulunduğunu bunun da tedavi sürecinde zorlayıcı etkiler yapabildiğini ifade ederken *“En büyük engel yemeyi sevmem. Evet atıyorum 1,5 porsiyon Adana da yiyebilirim, yarım porsiyonun yarısı Adana ile de doyabilirim. Bu biraz iş keyfe dönüyor artık. En büyük zorlayan alan bu.”* Bunun bir sorun olmaktan çıkarılması için de şu öneriyi getirmiştir: *“Kurumlarda kronik hastalığı olan kişiler için ona göre düzenlenmiş menüler oluşturulabilir.”*

Katılımcılara göre tedavi süreçlerinde hasta kaynaklı güçleştirici faktörler arasında hastanın kendisi ve hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması, kendini

ve hastalığını tanımadığı için hangi önlemleri alması gerektiğini bilememesi de önemli bir yer tutmaktadır. D2 kodlu 65 yaş üzeri erkek katılımcı bu konudaki görüşünü şöyle dile getirmektedir: *“... zaten cahil vatandaş ama doktorun da oraya kadar inip o seviyede bir diyaloga girmesi de mümkün değil, anlattığını vatandaş zaten anlamıyor çünkü bilgi sahibi değil. Vücudundaki organı nerde olduğunu bilmiyor vatandaş. Ne yapabilir? Hakikaten öyle yani neresi olduğunu bilmiyor onun için bütün sistemde sorun var.”*

Tedavi süreçleri üzerinde etkili olan diğer bir etken grubu da doktorlardan kaynaklı faktörlerdir. Kimi faktörler tedavi sürecini kolaylaştırıp, süreci hızlandırırken, kimi faktörler de tedavi sürecini güçleştirici ya da tedaviden beklenen yararın görülmesini azaltıcı etki yapmaktadır.

Katılımcılara göre doktor kaynaklı sorunların temelinde hastaya zaman ayıramaması yatmaktadır. Zaman kısıtlı olunca doktorların hastalarıyla sağlıklı iletişim kurmaları, empati yapmaları, yeterli sürede onları dinlemeleri güçleşmektedir. Bu konuda D2 kodlu 65 yaş üzeri katılımcı sorunu şöyle özetlemektedir: *“İşte doktorun zaman ayırması, 5 dakikada kim neyin teşhisini koyabilir, derdimizi anlatıyoruz zaman yok. Doktor da yeteri derecede teşhis koyamadığından ne yapıyor? bizi yönlendiriyor, nereye yönlendiriyor? İşte kan tahlili, şunu yapın bunu yapın, daha sonra gelin işte bana ayırdığı zaman 5 dakika ama teşhis yok.”*

Doktorlarla ilgili bir diğer şikâyet konusu da aile hekimleriyle ilgilidir. Hastalara göre aile hekimleri hem hastalarıyla düzenli ilgilenebilmeli hem de tıp alanıyla ilgili gelişmeleri takip edip bilgi sahibi olmalıdır. Bu konuda D2 kodlu 65 yaş üzeri erkek katılımcının görüşleri örnek gösterilebilir: *“Sağlık ocağındaki doktorum, benim için orası bir ilaç yazma yeri yoksa gidiyorum ilacım bitiyor, ilacımı yazıyor bana herhangi bir tavsiyede de bulunmuyor. Yani sadece işte şikâyetlerim olduğu zaman sen diyor bu bölüme git veya bu bölüme git. Bölümüm zaten aynı, gideceğim yer de belli hastalığımda belli ama sağlık ocağına gittiğim için bir medet umuyorum hani bana bir tavsiyede bulunur diye sadece bana yönlendirme yapıyor, şu hastaneye veya bu bölüme diye. Bence yeterli değil.”*

C2 kodlu 65 yaş üzeri erkek katılımcı da aile hekimlerinin sayıca yeterli olmadığını düşünmektedir. Aile hekimi sayısının yetersiz oluşu hem sağlık sistemine olumsuz etki yapıyor hem de hedef odaklı bakım için sürecin işlevsiz hale gelmesine sebebiyet verebileceğini düşündürüyor: *“... Doktorların zamanının olmadığından bahsetmiştim bu büyük bir sorun. Siz aile hekimi yapacak dediniz ama bu işi yapmak için belki de ayrı bir doktor olmalı. Ayrı bir uzmanlık belki. Ya da sırf bu işi yapmak için özelleşmiş aile hekimleri. Şimdi düşünürsek aile hekimliğine de gidiyorum ben. Orası da kalabalık oluyor. Onların da buna ayıracak zamanı olmaz bence...”*

Aile hekimlerinin yetersizliği konusunda E1 kodlu 65 yaş altı kadın katılımcı kendi deneyimlerine dayalı olarak Türkiye ve Avrupa ülkelerini kıyaslamakta, aile hekimliğinin ülkemizde tam anlamıyla işletilemediğini ifade etmektedir. Eşinin yaşadığı bir sorunu örnek gösteren katılımcı görüşlerini şöyle dile getirmiştir: *“Engelleri söyleyeyim. Şimdi genelde Türkiye’de bu aile hekimliği tam olmadığı için bir Avrupa’daki gibi değil. Burada uzman olmayanlar yani direkt pratisyenken aile hekimi diye bütün her yere verildi ve görev yapmaya başladılar. Bizim mesela buradakinde örneğin örnek vereyim çok uzman değiller. Yani uzman olmadıkları için de herkes güvenmiyor yani çoğu insan güvenmiyor. Doğru teşhis mi koyuyor, doğru yönlendiriyor mu, doğru ilaç mı veriyor, nitekim benim eşimde oldu aynı olay bizi orada çok yakın aile hekimimiz. Hastalandığında ona gitti grip diye grip ilacı verdi oysa divertikülitten zehirleniyormuş adamcağız. Yani zor kurtardık. Yani o yönleri var. Uzman olması gerekiyor bence engelin en büyüğü oturmuş olması lazım yani bunların. İnsanlar güven duymalı.”*

Hastaların aile hekimlerinden bekledikleri bir diğer özellik te mesai saatleri içerisinde keyfi olarak işi aksatmamaları, hastalarıyla ilgilenmeleridir. Bu konuda D2 kodlu 65 yaş üzeri erkek hasta şunları söylemektedir: *“... keyfi tavırlar içerisine girmemeli, aile hekimi bazen mesai saatine de uymuyor. İşte şey biraz zorlayıcı... Yok işte kan tahlili yaptıracaksın bugün gel tahlili yazdır başka gün tahlili yaptır. Bizim gibi çalışan insanlar için zor oluyor.”*

Kronik hastalık sahibi katılımcılara göre tedavi süreçleri üzerinde etki yapan bir diğer değişken ise sağlık sisteminin kendisidir. Bu konuda oluşturulan kodlara kolaylaştırıcı ve güçleştirici faktörler olarak tablo 4.6 da yer verilmiştir. Bu konudaki hasta görüşlerinden bazıları ise şu şekildedir:

E2 kodlu 65 yaş üzeri erkek katılımcı sağlık sisteminin iyileştirilmesine yönelik çevrimiçi (online) takip sisteminin oluşturulmasını önermektedir: “... Yani bir kısmı boşa oluyor işte daha önce de dediğim gibi tahlil yaptıracağım ama öncesinde gidiyorum tahlillerimi yazdırıyorum, randevu alıyorum. Başka bir sefer bir daha gidiyorum tahlillerimi yaptırıyorum belki bir artık internet ortamı üzerinden bunları yapabiliriz, randevumuzu oluştururuz, tahlillerimizi yazdırırız. Sonuçta hasta bilgileri belli doktor belli talep belli yani sistem üzerinden girip onaylanıp sonrasında gidip herhangi bir yerde kanımı verebilirim veya kontrollerimi yaptırabilirim. Sorum varsa doktoruma online olarak sorularımı iletirim belli bir süresi olur örnek veriyorum 48 saat. 48 saat içerisinde cevap bana gelebilir. Bunun için böylelikle şeyden de kurtulmuş oluruz, hasta yoğunluğundan da kurtulmuş oluruz.”

Sağlık sistemiyle ilgili yaşanan bir diğer sorun sistemdeki bürokratik yapının yavaş işlemesi ya da işlevsel olmamasıyla ilgili. Bu konuda D2 kodlu 65 yaş üzeri erkek hasta “İşte bürokratik engeller var. Sistemle ilgili, anında ilaç alamıyorsunuz. Sistemde randevu alamıyorsunuz, 15 gün sonra diyor. 15 gün geçtiği zaman yine arıyorsunuz yine bir 15 gün diyor, e tabi ki burada mağdur oluyorsunuz. İlacınız bitiyor, zamanında biten ilacınızı alma şansınız yok.” derken,

E2 kodlu 65 yaş altı erkek katılımcı da işlemlerin uzun sürmesi konusunda şu örnekleri vermektedir: “... Valla zaman içerisinde böyle organizasyonlar biraz zayıf kalıyor. Şu en son yaşadığım olayda bir hastanede anjiyom yapıldı. Devamlı her sene takip edildiğim bir yerde. Ondan sonra sıkıntılarımı söyledim. Sintigrafi çekilmesi lazım dendi. Sintigrafi çekirmek için iki aya gün alabildim. Sonra tanıdık vasıtasıyla başka hastaneden 1 ay sonra 1 ay içerisinde sintigrafi yapılmasına karar verdik. Dolayısıyla sintigrafi raporu bayram girdi vs. diye uzadı. Uzayınca anjiyo ve stent takma işim biraz daha uzamış oldu. Yani iletişim kopukluğu olduğu için bu dönem

içerisinde aşağı yukarı kendimi rahat hissetmemeye başladığım andan itibaren stentle kalmasına kadar geçen süre aşağı yukarı 5 ay falan sürdü. Bu 5 ay içerisinde öteki tarafa gidebilirdim.”

Aynı katılımcıya göre sağlık sisteminin yapısal sorunları bulunmaktadır. Bu sorunlar sistemin yavaş işlemesine neden olmaktadır. Katılımcı, hasta sağlığının her şeyden daha çok öncelenmesi gerektiğini şöyle ifade etmiştir: *“Evet yani şimdi tabii ki sağlık sektörünün herhalde değişmesi gerekiyor. Yani şimdiki şu aşamadaki sistemin yani belki bazı kişiler memnun olabilir ama ben pek memnun değilim. Doktorlar için bir şey söylemiyorum ama o kadar çok hastane var o kadar özel hastane var yine ben devletin hastanesine ya da üniversitelere gittiğim zaman ben saatlerce orada beklemekteyim. Benim sağlık, benim nefes alma olayım, sıkıntı halim, ruh halim... Birçok insan var orada. Herkes değişik tepkiler gösteriyor. Bunların aza indirilmesi. Yani sistemin biraz değişmesi... İnsan sağlığının daha önemli olacağını düşünüyorum.”*

Sağlık sisteminin yol açtığı en önemli sorunlardan bir tanesi de sistemin hastaya olan ekonomik yüküdür. Hasta katkı paylarının yüksek oluşu geliri düşük olan hastalar için sorun teşkil etmektedir. B2 kodlu 65 yaş üzeri erkek hasta bu konuda kendi özel durumundan kaynaklı avantaj yaşıyor olsa da genel olarak hastaların zorluk yaşadıklarını şöyle dile getirmiştir: *“...Valla şimdi şu var. Ben çalışan bir kişi olarak şu anda bana bir engel taşıyor. Fakat çalışmıyor olsam çünkü ilaç katkı payları hastanın katkı payları bilmem ne maaştan düşüyor. Çalıştığın için o ücretleri pek gözüm görmüyor ama sırf emekliliğe kaldığım zaman bunlar... Raporlu ilaç alıyorum onun bile farkını veriyoruz. Az da değil. Yani devamlı raporlu ilaçlar aldığım yıl bazında vurduğun zaman bayağı tutuyor.”*

Kronik hastalık sahibi katılımcılara göre sağlık sisteminden kaynaklı sorunlar çok olmakla birlikte hastayı en çok etkileyen iki tanesi doktorların sık sık rotasyona tabi olması, bir kez gittikleri doktoru bir sonraki sefer yerinde bulmanın güç oluşu, diğeri de randevu alma sisteminin düzenli işlememesi, günler, haftalar, aylar sonrasında randevu yazılması gösterilebilir.

Randevu konusunda D2 (65 yaş üzeri, erkek), F1 (65 yaş altı kadın) ve G1 (65 yaş altı kadın) kodlu hastaların ifadeleri dikkat çekicidir:

- *“Valla bu tür şeyler uzun sürüyor. Yani bir eşin dostun veya yalvarma gibi şeye girdiğin zaman randevuyu daha erkene alabiliyorsunuz. Onun dışında örneğin en son fizik tedaviyle ilgili hastaneden Fatih Sultan hastanesi sevk ettiler. 2 ay sonraya randevu alabildik. Zaman uzatıyor yani.” D2*
- *“Evet, o kesinlikle zor. Bir defa 182’den veya internete üzerinden MHRS’den randevu almak gerekiyor tabi. Hep yoğun oluyor, hep dolu oluyor. Özellikle istediğin bir doktora ulaşmak zaten çok zor. Herhangi bir tanımadığım doktor olsun desek de sanırım 15 gün ileriye en fazla alınabiliyor yanlış bilmiyorsam. Ve bazen hiç mümkün olmuyor, gece 12’de yeni açılınca bakmak gerekiyor vs. Herkes üşüşüyor üstüne, sistem bazen çalışmıyor. Bence randevu almakla ilgili sıkıntı hala mevcut.” F1*
- *“Sistem üzerinden, ama başkalarına rica ediyorum bana bir randevu alırmısın diye. Önceden internette girip çok rahat biçimde bir gün sonrasına randevu alabiliyordum. O sistemde daha iyiydi. Şu andaki sistemde biraz sıkıntı var ne zaman internete de girsem dolu oluyor gitmek istediğim doktor. Telefonla da aramayı sevmiyorum. O yüzden eş dosttan rica edip aldırıyorum randevumu.” G1*

Doktorların sık rotasyon geçirmeleri konusunda B1 (65 yaş üzeri, kadın) ve F2 (65 yaş altı erkek) katılımcıların görüşleri örnek olarak verilmiştir:

- *“Devamlılık yok. Sadece gittiğin zaman sana uygulanacak şeyleri gösteriyorlar ondan sonrası yok. E bir daha gittiğim zaman aynı doktora rastlayamıyorum. Tekrar randevu al gel diyorlar. Randevu aldığım zaman da bir başka doktorla karşılaşıyorum. İlk benimle irtibata geçen doktoru bulamıyorum. Yani bu sırf sedefle ilgili değil. Diğer bölümlere diğer hastalıklar için de gittiğim zaman aynı doktorla karşılaşamıyorum.” B1*
- *“... Çünkü sürekli doktor değiştirmek bana yanlış geliyor. Aslında bir kişinin beni tanımasını, beni takibi için tanımasını isterim. Yani daha yakından takip etmesini. O açıdan sürekli değiştirmek olumsuz geliyor. Ama ben de mecburiyetten değiştirdim. Bir şekilde ya memnun olmadım veya doktor işi bıraktı veya doktor başka uzak bölgeye gitti. Yani her seferinde değiştirdikçe ben rahatsızlık duydum.” F2*

- “...Hastanenin sağlık politikası doktora da yansıyor. Doktor da belki tek başına sitem olmayınca bunu götüremez. Yapabilen doktor olursa süper yani hastaneden bağımsız ki olunabilir aslında. Niye olmasın ki? Ben sistemin mi doktorun mu bir şeyler yapabileceğini yoksa ikisinin birlikte mi yapabileceğini bilmiyorum ama doktorun beni tanımamasını geçmişimi bilmesini ve sürekliliğı olmasını istiyorum. Sürekliliğı olmalı bunun. Benim açımdan da doktorun açısından da. Ben onu o beni birbirimizi takip etmeli tamamlamalıyız. Doktor gittiğimde ilaçlarımı yazıp göndermesi beni rahatsız eder çünkü ben kritik seviyeye geleceğim zaman hata yaparsam ölecek miyim? Sistemin hasta odaklı beni takip ediyorsa o da önümdeki riskleri bana söylemeli. Bunu benimle paylaşmalı konuşmalı. Doktor hasta ilişkisini daha samimi daha gerçekçi, ne bileyim daha tanıyarak devam edilmesinden yanayım.” F2

5. TARTIŞMA

“Kronik Hastalık Yönetiminde Hedef Odaklı Bakım: Hastaların Algısını Değerlendiren Kalitatif Bir Çalışma” adlı uzmanlık tezi, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne bağlı Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi’ne kayıtlı kronik hastalığı olan ve birinci basamakta kayıtlı kronik hastalığı bulunan bireylerin, *sağlıklılık, kronik hastalık, tedaviye uyum gibi kavramlara yönelik düşünceleri, hastalıklarının yaşamları üzerindeki etkileri, karar verme sürecinde doktor ve hastaların rolü, tedavi hedeflerinin planlanması ve paylaşımı, tedavi başarısı, hedef odaklı bakım ile tedavi süreçlerini kolaylaştıran ya da güçleştiren faktörlere ilişkin görüşlerini incelemeye dönük yapılmış nitel (sözel) araştırma deseninde yürütülmüş bir araştırmadır.*

Betimsel analiz sonuçları incelendiğinde katılımcıların araştırma konusundaki görüşlerinin altı temel kategoride kümelendiği görülmüştür: Hastalığa bakış, karar verme süreci, tedavi hedeflerinin tanımlanması, tedavi başarısı, tedavi sürecini etkileyen faktörler ve hedef odaklı bakım. Hedef odaklı bakım aynı zamanda bu çalışmanın odağını oluşturmaktadır.

Yanı sıra katılımcıların görüşme sorularına verdikleri yanıtlar arasındaki benzerlikler incelenmiş ve bu konuda Pearson kelime korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda, katılımcıların görüşleri arasında (r) 0.70 ve üzerinde benzerlikler gözlenmiştir. Hastaların cinsiyetlerine ve yaşlarına göre karşılaştırma yapıldığında benzerlik düzeyleri (r) 0.88 ve üzerinde hesaplanırken, hastalık sayısı ve hastalıkla mücadele etme sürelerine ilişkin benzerliklerin de (r) 0.70 ve yukarısında olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar kronik hastalık sahiplerinin görüşleri üzerinde cinsiyetlerinin ve yaşlarının diğer faktörlerden daha fazla etkili olabileceğini düşündürmektedir. Betimsel analiz konusunda dikkat çeken bir diğer sonuç da katılımcıların görüşmelerde en fazla değindikleri konuların (sıklıklarına göre) ilişkilendirildikleri kavramlarla ilgilidir. Katılımcılar en fazla *ilaç kullanımı, karar verme süreci, sistemin işler olması, uygun tedavinin yapılması, kontrollerin yapılması,*

izlem, takip sürecinin niteliği, tedavi süreçlerinde zamanın etkili kullanımı ve sağlık personelleriyle etkili iletişim kurabilme konularına değinmişlerdir.

Çalışmaya katılan kronik hastalık sahibi katılımcıların kişisel özellikleri incelendiğinde, yaşadıkları hastalıklar benzerlikler göstermekle birlikte, seyri, şiddeti, süresi bağlamında farklılaştığı görülmektedir. Hastaların sahip oldukları kronik hastalıklar arasında *hipertansiyon, alerjik astım, kronik bel ağrısı, hipotiroidi, osteoporoz, vitiligo, diyabetes mellitus, kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı, hiperlipidemi, böbrek yetmezliği* sayılabilir.

Çalışmanın ilk kategorisi katılımcıların hastalıkları konusundaki düşüncelerini ortaya çıkarmaya dönüktür. Kronik hastalık sahibi katılımcıların sağlıklı olma denilince *kendini idare edebilme, kendini iyi hissetme, herhangi bir rahatsızlığının olmaması, beden ve ruhen iyi olma ve rahat yürüyebilmeyi* anladıkları görülmektedir. Kronik hastalık denilince genel olarak *iyileşmeyen (geçmek bilmeyen) ve kalıcı hastalık, yaşam boyu ilaç kullanma, tekrar eden hastalık, uzun takip gerektiren, ilaçla kontrol altına alınabilen, ilaca bağımlı hastalık ile temkinli olunması gereken durum* akla gelmektedir. Tedaviye uyum konusunda katılımcıların farklı anlamlar ürettikleri söylenebilir. Kimi katılımcılara göre uyum, doktorun söylediklerini hastaların aynen uygulaması iken, kimilerine göre de hastanın tedaviye yanıt vermesidir. Yanı sıra hasta doktor ilişkisinin iyi olması, kendine olan inancın güçlü olması, ilaçlarını zamanında alma, hastanın gayret göstermesi, doktorla hastalık hakkında detaylı paylaşımda bulunma ve kendi kendini takip etme (öz kontrol) gibi konular da tedavi uyumunun bir parçası olarak görülmektedir.

Çalışmanın katılımcılarına göre sahip oldukları kronik hastalıkların yaşamları üzerinde olumsuz etkiler yapmasının yanında, düzenli yaşam sunma, yaşamın kıymetini bilmeyi sağlama ve dengeli beslenme alışkanlıkları kazandırma gibi olumlu etkileri de bulunmaktadır. Katılımcılara göre sahip oldukları kronik hastalıklar bir yandan günlük yaşamın stresli geçmesi, yaşam kalitesinin düşmesi, yaşamın kısıtlanması, beslenme rejimini olumsuz etkilemesi, baş ve vücut ağrıları, alışılmış aktivitelerin yapılamaması, ruhsal dengenin etkilenmesi gibi bireysel etkilere sebep

olmasının yanında, diğer insanlar tarafından hastalıklarının yanlış tanınması nedeniyle iş yerinde mobbinge uğradıkları da olmaktadır.

Çalışmanın ikinci kategorisi karar verme sürecinde doktor ve hastanın rolüne ilişkin katılımcı görüşlerinin belirlenmesine dönüktür. Bu kategoriyle ilgili olarak katılımcılar doktor ve hastanın karar almadaki etkisi (taraflar), birbirlerine karşı güven oluşturma, doktorların karar vermeden önce hastalara sundukları tercihler (opsiyonlar) ve hastaya karşı doktorların yaklaşımlarını ön plana çıkarmışlardır. Kronik hastalık sahibi katılımcıların büyük bölümü tedavi süreçleriyle ilgili karar almadan önce doktorların ve diğer ilgililerin kendilerinin görüşlerini almak yerine, doğrudan karar verdiklerini ve bu durumu hastaların kabullenmelerini beklediklerini ifade etmiştir. Kimi hastalara göre bu durum yadırgansa da bir bölümü de hastaların tıbbi bilgi eksiklikleri nedeniyle kararların doktorlar tarafından alınmasının daha doğru olacağını, dahası böyle olmasının hastaya bir yönüyle konfor sunabileceğini, sürecin sorumluluğunun doktorlarda olacağını ifade etmişlerdir. Katılımcılar arasında deneyimlerine dayanarak, karar verme sürecinde doktor ve hasta payının birbirine benzer olmasını önerenler de bulunmaktadır.

Katılımcılar tedavi sürecine karar vermede doktorların payının çok olmasının bir gereklilik olmasının yanında doktorların da hastalar üzerinde bir güven iklimi oluşturmalarını beklediklerini ifade etmişlerdir. Katılımcılara göre doktorlar hastaları hem yönlendirmeli hem de tedavi etmelidir, bunun yanı sıra doktorların önerileri eğer hastaların aklına yatmıyorsa, mantıklı gelmiyorsa, hastalar tarafından kabul edilmemelidir. Bunların dışında hastalar doktorların kararlı durmalarını, özgüvenlerinin yüksek olmasını da beklemektedir.

Katılımcılara göre her doktor hastasına karşı aynı yaklaşıma sahip değildir. Kimi doktorlar karar verme sürecinde hastasına seçenekler sunarken kimileri de kendi kararlarını hastalara empoze etmekte, bu da hastaları olumsuz etkilemektedir. Bunun yanında hastalar bilgi ve deneyim eksiklikleri nedeniyle doktorlara pek karşı gelmeme eğilimi taşımaktadır. Doktorların hastalarla ilgilenmemesi, hasta konuşurken dinleyip notlar almaması, dahası söz hakkı vermemesi de ayrı bir olumsuz yaklaşım örneği

olarak dile getirilmiştir. Tersî durumlar da yaşanmıştır. Bu konuda en fazla dile getirilen olumsuzluklar arasında doktorların hastaların geçmişini, kendisinin ve/veya ailesinin hastalık geçmişini iyice incelememesi, hastayı bir an önce başından atmaya çalışması ve hastanın moral değerlerinin dikkate alınmaması gösterilebilir.

Çalışmada tedavi hedeflerinin tanımlanması ve hastanın bu konuda bilgilendirilmesi araştırmanın üçüncü kategorisini oluşturmaktadır. Bu konuyla ilgili olarak aynı kurumdaki doktorlar arasındaki iş birliğinin güçlü olup, kurumlar arasında doktorlar arasında hastayla ilgili olarak ilişki ve iş birliğinin pek görülmemesi yönündeki katılımcı görüşleri dikkat çekmektedir. Hastalar genel olarak sağlık sisteminin yapısı gereği aynı sağlık kuruluşundaki doktorlar arasında hastaların sevgi, konsültasyon işlemleri, doktorların birbirine danışması ve ortak tedavi süreçlerini öngörmesi bağlamında iş birlikleri olduğunu, bunun da hastaların iyileşmesine ve tedavi sürecinden en yüksek verimin alınmasına yol açtığı görüşündedir. Bununla birlikte katılımcılar, zaman zaman aynı kurumda aynı branştaki doktorlar arasında farklı görüşlerin, tedaviye yönelik farklı eğilimlerin görüldüğünü ama bu durumun genele göre çok fazla olmadığını düşünmektedir.

Diğer taraftan, hasta kayıtlarının kurum içinde kalması, başka kurumlarla paylaşılmaması ve benzeri nedenlerden dolayı aynı branştaki doktorların farklı hastanelerdeki doktorlarla pek iletişim içerisinde olmadıkları ve tedaviyle ilgili iş birliği yapmadıkları, en azından hastaların buna tanık olmadıkları görülmektedir.

Yanı sıra hastalar akut ve kronik tedaviye yönelik izlem planlarının yüzeysel ve kısa süreli yapılmasından, bireysel izlem planlarının yapılmamasından, dahası doktorların hazırlanmış standart izlem planlarını dahi pek takip etmediklerinden yakınmaktadır. Hastaların tedavi süreçlerine ilişkin kurum içi işleyişle ilgili detaylı bilgilerinin olmayışı ile kronik hastalıklarının onlarda kimi duygusal ve psikolojik etkiler bırakması nedeniyle doktorları ve işleyişi yanlış anlıyor olmaları dikkate alınması gereken bir konudur.

Hastaların doktorlar tarafından yeterli düzeyde bilgilendirilmiyor oldukları konusundaki şikayetleri, genel olarak tedavi sürecinin seyri ile ilgilidir. Tedavide tercih edilen tıbbi yaklaşımın, kullanılan ilaçlardaki doz ayarlamalarının, tabi olunan prosedürlerin ve örneklerle dayalı olarak, hastayla kurulacak iletişimin hasta tarafından suiistimal edilme olasılığına ilişkin kaygılar doktorların süreçle ilgili detay bilgi vermelerini olumsuz etkileyen faktörler arasında sayılabilir. Diğer taraftan doktor – hasta etkileşiminde, hastanın temel bilgilendirilme haklarına ve hastanın beklentilerine yönelik dengeli iletişim tekniklerinin uygulanmasına dönük olarak doktorların etkili iletişim konusunda daha dikkatli davranması önerilebilir.

Kronik hastalıkların tedavisinde ne düzeyde başarılı olunduğu konusunda hastaların görüşlerini almak üzere yöneltilen sorulara ilişkin görüşme dökümleri incelendiğinde, genel olarak tedavi süreçlerinde orta başarı düzeyinin gözlemlediklerini, yanı sıra kurumdan kuruma farklılık göstermekle birlikte aynı kurum içerisinde de farklı hastalıklar için farklı başarı düzeylerinin gözlemlendiği söylenebilir.

Hastaların tedavinin başarısı konusunu sıklıkla doktorlara bağladıkları görülmektedir. Doktorların tedavi sürecinde hastayla ilgilenmeleri, tedavi sürecinin başlangıcında karar verme süreçleri ve kullanılacak ilaçlar konusunda hastaya danışmaları, uygulanacak tedavinin ve kullanılacak ilaçların yan etkileri ile hastanın yaşamı üzerindeki etkileri konusunda hastayı bilgilendirmeleri, hastayı bir bütün olarak değerlendirip önceki deneyimlerini belirlemeye dönük hastalık öykülerini dinlemeye çalışmaları, hasta hakkında detaylı incelemeler yapmaları gibi doktor kaynaklı faktörlerin hastaların tedavinin başarısı konusundaki görüşlerini doğrudan etkilediği söylenebilir. Yanı sıra, hastanın tedavi gördüğü kurumun kamu ya da özel olması, birinci basamak (ASM) ya da teşekküllü bir hastane olması gibi faktörlerin de hastanın gördüğü tedaviye ilişkin memnuniyet düzeyini etkilediği gözlenmiştir.

Berntsen ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında, Norveç sağlık sistemi içerisinde yer alan kimi kurum personellerinin hastalarla yeterli düzeyde ilgilenmedikleri, özellikle psikiyatri bölümü hastalarına yönelik ayrımcılık düzeyine

varan ilgisizlikler gözlemlendiği, bunun çözümü için de sistemde yapısal düzenlemelerin kaçınılmaz olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Tedaviden memnun olmayı etkileyen bir diğer husus da tedavi görülen mekanların temizliği ve donanımı gibi hijyen ve teçhizat faktörlerine dikkat edilip edilmemesidir. Birçok katılımcı özel sağlık kuruluşlarını kamu kuruluşlarından daha temiz görürken, bir bölümü de devlet hastanelerinin her zaman donanım olarak özel hastanelerden daha fazla ve yeni teçhizata sahip olduklarını, o nedenle ciddi operasyonlarda devlet hastanelerini tercih ettiklerini ifade etmişlerdir.

Çalışmada katılımcıların geliştirdiği beşinci kategori tedavi sürecini kolaylaştıran ya da güçleştiren faktörlere dönüktür. Katılımcılar bu faktörleri hasta kaynaklı, doktor kaynaklı ve sistem kaynaklı olmak üzere üç grupta incelemektedir. Bu konuyla ilgili olarak katılımcılar kimi öneriler geliştirmişlerdir.

Katılımcıların genel olarak tedavi sürecini aksatan ve destekleyen faktörler arasında ilgisizlik, prosedürlerin çok oluşu, doktorlar tarafından hastalarına uygulanabilir olmayan hedeflerin verilmesi (diyetisyenin her hastaya aynı fotokopi kağıdını verip uygulanmasını istemesi gibi), sisteme ve doktora güvensizlik duyulması, özel hastanelerin donanım olarak yetersizken, hijyen koşulları bağlamında devlet hastanelerinden daha iyi durumda oluşları ilk örnekler arasındadır.

Berntsen ve diğerlerinin (2018) obezite (multimorbid) ve kronik hastalık sahibi hastaların uzun süreli tedavi hedeflerini belirlemek amacıyla yaptıkları kişi odaklı bütünleştirilmiş bakım konulu çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Katılımcıların uzun süreli hedeflerini ortaya çıkarabilmek için araştırmacıların hastaları bilgilendirmeleri ve onlar için uzun vadede tedavi açısından önemli olan hususların neler olduğunu belirtmeleri beklenmiştir. Çalışmaya katılan hastaların hedef odaklı bakım konusunda odaklandıkları temel faktör, sağlık sisteminde sunulan tedavinin kalitesine ilişkindir. Katılımcılar sağlık sisteminin hastaların uzun süreli bakım planı yapmasına sınırlı katkı verdiğini, bakım hizmetlerinin istenilen düzeye getirilmesi için sağlık sistemi üzerinde iyileştirmeler yapılmasının gerekli olduğunu

ifade etmişlerdir. Benzer bulgulara Ong ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında da ulaşılmış, hastalıktan çok hastaya odaklanmanın gerekliliği vurgulanmıştır.

Katılımcılara göre hastanın kendisinden kaynaklı faktörler arasında, sosyal kültürel faaliyetler (kayak, tiyatro, sinema, opera, seyahat gibi), aile ve arkadaş desteğine sahip olmak ve moral değerleri güçlü olmak tedaviyi kolaylaştırıcı etki yaparken; doktorla ilişkisi iyi değilse bir daha hastaneye gitmeme, doktora karşı güven eksikliği, doktora yönelik empati yetersizliği, hastaların bilinçli olmaması, spor yapmayı sevmeme, yeme alışkanlıkları, sağlık sistemine karşı güvensizlik, olumsuz alışkanlıklar ve tembellik, tedavi için arayış içinde olmak (sık doktor ve hastane değiştirmek), bağışıklık sisteminin güçlü olmaması, toplumsal yaşamın hastalıkların yayılmasına olanak tanınması gibi faktörler de tedaviyi güçleştirici etkiler yapmaktadırlar.

Katılımcılara göre tedavi süreçlerinde hasta kaynaklı güçleştirici faktörler arasında hastanın kendisi ve hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması, kendini ve hastalığını tanımadığı için hangi önlemleri alması gerektiğini bilememesi de önemli bir yer tutmaktadır.

Tedavi süreçleri üzerinde etkili olan diğer bir etken grubu da doktorlardan kaynaklı faktörlerdir. Kimi faktörler tedavi sürecini kolaylaştırıp, süreci hızlandırırken, kimi faktörler de tedavi sürecini güçleştirici ya da tedaviden beklenen yararın görülmesini azaltıcı etki yapmaktadır. Doktorlara ilişkin özellikler arasında, hastayla güçlü iletişim kurma, işlevsel öneriler sunması, alanında uzman olması, hastayla ilgilenip tedavi sürecini takip etmesi tedaviyi kolaylaştırırken; doktorların empati yap(a)maması, hastayla ilgilenmeme, yeterli sevk/konsültasyon yap(a)maması, hastaların doktorlardan çekinmesi, diyalog kuramaması (iletişim sorunu), iş yorgunluğu, bıkkınlık (mesleki tükenmişlik), hastayı yeterince incelemeyen reçete yazılması, aile hekimlerinin işini iyi bilmemesi, aile hekimlerinin hastalarını takip etmemesi doktor kaynaklı faktörler de tedaviyi güçleştirici etki yapmaktadır.

Katılımcılara göre doktor kaynaklı sorunların temelinde hastaya zaman ayıramaması yatmaktadır. Zaman kısıtlı olunca doktorların hastalarıyla sağlıklı iletişim kurmaları, empati yapmaları, yeterli sürede onları dinlemeleri güçleşmektedir. Doktorlarla ilgili bir diğer şikâyet konusu da aile hekimleriyle ilgilidir. Hastalara göre aile hekimleri hem hastalarıyla düzenli ilgilenmeli hem de tıp alanıyla ilgili gelişmeleri takip edip bilgi sahibi olmalıdır. Hastaların aile hekimlerinden bekledikleri bir diğer özellik te mesai saatleri içerisinde keyfi olarak işi aksatmamaları, hastalarıyla ilgilenmeleridir. Berntsen ve diğerlerinin (2018) çalışmasında da benzer bir bulguya ulaşılmış, spesifik olarak katılımcılardan biri “yeterince güçlü bağırmasak, dönüp te bize bakan olmuyor” tarzında doktorlara yönelik şikayetlerini dile getirmiştir.

Kronik hastalık sahibi katılımcılara göre tedavi süreçleri üzerinde etki yapan üçüncü değişken ise sağlık sisteminin kendisidir. Bu konuda katılımcıların oluşturduğu kodlara ve görüşlere ayrıntılı olarak bulgular kısmında yer verilmiştir. Kodlar ve görüşler incelendiği zaman hastalara göre sağlık sisteminin yapısal sorunları bulunmaktadır. Bu sorunlar sistemin yavaş işlemesine neden olmaktadır.

Çalışmaya katılan hastalar, sağlık sisteminin iyileştirilmesine yönelik ilk olarak, çevrimiçi (online) takip sisteminin oluşturulmasını ve daha işlevsel kullanılmasını önermektedir. Tedavi süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik ise dikey ve yatay bütünleşmenin sağlanması, muayene sürelerinin hastaların tedavi ve takiplerinin etkin bir şekilde yapılabilmesine olanak verecek şekilde düzenlenmesi, hastanın tüm sağlık sürecinin takip edilerek, gerekli zamanda gerekli bilgilendirmelerin elektronik ortamda sunulmalı (erken uyarı sistemi, e-nabız, SMS, e-mail gibi), hasta ve doktorların bilgi alışverişinde bulunabilecekleri çevrimiçi platform oluşturulması gibi öneriler getirmişlerdir.

Çalışmanın son kategorisi araştırmanın odağını oluşturmakta ve hastaların kişisel hedefleri doğrultusunda planlanacak bir yönetim sürecine (hedef odaklı bakım) yönelik görüşlerini incelemeye dönüktür.

Bir bütün olarak değerlendirildiğinde katılımcıların büyük bölümünün tedavi süreçlerine ilişkin genel olarak, tedavi süreçlerinin sonunda hangi hedeflere ulaşmak istedikleri konusunda oldukça düşük düzeyde olsa da belirli bir farkındalık düzeyinde oldukları, görüşme dökümleri incelendiğinde, araştırmacının hatırlatması vesilesiyle isteklerinin bulunduğu ama bunları tanımlayamadıkları konulara ilişkin de farkındalık düzeylerinin arttığı gözlenmiştir. Diğer bir ifadeyle, kronik hastalık sahipleri bir bütün olarak sağlıklı olma hedefine ulaşmayı isterken detay hedeflere ilişkin tanımlamalarda doktor desteğine gereksinim duymaktadırlar. Özet olarak, katılımcıların süreçle ilgili olarak bilinçli, elle tutulur hedefler koymaktan uzak oldukları, araştırmacının yönlendirmesi doğrultusunda hangi tür hedefleri koyabileceklerinin farkına vardıkları söylenebilir.

Bu çalışmaya benzer konuda incelemeler yapan ve sonunda bir model önerisi getiren Hägglund ve arkadaşlarının (2010) araştırmasında, katılımcıların çeşitli personel davranışları, zaman, sağlık kuruluşu, bilgilendirmenin niteliği, işlevsellik, hastanede yürütülen etkinlikler ve sağlık sisteminin kurumsal yapısının hastaların bakım süreçleri üzerindeki etkileri incelenmiştir. Çalışmada ulaşılan sonuçlar incelendiğinde sayılan konuların hastaların kısa süreli ve uzun süreli bakım hedefleri üzerinde çeşitli düzeylerde etkilerde bulunduğu gözlenmiştir. Bu çalışmanın yanı sıra, Strandberg-Larsen ve arkadaşlarının (2007), Wagner ve arkadaşlarının (2005) ve Epping-Jordan ve arkadaşlarının (2004) çalışmalarında da hedef odaklı bakım süreçlerinin yürütülmesinde, hastanın merkeze alınmasını, hastanın kısa ve uzun süreli hedeflerinin gerçekleştirilmesi için planların yapılması önerilmektedir.

Tedaviye yönelik hedef konusunda katılımcılar, hastalığa yönelik hedefler, tedaviye yönelik hedefler ve konuyla ilgili öneriler temalarını oluşturmuşlardır. Hastalığa yönelik hedefler temelde iki konuya odaklanmaktadır. Bunlardan ilki hastalığın seyri, ilerlemesinin durdurulması, diğeri de kullanılan ilaçların dozunun hastayı memnun edecek düzeylere getirilmesiyle ilişkilidir. Hastalığa yönelik kısa süreli hedefler bağlamında katılımcıların verdikleri örnekler arasında şunlar gösterilebilir: Hastalıktan kurtulmak, ameliyat olmadan iyileşmek, kullanılan ilaçların azaltılması, rahat nefes alabilmek, tansiyonun düşmesi, kemik dansitesinin

yükselmesi, astımın etkilerinin azaltılması, kiloyu kontrol altına almak, tsh değerlerinin istenen aralıkta tutulması, şeker düzeyini kontrol altında tutmak, kalp krizi yaşamamak, hba1c'nin 6.5'in altında tutulması, hastalığın vücuda en az düzeyde zarar vermesini sağlama, hastalığın ilerlemesini durdurma, damarlarda tıkanıklık olmasını önlemek, mevcut iyilik halini korumak, diyalize girmemek, tansiyonun yükselmemesi.

Katılımcılar, hastalıkla ilgili hedefler konusunda, tıbbi verilerin öncelikli olmasını, yani doktorların hedef koymada hastaya yardımcı olmasını istemektedirler. Bu anlayış genel olarak, hastaların tıbbi bilgilerinin eksik olduğunu kabullenmesi düşüncesine yatmaktadır. Bu konuda bir katılımcının “hasta kendi iç organlarının yerini bilmiyor, nasıl hedef koyacak” anlamına gelen görüşleri dikkat çekicidir.

Katılımcıların hedef odaklı bakım konusunda görüş belirttikleri ikinci konu (ikinci tema) günlük yaşama ilişkin hedefler konusundadır. Katılımcılar bu konuda genel olarak yaşamlarını huzurlu ve mutlu bir biçimde geçirip, yaşamın günlük rutinlerini herhangi bir zorluk yaşamadan yerine getirmeyi, kendilerini mutlu kılacak, yapmaktan hoşlandıkları etkinliklere yönelmeyi dile getirmektedirler. Günlük rutine ve yaşama dönük uzun süreli hedeflerle ilgili olarak katılımcıların verdikleri örnekler arasında şunlar gösterilebilir: Huzur ve mutluluğu yakalamak, stresten uzak olmak, bedenen ve ruhen iyi hissetmek, yaşam konforunun artması, rahat yürüyüş yapabilmek, evde hayvan besleyebilmek, rahatça spor yapabilmek, kişisel bakım için zamanının olması, düzgün yemek yiyebilmek, yılda bir hafta istediği yemekleri sınır olmadan yiyebilmek, turist gibi gezebilmek, yaşamın lükslerinden uzak kalmamak, elden ayaktan düşmemek, sağlıklı yaşam sürmek, doğduğu şehri uzun süreli ziyaret etme, günlük rutini sürdürebilme, kendine zaman ayırabilme (hobiler, eğlence, düşünme ... gibi), şeker düşmeden oruç tutabilmek, mutlu hissetmek, ruh sağlığını korumak, yılda bir hafta sınırsız yemek yiyebilmek, kendine yetebilmek, ağrıların azaltılması, sağlıklı bir şekilde ölüm”.

Hedef odaklı bakım konusunda araştırmacının bilgilendirmelerine dayanarak katılımcı kronik hastalık sahipleri de sağlık sistemi ve ilgili diğer konularda

yapılmasını önerdikleri kimi iyileştirmelerle hedef odaklı bakım konusunda mesafe kat edilebileceğini düşünmektedirler. Bu öneriler arasında en dikkat çeken “ulusal düzeyde hasta takip sisteminin” kurulmasıdır.

Katılımcıların hedef odaklı bakım konusunda gündeme getirdikleri dikkat çeken ikinci öneri “psikolojik hedeflere yönelmeye” dönüktür. Kronik hastalık sahiplerine göre, hedef odaklı bakımda en fazla gündeme gelmesi gereken konulardan birinin de psikolojik hedefler konulmasının gerekliliğidir. Kronik hastalıklar doğası gereği hastaların birden fazla alanda yaşam kalitelerinin düşmesine, günlük yaşamlarının çoğu kez sekteye uğramasına neden olmaktadır. Bunun doğal bir sonucu olarak da hastalarda psikolojik yıpranma durumları gözlenmektedir.

Hedef odaklı bakım konusunda katılımcıların getirdikleri diğer öneriler, çalışmanın diğer kategorilerine ilişkin görüşlerini çağrıştıracak benzerlikler içermektedir. Örnek olarak; “doktorların hastaların önerilerini dikkate alması, aile hekimleriyle işbirliğinin artırılması, ailenin hastalık öyküsünün dikkatli incelenmesi, gerçekçi ve uygulanabilir hedefler konulması, tedavinin sürekliliğinin sağlanması, kişiselleştirilmiş tedavide teknolojiden yararlanılması, doktorların deneyimlerine ve tıbbi bilgi birikimlerine dayanarak hedeflerin belirlenmesinde yol gösterici olması ve hastalıkları konusunda hastaların bilgilendirilmesi ve eğitilmesinin sağlanmasıdır (internet kaynağı, broşürler, ... gibi)”.

Bu çalışmada hedef odaklı bakım konusunda ulaşılan sonuçların benzerlerine, Berntsen ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında da rastlanmaktadır. Söz konusu çalışmada da katılımcılar, bakım süreçlerinde olaylardan (ilaç dozu ayarlama, akut tedavi aşamaları gibi) çok hastaların taleplerine öncelik verilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Benzer bulgulara Glasgow ve arkadaşlarının (2005), Schoen ve arkadaşlarının (2007), Jha ve arkadaşları (2008) ile Gallacher ve arkadaşlarının (2011) çalışmalarında da gözlenmiştir. Sayılan araştırmalarda farklı ülkelerde kronik hastalık sahiplerinin hastane deneyimleri incelenmiş ve bireysel bakım süreçlerinde hastaların taleplerinin önceleme gerektirdiği yönünde öneriler getirilmiştir.

Alan yazındaki çalışmalar incelendiğinde, bu çalışmada ulaşılan bulgulara benzer şekilde katılımcılar, bakım süreçlerinde hastaların deneyimlerinin dikkate alınmasının önemi üzerinde durmuşlardır (Haggerty ve arkadaşları, 2003; Glasgow ve diğerleri, 2005; Campbell, Gately ve Gask, 2007; Schoen ve diğerleri, 2007; Jackson ve arkadaşları, 2012; Berntsen ve diğerleri, 2018).

Ong ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında da bu çalışmada hastaların talep ettikleri gibi, hastalıktan çok, hastanın hedeflerine göre bakım süreçlerinin yönlendirilmesine dönük öneriler getirilmiştir. Hastalık odaklı bakım süreçleri, hastalığın sağaltılması için geçici çözüm önerilerini işe koşarken, hasta odaklı bakım süreçleri hastanın uzun solukla hedeflerine odaklanmakta, böylelikle hastanın çok boyutlu taleplerinin göz önünde bulundurulmasını sağlamaktadır.

65 yaş üzeri ve birden fazla hastalığa sahip olan ve dört yıldan fazla süredir hastalığıyla mücadele eden katılımcıların tedavi hedeflerinin belirlenmesinde sıklıkla rahat nefes alabilme, rahat yürüyebilme, rahat uyku uyuyabilme gibi günlük yaşamı rahatlıkla devam ettirmeye dönük hedefler koyma ve başkalarına bağımlı olmadan yaşamlarını sürdürme eğiliminde oldukları görülmektedir. Kuluski ve diğerleri (2013) tarafından yürütülen çalışmada da benzer bulgulara ulaşıldığı görülmektedir. Yanı sıra, yaş farkından bağımsız olarak tek rahatsızlığı olup ta üç yıldan az süredir hastalığıyla mücadele eden katılımcıların ise tedavi süreçleriyle ilgili olarak öncelikle kan şekeri ve kan basıncı seviyesinin düşürülmesi, kemik yoğunluğunun artırılması gibi teknik detaylara yöneldikleri görülmektedir.

Sonuç olarak, hastaların kişisel bakımları ve tedavileri için hedef koymalarının önünde kimi engeller bulunduğu gözlenmektedir. Bunlar arasında öncelikle sağlık sisteminin yapısının hastaların tıbbi bilgilerinin hastalar ve doktorlar tarafından eşzamanlı olarak takibine yeterli düzeyde izin vermemesi, doktorların tedavi bakımına yönelik hedef koyma konusunda yeterli deneyim, beceri ve isteklerinin bulunmaması, hastaların günlük yaşamı iyileştirmeye ve uzun süreli sağaltıma ilişkin tedavi hedeflerini koymaya yönelik doktorlardan beklenti içerisinde olmaları sayılabilir. Türkiye’de hasta profilinin eğitim, gelir düzeyi, hastalık süresi, sosyal çevre ve benzeri

değişkenler bağlamında ele alındığında tedavi hedeflerini belirlemeye dönük olarak her şeyi doktorların kararına bırakma ile sürecin tüm aşamalarında kendi belirlediği hedefleri temelinde etkili olmayı isteme arasında dağılım gösteren bir çizgi izlediği düşünülebilir.

5.1. Araştırmanın Güçlü Yanları

Türkiye’de kronik hastalıkların yönetiminde hastaların hedef odaklı bakım konusundaki algısını değerlendiren çalışmaya ulaşamamıştır. Yanı sıra uluslararası alanyazın incelendiğinde doğrudan bu konuyu araştıran çalışmaya ulaşamamış olmakla birlikte, kronik hastalık sahiplerinin sağlık sisteminin yapısını ve tedavi süreçlerini değerlendirdikleri parçalı çalışmalara ulaşılmıştır.

Çalışmada katılımcıların kronik hastalıklarına ve tedavi süreçlerine ilişkin görüşleri bütüncül olarak incelenmiş, hem hastaların sürecin bütününe ilişkin genel değerlendirmeleri arasındaki benzerlik ve farklılıklar ortaya konulmuş hem de tedavi süreçlerinin iyileştirilmesi konusundaki önerileri değerlendirilmiştir. Hedef odaklı bakım konusunda ilgili alanyazında bu çalışmaya birebir benzeyen bir çalışmaya ulaşamamış olması, bu araştırmayı temel tıp bilimleri için değerli kılmaktadır.

5.2. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Çalışmaya Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne bağlı Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi’ne kayıtlı kronik hastalığı olan ve birinci basamakta kayıtlı kronik hastalığı bulunan farklı yaş gruplarındaki 16 birey katılmıştır. Fenomenolojik araştırmaların doğası gereği, bu çalışmadaki katılımcı sayısı oldukça yeterli görülmekle birlikte, çalışma örnekleminin İstanbul ilinden seçilmesi, Türkiye’nin diğer bölgelerindeki kronik hastalık sahiplerinin görüşleri arasındaki benzerlik ve farklılıkların ortaya konulamamasına neden olmaktadır.

5.3.Öneriler

Bu çalışmada Türkiye’de kronik hastalık sahiplerinin genel olarak sağlık sistemi ve hedef odaklı bakım konusundaki görüşleri incelendiği için çalışma var olan durumu ortaya koymaya dönüktür. Hedef odaklı bakım konusunda bir model önerisi geliştirebilmek için, sınırlandırılmış çalışma çerçevesi çizilerek hedef odaklı bakım konusunda Türkiye koşullarına uygun olacak bir model önerisi geliştirilebilir.

Çalışmanın kısıtlılıkları bölümünde bahsedilen örneklem grubunun özellikleri dikkate alındığında, hedef odaklı bakım konusunda Türkiye’nin farklı coğrafi bölgelerindeki (sosyo-ekonomik yapı, kültürel yapı, nüfus değişkenleri gibi) farklı özelliklere sahip katılımcılardan oluşan daha büyük bir örneklem grubuyla çalışmanın tekrarlanması, hem bu araştırmada ulaşılan sonuçların desteklenmesi, hem de farklı kültür, nüfus yapısı ve sosyo-ekonomik düzeye sahip katılımcıların konu ile ilgili değerlendirmelerinin ortaya konulması açısından yararlı olacaktır.

Ulaşılan sonuçlar, tedaviye ilişkin bilinçli hedef koyma konusunda Türkiye’nin yanı sıra, gelişmiş toplumlar haricinde, dünya genelinde toplumun birçok katmanında, benzer durumların gözleendiğini düşündürmektedir. Çalışma konusunun görece yeni olması, araştırmacıda ilerleyen dönemlerde araştırma konusuyla ilgili yeni çalışmaların yapılabileceği beklentisini oluşturmuştur. O nedenle, farklı kültür ve coğrafyaları içerecek biçimde, araştırmanın geniş bir grupta yinelenmesi toplum ve kurumlar nezdinde farkındalık oluşturulmasına önemli katkılar sunabilir.

6. KAYNAKÇA

13. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Sempozyumu Katılımcıları, 2014. *13. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Sempozyumu Sonuç Bildirgesi*. Adana, yazarı bilinmiyor
- Akalın, E. & Tanrıöver, M. D., 2012. *Sürdürülebilir sağlık sistemi için kronik hastalık yönetiminde elektronik sağlık kayıtlarının rolü*. [Çevrimiçi]
Available at: <http://tusiad.org/tr/yayinlar/raporlar/item/6010-surdurulebilir-saglikesistemi-icin-kronik-hastalik-yonetiminde-elektronik-saglik-kayitlarinin-rolu/>
[Erişildi: 5 5 2018].
- Akman, M., 2010. Family practice and chronic care model. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 1(14), pp. 32-37.
- Anderson, G., 2010. *Robert Wood Johnson Foundation*. [Çevrimiçi]
Available at: [file:///C:/Users/asus/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/rwjf54583%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/asus/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/rwjf54583%20(1).pdf)
[Erişildi: 10 10 2019].
- Başak, O. & Saatçi, E., 2011. *Aile hekimliği Avrupa Tanımı*. basım yeri bilinmiyor:Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları.
- Beaglehole, R. ve diğerleri, 2008. Improving the Prevention and Management of Chronic Disease in Low-income and Middle-income Countries: a priority for primary health care.. *The Lancet*, 372(9642), pp. 940-949 .
- Bergman, H., Karunanathan, S. & Robledo, L., 2013. The Needs Of The Older Population: A Global Challenge. *Can Geriatr J*, pp. 16:61-65.
- Berntsen, G. ve diğerleri, 2018. A person-centered integrated care quality framework, based on a qualitative study of patients' evaluation of care in light of chronic care ideals. *BMC Health Serv Res*, Issue 18, p. 479.
- Bodenheimer, T., 2002. Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness.. *JAMA*, 288(14).
- Boeckxstaens, P., De Smedt, P. & De Maeseneer, J., 2011. The Equity Dimension in the Quality and Outcomes Framework. *BMC*, 31(1), p. 209.

- Boeckstaens, P. ve diğerleri, 2016. A Qualitive interpretation of challenges associated with helping patients with multipl chronic diseases identified their goals. *Journal of Comorbidity*, 6(2).
- Boinet, E., 1911. *Les Doctrines Medicales*. Paris: yazarı bilinmiyor
- Büyüköztürk, Ş. ve diğerleri, 2008. *Bilimsel araştırma yöntemleri*. Ankara: Pegem A Yayıncılık.
- Campbell, S. M., Gately, C. & Gask, L., 2007. Identifying the patient perspective of the quality of mental healthcare for common chronic problems: a qualitative study. *Chronic Illn*, 1(3), pp. 46-65.
- Crookshank, F. G., 1926. Bradshaw Lecture on The Theory Of Diagnosis.. p. 995.
- De Maeseneer, J., 2018. Hedef odaklı bakım: multimorbiditeye yaklaşımda paradigma değişiyor mu?. %1 içindeM. Akman, dü. *Aile Hekimliği ve Birinci Basamak*. İstanbul: TAHEV yayınları, pp. 67-68.
- De Maeseneer, J. & Boeckstaens, P., 2012. James Mackenzie Lecture 2011: multimorbidity, goal-oriented care, and equity. *British Journal of General Practice*, 600(62), pp. 522-524.
- De Maeseneer, J., Driel, M. V., Green, L. & Weel, C. V., 2003. The Need For Research İn Primary Care. *The Lancet*, pp. 362(9392):1314-1319.
- De Maeseneer, J., Prins, L. D. & Gosset, C., 2003. Provider Continuity İn Family Medicine: Does It Make A Difference For Total Health Care Costs?. *Ann Fam Med*, pp. 1:144-148.
- Ekiz & Durmuş, 2003. *Eğitimde Araştırma Yöntem ve Metotlarına Giriş, Nitel, Nicel ve Eleştirel Kuram Metodolojileri*. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Epping-Jordan, J. E., Pruitt, S. D., Bengoa, R. & Wagner, E. H., 2004. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Quality and safety in healthcare*, 4(13), pp. 299-305.
- Faxon, D., Schwamm, L. & Pasternak, R., 2004. Improving quality of care through disease management principles and recommendations from the American Heart Association's Expert Panel on Disease Management. *Circulation Journal of American Heart Association Stroke*, 35(6), pp. 1527-1530.
- Ferris, R. ve diğerleri, 2017. Perspectives Of Patients, Clinicians, And Health System Leaders On Changes Needed To Improve The Health Care And Outcomes Of Older Adults With Multiple Chronic Conditions. *J Aging Health*, pp. 5:778-799.

- Fried, T., Tinetti, M. & Iannone, L., 2011. Primary Care Clinicians' Experiences With Treatment Decision Making For Older Persons With Multiple Conditions. *Arc Intern Med*, pp. 171:75-80.
- Gallacher, K., May, C. R., Montori, V. M. & Mair, F. S., 2011. Understanding patients' experiences of treatment burden in chronic heart failure using normalization process theory. *Ann Fam Med*, 3(9), pp. 235-43.
- Garber, A. M., 2005. Evidence-based guidelines as a foundation for performance incentives. *Health Aff (Millwood)*, Issue 24, pp. 174-179.
- Gilles, J., 2005. Hippocrates' problem, Aristotle's answer. %1 içinde *Getting it Right in the Consultation*. London: Royal College of General Practitioners, p. 86.
- Glasgow, R. E. ve diğerleri, 2005. Development and validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC). *Med Care*, 5(43), pp. 436-44.
- Grover, A. & Joshi, A., 2014. An overview of chronic disease models: a systematic literature review. *Global journal of health science*, 7(2), pp. 210-27.
- Guyatt, G., Cairns, J. & Churchill, D., 1992. Evidence Based Medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*, 268(17), pp. 2420-25.
- Haggerty, J. L. ve diğerleri, 2003. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, 7425(327), pp. 1219-21.
- Hägglund, M. ve diğerleri, 2010. A new approach for goal-oriented analysis of healthcare processes. *Studies in health technology and informatics*, Issue 160, pp. 1251-5.
- Halloran, O., Miller, J. & Britt, H., 2004;21. Defining Chronic Conditions for Primary Care with ICPC2. *Fam Pract*, Cilt 3, pp. 381-6.
- Haskett, T., 2016. Chronic Illness Management: Changing the System. *Home Health Care Management & Practice*, 18(6), pp. 492-4.
- Heath, I., Rubinstein, A. & van Driel, M. L., 2009. Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity. *BM*, Cilt 338, pp. 911-3.
- Hickman, M., Drummond, N. & Grimshaw, J., 1994. A taxonomy of shared care for chronic disease. *J Public Health Med.*, 16(4), pp. 447-54.
- Jackson, K., Oelke, N. D., Besner, J. & Harrison, A., 2012. Patient journey: implications for improving and integrating care for older adults with chronic obstructive pulmonary disease. *Can J Aging*, 2(31), pp. 223-33.

- Jha, A. K., Orav, E. J., Zheng, J. & Epstein, A. M., 2008. Patients' perception of hospital care in the United States. *N Engl J Med*.
- Kleinman, A., Eisenberg, L. & Good, B., 1978. Clinical Lessons From Anthropologic and Cross-Cultural Research. %1 içinde *Culture, Illness, and Care*. basım yeri bilinmiyor:yazarı bilinmiyor, p. 88.
- Kuluski, K. Ashi. G, Naganathan, G., Upshur, R., Jaakkim, R.L, Wodchis, P. 2013. A qualitative descriptive study on the alignment of care goals between older persons with multi-morbidities, their family physicians and informal caregivers. *BMC Family Practice* 2013 14:133. doi:10.1186/1471-2296-14-133
- Lenzen, S. A. ve diğerleri, 2016. What does it take to set goals for self-management in primary care? A qualitative study. *Family Practice*, 6(33), pp. 698-703.
- Levenstein, . J. H. ve diğerleri, 1986. The patient-centred clinical method: A model for the doctor-patient interaction in family medicine.. *Family practice*, 1(3), pp. 24-30.
- McWhinney, I. R. & Freeman, T., 2009. %1 içinde D. Güldal, dü. *Textbook of Family Medicine*. İstanbul: Medikal Akademi Yayıncılık, pp. 19-21.
- Mold, J., 2017. Goal-Directed Health Care: Redefining Health And Health Care İn The Era Of Value-Based Care. *Cureus*, p. 9(2).
- Mold, J., Blake, G. & Becker, L., 1991. Goal-Oriented Medical Care. *Fam Med*, pp. 46-51.
- Mold, J. W., 1995. An Alternative Conceptualization of health and health care. *Educational Gerontology*, Cilt 21, pp. 85-101.
- Norbury, M., Fawkes, N. & Gutrie, B., 2011. Impact of the GP contract on inequalities associated with influenza immunisation. *BMJ*, 61(588), pp. 379-85.
- Ong, K. Y., Lee, P. S. S. & Lee, E. S., 2019. Patient-centred and not disease-focused: a review of guidelines and multimorbidity. *Singapore Med J*, Issue 1, pp. 2-8.
- Østbye, T., Yarnal, K. & Krause, K., 2005. Is There Time for Management of Patients with Chronic Diseases in Primary Care?. *The Annals of Family Medicine*, 3(3), p. 209.
- Özpancar, N. & Fesci, H., 2008. Hipertansiyon ve yaşam kalitesi. *Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi*, 12(8), pp. 4-7.
- Reuben, D. B., 2007. Better Care For Older People With Chronic Diseases: An Emerging Vision. *JAMA*, pp. 298:2673-2674.

- Reuben, D. B. & Jennings, L. A., 2019. Putting goal-oriented patient care into practice. *The American Geriatrics Society*, Cilt 00, pp. 1-3.
- Reuben, D. B. & Tinetti, M. E., 2012. Goal-Oriented Patient Care: An Alternative Health Outcomes Paradigm. *N Engl J Med*, pp. 366:777-779.
- Robben, S., Perry, M. & Rikkert, M. O., 2011. Carerelated Goals Of Community-Dwelling Frail Older Adults. *J Am Geriatr Soc*, pp. 59:1552-1554.
- Rothman, A. & Wagner, E., 2003. Chronic illness management: what is the role of primary care?. *Annals of Internal Medicine*, 138(3), pp. 256-26.
- Sandelowski, M., 2004. Using Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, Issue 14, pp. 1366-86.
- Schoen, C. ve diğeri, 2007. Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries. *Health Aff*, 6(26), pp. 717-34.
- Sheri Pruitt, ve diğeri, 2002. *Innovative Care for Chronic Conditions Building Blocks for Action*. [Çevrimiçi]
Available at: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccreport/en/>
[Erişildi: 11 2019].
- Shortell, S. & Kaluzny, A., 2006. Health care management: organisation design and behaviour. *Thomson Delmar Learning*, Issue 5.
- Silverman, D., 2001. *Interpreting qualitative data: Methods for analysing talk, text, and interaction*. 2. dü. London: SAGE.
- Starfield, B., 2006. Threads and yarns: weaving the tapestry of comorbidity. *Ann Fam Med*, Issue 4, pp. 101-103.
- Starfield, B., Shi, L. & Macinko, G. J., 2005. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*, Issue 83, pp. 457-502.
- Stewart, M. ve diğeri, 2003. %1 içinde *Patient-centered medicine – transforming the clinical method*. basım yeri bilinmiyor: Radcliffe Medical Press, p. 376.
- Strandberg-Larsen, M., Nielsen, M. B. & Krasnik, A., 2007. Are joint health plans effective for coordination of health services? An analysis based on theory and Danish pre-reform results. *International Journal of Integrated Care*, Issue 7.
- Tinetti, M. ve diğeri, 2016. Patient Priority – Directed Decision Making And Care For Older Adults With Multiple Chronic Conditions. *Clin Geriatr Med*, pp. 32:261-275.

- Tinetti, M., Fried, T. & Boyd, C., 2012. Designing Health Care For The Most Common Chronic Condition – Multimorbidity. *JAMA*, pp. 307:2493-2494.
- Vermunt, N. ve diğeri, 2018. A Three-Goal Model For Patients With Multimorbidity: A Qualitative Approach. *Health Expectations*, pp. 21(2):528-538.
- Wagner, E. H. ve diğeri, 2005. Finding Common Ground: Patient-Centeredness and Evidence-Based Chronic Illness Care. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, Issue 11.
- Waters, D. & Sierpina, V., 2006. Goal Directed Health Care and the Chronic Pain Patient. *Pain Physician*, Cilt 9, pp. 353-360.
- Weingarten, S. R., Henning, J. & Badamgarav, E., 2002. Interventions Used in Disease Management Programmes for Patients with Chronic Illness Which Ones Work? Metaanalysis of published reports.. *BMJ*, Issue 325, pp. 925-933.
- WHO, 2010. *The innovative care for chronic condition (ICCC)*. [Çevrimiçi]
Available at: <http://www.who.int/diabetesactiononline/about/ICCC/en/index.html>
[Erişildi: 1 2019].
- WHO, 2014. *Preparing a health care work force for the 21st century the challenge of chronic conditions*. [Çevrimiçi]
Available at: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/workforce_report.pdf
[Erişildi: 5 4 2018].
- WHO, 2018. *World Health Organization Noncommunicable Diseases*. [Çevrimiçi]
Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
[Erişildi: 5 3 2020].
- Wolff, J., Starfield, B. & Anderson, G., 2002. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med*, Issue 162, pp. 2269-76.
- Yıldırım, A. & Şimşek, H., 2005. *Sosyal bilimlerde nitel araştırma Yöntemleri*. Ankara: Seçkin.

7. EKLER

7.1. Ek-1 Bilgilendirme ve Onam Formu:

Kronik Hastalık Yönetiminde Hedef Odaklı Bakım: Hasta Algısını Değerlendiren Kalitatif Bir Çalışma

Bu araştırma Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik EAH. Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülmektedir. Araştırmanın amacı kronik hastalıkların tedavi sürecine hasta katılımı konusunda düşüncelerinizi öğrenmektir.

Bu amaçla hastalarla yüz yüze görüşmeler (45-60 dakika) yapılarak bazı soruları cevaplamanız istenecektir. Sizden kan gibi herhangi bir biyolojik örnek alınmayacaktır. Katılımcıların kimlik bilgileri gizli tutulacaktır.

Araştırmaya katılmayı reddetme ve yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Reddetmenizin ya da araştırmadan ayrılmanızın size olumsuz bir yansıması olmayacaktır.

Araştırmaya katılanlara herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi kendilerinden de herhangi bir maddi talepte bulunulmayacaktır.

Bu koşullar altında araştırmamıza katılmayı kabul etmenizi dileriz. Araştırma süresince sorularınız olması durumunda, mesai saatleri içinde Dr. Ahmet Emre BAHADIR'a 0216 625 4545-9099 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Saygılarımızla.
Prof. Dr. Mehmet AKMAN
Araştırma ekibi adına araştırma danışmanı

İkinci bölüm: (Katılımcının/Hastanın Beyanı) (bu bölüm hazırlanan gönüllü olur formunun sonuna eklenmelidir)

Sayın Dr. Ahmet Emre BAHADIR tarafından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; mesai saatlerinde, Dr. Ahmet Emre BAHADIR'a 0216 6254545 no'lu telefon ile yahut Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda ulaşabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU (AYRI SAYFADA)

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin adı-soyadı, imzası, adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Açıklamaları yapan araştırmacının adı-soyadı, imzası

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin adı-soyadı, imzası, görevi

**7.2. Ek-2 Kronik Hastalık Yönetiminde Hedef Odaklı Bakım: Hasta Algısını
Değerlendiren Kalitatif Bir Çalışma Sosyodemografik Veri Formu**

Adı Soyadı	
TC Kimlik No	
Yaş	
Cinsiyet	1. Kadın
	2. Erkek
Tarih	/...../.....
1.Medeni durum	1.Bekar
	2.Evli
	3.Boşanmış
	4.Dul
2.Eğitim Durumu	1.Okur yazar değil
	2.Okur yazar
	3.İlkokul mezunu
	4.Ortaokul mezunu
	5.Lise mezunu
	6.Üniversite ve üzeri
3.Kimlerle yaşadığı (Aynı evde yaşayan kişi sayısı ve ilişki derecesi belirtilmeli)	1.Ebeveynleri ile
	2.Başka akraba ile
	3.Eş ve çocukları ile
	4.Yalnız
	5.Sosyal kurum
	6.Evsiz
	7.Geniş aile
	8.Diğer

4.Çalışma durumu	1.Çalışıyor
	2.Çalışmıyor
	3.Emekli
	4.Öğrenci
5. Meslek	1.Memur
	2. İşçi
	3. Esnaf
	4. Diğer
6. Sağlık Güvencesi	1. SSK
	2.Bağkur
	3.GSS
	4.Özel Sağlık Sigortası
	5. Diğer (açıklayınız)
7.Hangi sağlık kuruluşlarından hizmet alıyorsunuz?	1. Aile sağlığı merkezi
	2. Devlet hastanesi
	3. Eğitim araştırma / Üniversite hastanesi
	4. Özel hastane
	5. Özel muayenehane
8. Emeklilik Planları	1.SGK ile Emeklilik
	2.Otomatik Katımlı BES
	3.BES (Bireysel Emeklilik Sistemi)
	4.Diğer (açıklayınız)

9.Yaşadığı hanenin aylık gelir miktarı (TL)	1. 0-1999 TL
	2. 2000-3999 TL
	3. 4000-5999 TL
	4. 6000-7999 TL
	5. 8000 ve üzeri TL

10. Tanı Almış Hastalıkları ve Süreleri	
11. Kullandığı ilaçlar	
12. Sigara Kullanımı	1. İçiyor 2.İçmiyor 3.Bırakmış

13. Alkol Kullanımı	1.Kullanıyor 2.Kullanmıyor
14. Ailede Kronik Hastalık Öyküsü	
15. Hastane yatış öyküsü ve geçirilmiş operasyonlar	

7.3. Ek-3 Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Hastalık ve sağlık

- Sizce sağlıklılık hali nedir? Kime sağlıklı dersiniz? Sizce kim sağlıklıdır?
- Peki kronik hastalık denildiği zaman ne anlıyorsunuz?
- Kendinizi bir hasta olarak nasıl tanımlarsınız?
- Bir hastanın tedaviye uyumu denildiğinde ne anlıyorsunuz?
 - Size beslenme alışkanlıklarınızda değişiklik önerildiğinde nasıl karşılıyorsunuz?
 - Mesela size bir antibiyotik reçete edildi ve tedavinin 3.gününde kendinizi gayet iyi hissettiniz. Bundan sonraki tedaviye yaklaşımınız nasıl olur?
- Hastalığınızın hayatınız üzerinde ne gibi etkileri oluyor?
 - Olumsuzluklardan bahsettiniz! Bu olumsuzlukları biraz açabilir misiniz?
 - Konu bir hastalık olduğunda bulması zor olacak ancak aklınıza gelen olumlu etkilerden bahseder misiniz?
- Kronik hastalıkla birlikte yaşarken ulaşmak istediğiniz hedef nedir?
 - Sağlık hedefi; hastalığınızın yol açabileceği sağlık sorunlarını da göz önüne alarak düşündüğünüz zaman sizce sizin hastalığınız hangi seviyede ve siz bunun hangi seviyede kalmasını istersiniz?
 - Sağlık hedeflerine ulaşmak için sizi engelleyen durumlar nelerdir?
 - Hedeflerin gerçekleşmesi için sizde, çevrenizde ya da sağlık sunucusunda eksiklikler nelerdir?
 - Hedeflerinizi gerçekleştirmek konusunda sizi kimler destekler?
 - Nasıl bir destekten söz ediyoruz?

Sağlık Hizmet Sunumu

Sağlık hizmetlerini düşündüğümüzde personeller (doktorlar, hemşireler, sekreterler vb.), hastalar, sağlık kuruluşunun fiziki koşulları, yürütülen sağlık politikaları gibi pek çok kavram üzerinde şekillenmektedir. Şimdi sistem içindeki tüm bu halkaları da düşünerek sağlık hizmetiyle ilgili tecrübelerinizi dinlemek istiyorum.

- Aldığınız sağlık hizmetini nasıl değerlendirirsiniz?
 - Sağlık sunucuları ile aranızdaki iletişimi nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - Sağlık sunucularının sizinle empati kurduğunu düşünüyor musunuz?
 - Sağlık sunucularınızın sağlığınız üzerinde ne gibi etkileri olduğundan bahseder misiniz?
 - Olumlu ya da olumsuz örnekler vererek açıklayabilirsiniz

- Sağlık hizmetine ulaşmakta ne gibi zorluklar yaşıyorsunuz?
- Kronik hastalıklar genellikle birliktelik gösterirler ve birden fazla uzman hekimin tedavi uygulanmasıyla sonuçlanır. Sizce bu süreç nasıl işliyor?
 - Daha önceki hastane deneyimlerinizi düşündüğünüzde iş birliği hakkında ne söyleyebilirsiniz?
 - Mesela daha önce bir sağlık kurumundan başka birine sevk edildiniz mi? Bu süreç nasıl işledi?
 - Ya da bir uzman hekim kendi alanıyla ilgili tedaviyi uyguladıktan sonra sizi bir başka hekime yönlendirdi mi? Bu süreçte neler yaşadınız?
- Sağlık sunucuları tedavinizin başarıya ulaşmasında size ne gibi katkılarda bulunur?
 - Hangi sıklıkla sizi desteklediklerini hissedersiniz?
 - Tedaviye ek olarak ne gibi önerilerde bulunurlar?
 - Bu önerilerin size; yaşantınıza, inançlarınıza; uygun olduğunu düşünüyor musunuz?
- Kronik hastalık yönetiminde size nasıl fırsatlar sunulur?

Karar Verme Süreci

- Hastalık ilişkili tedavi süreçlerinde kararları kim alıyor? Süreç nasıl işliyor? Bu konudaki deneyimlerinizi paylaşır mısınız?
- Kim ne kadar etkili?
 - Siz ne kadar katıldınız?
 - Sizin rolünüz neydi?
 - Hekimin rolü neydi?
- Alternatif tedavi seçenekleriyle ilgili sağlık personelleri ile neler konuştunuz?
 - Size seçmeniz için tedavi seçenekleri sunuldu mu?
- Sağlık profesyonellerinin ne oranda sizin kişisel tercihlerinizi bildiklerini düşünüyorsunuz?
 - Size önerilerde bulunurken yaşantınız, değerleriniz, inançlarınız ne ölçüde dikkate alındı?
- Sizin kişisel tercihlerinizin tedavi sürecindeki kararlarda ne kadar etkisi olduğunu düşünüyorsunuz?
 - Tedavi planlanırken size uygunluğu?
 - Yakınlarınızın ‘tedavi sürecinde sizi destekleyenlerin’ düşünceleri sürece katkısı hakkında ne düşünüyorsunuz?

Akut sağlık problemlerinde sağlık çalışanları hızlı karar alarak uygulamak durumunda kalabilirler ancak uzun dönem (kronik) hastalıklarda bir izlem/takip planı oluşturmak önemlidir. Burada farklı zamanlarda farklı uzmanlık dallarının birlikte çalışmasının organize edilmesinden bahsediyoruz.

- İzlem dediğimizde ne anlıyorsunuz?
- Daha önce kronik hastalığınızın takibi için size nasıl bir izlem planı oluşturuldu?
 - Size uygun mu?
 - Size danışıldı mı?
 - Eğer bir izlem planınız yoksa size yeni başlanan ya da kesilen bir tedavi sonrasında doktorunuz gelişmelerle ilgili nasıl bilgi alıyor? Telefonla aranmak, SMS, e-mail vb.

Hedefler ve Hedef Odaklı Bakım

Kronik hastalıklarda hedef ve hedefe ulaşmak için izlenecek yolların belirlenmesi hem hastalar hem de doktorları için son derece önemlidir.

- Peki siz ‘‘kronik hastalık yönetiminde tedavi hedefleri/ izlem hedefleri’’ denilince ne anlıyorsunuz?
- Son bir yıl içinde size uygulanan tedavilerde veya sağlıklılık halinin geliştirilmesi üzerine siz veya doktorlarınız tarafından ne tür izlem hedefleri belirlendi tarif edebilir misiniz?
 - Neden evet/ neden hayır?
- Siz ve sağlık profesyonelleriniz şu anda ya da gelecekteki sağlık hedefleriyle ilgili neler konuşuyorsunuz?
- Bir sağlık profesyoneli tarafından belirlenmemiş olsa da sizin şahsi izlem hedefleriniz illaki vardır. Bu hedeflerden bahsedebilir misiniz?
- Sağlık hedeflerinizin belirlenmesinde hangi faktörler rol almakta biraz bahsedebilir misiniz? İzlem hedefleri sizce nasıl belirlenmeli?
 - Neler dikkate alınmalı? Sosyal, kültürel ya da tıbbi faktörleri düşünürsek.
 - Kim tarafından belirlenmeli? Doktor mu hasta mı?
 - Nasıl planlanmalı?
 - Sağlık sunucularının size yaşantınıza uygun tedavi önerilerinde bulunduğunu düşünüyor musunuz?
 -
 - Bu belirlenen hedeflere siz ne kadar uyarsınız? Bu hedefler doktorlarınız tarafından ne lde takip edilir?

İzlem hedefleriniz hastalığınızın yaşantınızı nasıl etkilediğine, ulaşmak için neyin gerçekçi olduğuna ve yaşamınızda sizin için gerçekten önemli olana bağlı olacaktır.

Hedef odaklı bakım; kronik hastalık yönetiminde kişinin değerlerine, hayat beklentilerine göre özelleştirilmiş ve kişinin kendisinin de onayladığı sağlık hedefleri konularak hastalıklarının bu hedefler üzerinden takip edilmesini öneren bir yaklaşımdır.

- Tedavi hedefinin sizin tarafınızdan önerilen çizgide belirlenmesi konusunda ne düşünüyorsunuz?
- Uygulanan tedavinin başarısının da değerlendirilmesi sizin tarafınızdan olacak gibi düşünelim. Size verilen tedavinin hekim elindeki parametrelerden değil hastalıklarınızın olası komplikasyondan değil de sizin önceden belirlemiş olduğunuz hedefler üzerinden değerlendirilmesini nasıl karşılıyorsunuz?
- Peki şimdi net olarak düşünürsek sizin sağlık hedefleriniz nelerdir?
- Doktorların size bu hedefleri sorması ve hasta dosyasında hasta hedeflerin de yer alması konusunda ne düşünürsünüz?
- Böyle bir tedavi yaklaşımı uygulanıyor olduğunu varsayalım. Sizce bunun önündeki engeller nelerdir?
- Peki bu engelleri aşmak için bize neler önerebilirsiniz?

Size çok farklı bir kavramdan bahsettim bunun hakkında konuştuk. Konuşmamızdan öncesini ve şimdiyi düşünürseniz bundan sonraki hasta doktor ilişkinizdeki rolünüzü nasıl görüyorsunuz?