

# Kronik Hastalıkların Yönetimindeki Engeller

## Barriers to Management of Chronic Diseases: Review

Nurten KALENDER,<sup>a</sup>  
Hatice SÜTÇÜ ÇİÇEK<sup>a</sup>

<sup>a</sup>İç Hastalıkları Hemşireliği AD,  
GATA Hemşirelik Yüksek Okulu, Ankara

Geliş Tarihi/Received: 24.02.2013  
Kabul Tarihi/Accepted: 24.09.2013

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Nurten KALENDER  
GATA Hemşirelik Yüksek Okulu,  
İç Hastalıkları Hemşireliği AD, Ankara,  
TÜRKİYE/TURKEY  
nkalendar@gata.edu.tr

**ÖZET** Dünyada ve ülkemizde nüfusun yaşlanması ve beklenen yaşam süresinin uzamasıyla kronik hastalıkların görülme sıklığı da artmaktadır. Kronik hastalıklar nedeniyle bireyin yaşam kalitesi ve öz bakım gücü olumsuz etkilenmekte, morbidite ve mortalite riskleri artmaktadır. Bu durum, dünyada ve ülkemizde kronik hastalık yönetimini önemli hale getirmiştir. Kronik hastalıkların yönetimi, yalnızca hastalığın tedavisini değil, hastanın öz-yönetim becerisi kazanmasını, hastalıkla yaşamayı öğrenmesi için çeşitli eğitim-öğretim yöntemleriyle hazırlanması ve güçlendirilmesini içermektedir. Hastalığın etkili bir şekilde yönetilmesinde gerek hasta bireyin gerekse sağlık çalışanının beklentilerinin yeterince karşılanmadığı bildirilmektedir. Hasta bireylerin sağlık sisteminden beklentileri; hastalıkları hakkında sürekli bilgilendirilmek, bakımlarının devamlılığının sağlanması, özellikle uzman kişilerle sürekli iletişim içinde olmak, sağlık prosedürlerinin düzenlenmesi/hızlandırılması, yorgunluk, uyku bozuklukları, depresyon, kızgınlık, stres gibi semptomlarla baş edebilme yollarının öğretilmesidir. Sağlık çalışanının tutum ve bilgisi, etkili iletişim tekniğinin kurulması, kronik hastalıkların yönetiminde önemli bir yere sahiptir. Kronik hastalıkların yönetimine engel olan durumların incelendiği çalışmalarda, özellikle sağlık sistemi üzerinde durulmuştur. Hastalık yönetiminde en büyük engelin sıklıkla sağlık sisteminden kaynaklandığı ve herkesin ulaşabileceği, kapsamlı ve koordinasyonu sağlayan bir bakım sistemine gerek duyulduğu bildirilmiştir. Gelecek yıllarda kronik hastalıkların görülme sıklığının artacağı da göz önünde bulundurulduğunda, bu engellere yönelik önlem ve düzenlemeler yapılmalıdır. Bu makalenin amacı, kronik hastalıkların yönetiminde hasta ve sağlık personeli tarafından algılanan engeller hakkında bilgi vermektir.

**Anahtar Kelimeler:** Kronik hastalık; hastalık yönetimi; konu olarak hasta eğitimi; sağlık personeli

**ABSTRACT** With the ageing population of both the world and our country and the increase in the life expectancy frequency of chronic diseases is also increasing. Chronic diseases result in negative impacts on life quality and self-care ability, and rise in morbidity and mortality risks which makes the importance of chronic disease management implementations in the world and our country more significant. Management of chronic diseases includes not only treatment of patients but also enabling patients to gain self-management ability, preparing and supporting them with various educational and training services to enable them to learn how to live together with their problems. Expectations of diseased individuals as well as those of health care personnel have not been sufficiently met in terms of effective management of diseases which has been reported in several studies. Expectations of diseased individuals include, in addition to others, being continuously informed of their problems, ensuring continuity of their health care, being in continuous touch with, in particular, experts, re-arrangement/acceleration of health-related procedures, and being trained on how to cope with symptoms such as prostration, sleep disorders, depression, anger, and stress. Attitude and knowledge of health care staff and use of appropriate techniques when dealing with patients have an important role in management of chronic diseases. Particular focus has been placed on the health care system in the studies in which factors complicating the management of chronic diseases were assessed. It has been reported that the most significant barrier against the disease management was caused by the health care system and a system that enables access by everybody, and that comprehensive and coordination should be established. Considering the increase in frequency of chronic diseases in the near future necessary measures and improvements against the said barriers should be taken and made. The aim of this study is to provide information on the barriers in terms of management of chronic diseases perceived by patients and health care personnel.

**Key Words:** Chronic disease; disease management; patient education as topic; health personnel

**K**ronik hastalıklar, bir ya da daha fazla sistemde, geriye dönüşsüz yapı ve fonksiyon bozukluğuna yol açan ve hastalıkların bir-biri üzerine eklendiği uzun süreli sağlık sorunlarıdır.<sup>1</sup> Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre uzun süreli ve genellikle yavaş ilerleyen, Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi (National Center for Health Statistics)'ne göre ise üç ay ya da daha uzun süren hastalıklar kronik hastalıklar olarak tanımlanmaktadır.<sup>2</sup>

DSÖ verilerine göre kronik hastalıkların risk faktörleri arasında yer alan yüksek kan basıncı düzeyi %13, sigara kullanımı %9, yüksek kan glukoz düzeyi %6 ve fazla kilo ile obezite %5 oranında mortaliteye neden olmaktadır. Risk faktörleri ülkelere göre farklılık göstermekte olup, yüksek gelirli ülkelerde fiziksel inaktivite, yüksek kolesterol düzeyi; orta gelirli ülkelerde ise sigara kullanımı ile fazla kilo ve obezite daha sık görülmektedir. Türkiye'de fazla kilo, yüksek kolesterol ve kan basıncı düzeyi en sık görülen risk faktörleridir.<sup>3</sup>

Günümüzde tıp ve teknolojiye hızlı gelişmelere paralel olarak, beklenen yaşam süresindeki artış ile kronik hastalık insidansı artmıştır.<sup>4,5</sup> DSÖ'nün 2008 yılı verilerine göre, dünyadaki ölümlerin %63'ü kronik hastalıklar nedeniyle, bunların da %80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir. Kronik hastalıklara bağlı ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklar (%48), kanserler (%21), kronik solunum sistemi hastalıkları (%12) ile diyabet (%3) ilk sıralardadır ve çoğunluğu önlenemez olmasına rağmen 60 yaşından önce ölümle sonuçlanmaktadır.<sup>3</sup> Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011" verilerine göre ülkemizde ölüm nedenleri sıralamasında: dolaşım sistemi hastalıkları %39,86, neoplazmlar %21,2 ve solunum sistemi hastalıkları %8,89 ile ilk üç sırada yer almaktadır.<sup>6</sup> DSÖ'nün 2010 yılı verilerinde ise sıralamanın kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser ve kronik solunum sistemi hastalıkları olarak değişeceği öngörülmüştür. Türkiye'de kronik hastalıklar nedeniyle görülen ölümler toplam ölümlerin %85'ini oluşturmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar %49, kanserler %18, solunum sistemi hastalıkları %9 ile

ilk üç sırada, diyabet ise %2 ile son sırada yer almaktadır.<sup>3</sup>

Kronik hastalıklar morbidite ve mortalitenin yanı sıra sağlık harcamalarında da ciddi bir artışa neden olmaktadır. Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi [Center for Disease Control and Prevention (CDC)], kronik hastalıklara ayrılan harcamaların tüm sağlık harcamalarının %75'ini oluşturduğunu belirtmektedir.<sup>2</sup>

## KRONİK HASTALIKLARIN YÖNETİMİ

Kronik hastalıkların yönetimi, yalnızca hastalığın tedavisini değil, hastanın öz-yönetim becerisi kazanmasını, hastalıkla yaşamayı öğrenmesi için çeşitli eğitim-öğretim yöntemleriyle hazırlanması ve güçlendirilmesini içermektedir.<sup>7</sup> Kronik hastalıkların yönetimindeki başarının göstergeleri; acil birimlere başvuruların ve hastaneye yatışların azalması, hastalığın fizyolojik ve psikolojik etkilerinin sınırlandırılması, bağımlılığın önlenmesi ve yaşam kalitesinin artmasıdır.<sup>8-11</sup>

Literatürde hastalığın etkili bir şekilde yönetilmesinde gerek hasta bireyin gerekse sağlık çalışanının beklentilerinin yeterince karşılanmadığı bildirilmektedir.<sup>12-18</sup> Hasta bireylerin sağlık sisteminden beklentileri; hastalıkları hakkında; hastalığın potansiyel etkileri, tedavi yöntemleri konusunda sürekli bilgilendirilmek, bakımlarının devamlılığının sağlanması, özellikle uzman kişilerle sürekli iletişim içinde olmak, tedavi ve muayene süreci, faturalandırma gibi sağlık prosedürlerinin düzenlenmesi/hızlandırılması bağımlılık ve ağrı, yorgunluk, uyku bozuklukları, depresyon, kızgınlık, yalnızlık, hafıza kaybı, seksüel disfonksiyon, stres gibi semptomlarla baş edebilme yollarının öğretilmesidir.<sup>19</sup>

Nam ve ark.nın diyabet yönetiminde hasta ve sağlık personeli kaynaklı engelleri araştırdıkları sistematik incelemede çeşitli başlıklar belirlenmiştir. Tip 2 diyabetin yönetiminde hasta kaynaklı engeller; bağlılık, inanç, tutum, bilgi, kültür/etnik yapı, finansal kaynaklar, komorbid (eşlik eden bozukluk/hastalık) durumlar ve sosyal destek, sağlık personeli kaynaklı engeller ise; inanç, tutum, bilgi, hasta-sağlık çalışanı etkileşimi ve iletişimi ile sağlık bakım sistemi olarak gösterilmiştir.<sup>15</sup>

Nagelkerk ve ark. Tip 2 diyabeti bulunan bireylerin hastalıklarının yönetiminde yaşadıkları sıkıntıları ve karşılaştıkları engelleri incelemişlerdir. Bunlar; bilgi eksikliği, hastalığa özgü diyet programının anlaşılmasında, bireyselleştirilmiş bakımın uygulanmaması, glisemik kontrolün sağlanamamasına bağlı hayal kırıklığı ve çaresizlik duygusu, malzeme ve ilaç temininde yaşanan sıkıntılar, ilaç almayı hatırlamada güçlük, ilaç yan etkilerinin ve nasıl kullanılacağına bilinmemesi olarak bildirilmiştir.<sup>14</sup>

Kronik hastalıkların yönetimine engel olan durumların incelendiği çalışmalarda özellikle sağlık sistemi üzerinde durulmuştur. Örneğin, obez bireylerde hastalık yönetiminde en büyük engelin sıklıkla sağlık sisteminden kaynaklandığı ve herkesin ulaşabileceği, kapsamlı ve koordinasyonu sağlayan bir bakım sistemine gerek duyulduğu bildirilmiştir.<sup>17,18</sup> Kronik hastalık yönetimine engel olan durumlar hasta, sağlık çalışanı ve sağlık sistemi başlıkları altında burada incelenmiştir.<sup>12-18</sup>

## HASTA TARAFINDAN ALGILANAN ENGELLER

Ağrı, yorgunluk gibi semptomların tekrarlama, sürekli ilaç kullanımı, emosyonel stres varlığı gibi nedenler kronik hastalık yönetimini zorlaştırır.<sup>19</sup> Kronik hastalıkların yönetiminde hasta tarafından algılanan engeller; uyum, tutum ve inançlar, bilgi, sosyokültürel özellikler, finansal kaynaklar, komorbid durumlar ve sosyal destek başlıkları adı altında ele alınmıştır.

### UYUM

Uyum, hastanın sağlıkla ilgili önerileri kabul etmesi ve bunlara uyması olarak tanımlanmaktadır.<sup>20</sup> Bireylerin tedaviye uyumu mortaliteyi, sakatlık ve ölümleri azaltır, yaşam kalitesini artırır.<sup>15,21</sup> Tedaviye uyum bireyin yaşı, cinsiyeti, kişilik özellikleri ve mental kapasitesi, tedavi ekibi, ilaçla ilgili faktörler gibi birtakım değişkenlerden etkilenmektedir. Özellikle kullanılan ilaç sayısı ve yan etkileri nedeniyle tedaviye uyumsuzluk gelişmektedir.<sup>20</sup> Yapılan bir çalışmada, farklı ilaç rejimleri uygulanmış ve karşılaştırma yapılmış, günde bir kere uygulanan ilaç tedavisine uyumun iki kere

uygulanmaya oranla daha iyi olduğu gösterilmiştir.<sup>22</sup> Kronik hastalıkların tedavisinde bakımda sürekliliğin sağlanması ve bireyin aynı ekip tarafından tedavi edilmesi de önemlidir. Hastanın tedavi ekibine yakınlığı, onları tanınması ve güvenmesi tedavinin etkinliğine ve bireyin tedaviye olan uyumuna katkı sağlamaktadır.<sup>23</sup>

### TUTUM VE İNANÇLAR

Hastalar kişisel deneyimleri, bilgileri, değerleri, inançları ve gereksinimleri doğrultusunda hastalıklarını açıklamaya çalışırlar. Hastanın birey olarak hastalığına ilişkin yorumu, algısı ve değerlendirmeleri, ortaya koyduğu duygusal ve davranışsal tepkileri, baş etme biçimini, psikososyal zorlanma ve psikiyatrik bozukluk gelişimini ve yaşam kalitesini belirleyici bir unsurdur.<sup>24</sup> Yılmaz-Karabulutlu ve ark.nın hemodiyaliz hastaları ile yaptıkları çalışmada, bireylerin kronik bir hastalıkları olduğuna inandıkları, hastalıkla ilgili bireysel yönetimlerinin yüksek olduğu ve en fazla geçmişteki kötü tıbbi bakım ile stres ve endişenin hastalık nedeni olduğuna inandıkları gösterilmiştir.<sup>25</sup> Bireyler hastalığı bireysel yetersizlik ya da ceza olarak algılayabilirler. Hatta hastaların inanç ve değer yargıları hastalığın yönetimini zorlaştırabilir. Diyabetli bireylerin insülin kullanımının yaşamalarını kısıtlayacağı ve hastalıklarının daha da kötüleşeceğine inandıkları bildirilmiştir.<sup>26</sup>

### BİLGİ

Bireyler genellikle gerek hastalıkları gerekse uygulanan tedavileri hakkında yeterince bilgilendirilmemektedirler. Öztürk ve ark., hemodiyaliz hastalarıyla yaptıkları çalışmalarında hastaların %57,4'üne diyalize girdikleri süre içerisinde herhangi bir sağlık personeli tarafından kronik böbrek yetmezliği ve diyaliz hakkında yeterli bilgi verildiğini bildirmişlerdir.<sup>16</sup> Bazı çalışmalarda hastalığın yönetiminde bilme durumunun her zaman davranış değişikliğine neden olmadığı ve risk faktörlerinden korunmayı sağlamadığı gösterilmektedir.<sup>15</sup> Holmstrom ve Rosenqvist çalışmalarında hastalık hakkında daha az bilgiye sahip olan bireylerin hastalığa ilişkin daha güçlü tutumlar sergilediklerini ve kendi kendilerine bilgilene-

çalıştıklarını göstermişlerdir.<sup>27</sup> Diğer taraftan, hastaların bilgi düzeylerinin hastalıklarının yönetimlerindeki etkisinin belirsiz olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır.<sup>15</sup>

Hastalara verilen bilginin hastalıkla baş etmede kullanılmamasını etkileyen faktörler olarak yaş, eğitim durumu, sosyo-ekonomik düzeyi ve hastalık süresi gibi özellikler gösterilmektedir.<sup>15</sup> Aydın-Bektaş ve ark.nın yaptığı çalışmada, akciğer tüberkülozu bulunan bireylerin hastalıkla ilgili bilgi düzeylerinin, eğitim ve gelir düzeyi yüksek olanlarda daha iyi olduğu bildirilmiştir. Uzun süre hastanede yatanların bilgi düzeyleri yüksek bulunmuş ve bu durum bireylerin sağlık personeliyle sürekli birlikte olmalarına bağlanmıştır.<sup>12</sup> Hastaya verilecek bilginin sürekliliğinin sağlanması, hastalıkla baş etmeyi ve komplikasyonların önlenmesini kolaylaştırmaktadır.<sup>15</sup>

### SOSYOKÜLTÜREL ÖZELLİKLER

Farklı sosyo-kültürel özellikleri bulunan hastaların kendini ifade etme, konuşma ve duygularını dışavurma biçimleri farklılık gösterebilir. Hastanın hekimine karşı tutumu kişilik yapısıyla ve hastalığına bakış açısıyla da değişebilir. Hastalığını kendine verilen bir ceza olarak algılaması, hiçbir şekilde iyileşemeyeceğine inanması nedeniyle işbirlikçi bir tutum sergilemeyebilir ya da hastalığı kişilerarası ilişki kurma yolu olarak görüyorsa tamamen işbirliği yaparak, doktorun tüm önerilerine uyum gösterebilir. Bir toplumda sağlıkla yakından ilgili olan beslenme, temizlik alışkanlığı, giyim ve barınma tarzı da kültürel değerleri yansıtmaktadır. Örneğin, ayaküstü beslenmenin yaygın olduğu Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde toplumunda, önemli sağlık sorunlarından biri de şişmanlıktır.<sup>28</sup>

Kültürel yapı, bireyin hastalığa ilişkin tutum, inanç, davranış ve bilgi düzeyini etkilemektedir. Yapılan çalışmalar farklı kültürlerdeki bireylerin tedaviye uyumlarının değiştiğini göstermektedir.<sup>15,29</sup> Arıkan ve ark. tüberküloz hastalarıyla yaptıkları çalışmalarında bireylerin kadercı bir tutum sergilediklerini ve toplumsal dışlanma kaygısı gibi durumların da hastalığın algılanmasını etkilediğini göstermişlerdir.<sup>29</sup>

### FİNANSAL KAYNAKLAR

Hastanın sosyo-ekonomik düzeyinin düşük olması tedavisi için gerekli olan kaynaklara ulaşımını kısıtlamaktadır. Ülkenin sağlık politikası da bireylerin kaynağa ulaşımını etkilemektedir. Jerant ve ark. tarafından yapılan çalışmada, reçete edilen ilaçları alamayan hastaların tabletleri ikiye bölerek dozu yarıya düşürerek kullanım süresini uzattıkları belirtilmiştir.<sup>21</sup> ABD'de yedi yıllık bir izlemin yapıldığı diyabet hastalarında ise sağlık sigortasının tedavi masraflarını kısmen karşılaması nedeniyle bireylerin yeterli tıbbi yardım alamadıkları ve böbrek hastalığı görülme sıklığının arttığı belirlenmiştir.<sup>15</sup>

### KOMORBİD DURUMLAR

Komorbid durumlar yaşla birlikte artmakta ve yaşam kalitesinin giderek kötüleşmesine, mortalitenin artmasına, fiziksel fonksiyonların azalmasına neden olmaktadır. İki ya da daha fazla kronik hastalığın varlığı bireyin öz bakımını ve hastalığın yönetimi zorlaştırmaktadır.<sup>13</sup>

Komorbid durum varlığı yaşlı bireylerde daha sık görülmektedir. ABD'de 65 yaşın üstündeki en az bir kronik hastalığı olan bireylerin oranı %80 iken, Türkiye'de yapılmış iki farklı çalışmada bu oran %66,5 ve %78,8 olarak bildirilmektedir.<sup>30</sup> Komorbid durumlar aynı zamanda yaşlı bireylerde çoklu ilaç kullanımına yol açmakta ve tedaviye uyumu da güçleştirmektedir. Çoklu ilaç kullanan yaşlı bireylerde en az bir ilaçta uyum problemi yaşanmaktadır. İlaç sayısının fazla olması, yeni ilaç eklenmesi ve tedavide sık değişiklik yapılması ilaç uyumunu azaltmaktadır. Çoklu ilaç kullanımının arttırdığı maliyet yükü nedeniyle ilacın alınmaması tedaviye uyumu da engellemektedir.<sup>31,32</sup>

### SOSYAL DESTEK

Yeterli sosyal destek; sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonunu olumlu yönde etkileyerek hastalık sürecine uyumu sağlamakta ve sosyal izolasyonu azaltarak hastaların yaşam kalitesini artırmaktadır. Sosyal desteğin yetersiz kaldığı durumlarda ise hastalık semptomlarının sıklık ve şiddetinde artış görülmekte ve hastalık süresinin uzamasına neden olarak kronik

hastalığa uyumu zorlaştırmaktadır.<sup>33,34</sup> Sosyal desteğin yetersiz olduğu durumlarda depresif bozukluklar daha kolay gelişmektedir. Sosyal desteklerin yaşam stresinin yarattığı zararları hafifleterek ya da dengeleyerek hastalıklara karşı tampon görevi yaptığı düşünülmektedir. Dedeli ve ark.nın kanserli bireylerin hastalık algılarını ve sosyal destek durumlarını inceledikleri çalışmalarında; bu hastalık hakkında yeterince deneyimli ve bilgili olmadıkları için ailelerinin ve yakınlarının sosyal desteklerinin kısıtlı kaldığını göstermişlerdir.<sup>35</sup> Aras ve Tel'in kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) olan bireylerle yaptıkları çalışmada ise evli olma, hastalık süresi 10 yıldan fazla olma, tekrarlı yatış ve kadın olma ile hastaların sosyal ağdaki birey sayısında azalma olduğu ve sosyal desteğin daha çok aile tarafından sağlandığı belirtilmiştir.<sup>36</sup> Bu nedenle sağlık çalışanları hasta bireye bakım verirken ailesi ve yakınları ile işbirliği içinde çalışmalı ve multidisipliner bir yaklaşım uygulamalıdır.

## SAĞLIK ÇALIŞANI TARAFINDAN ALGILANAN ENGELLER

Sağlık çalışanlarının hastalığı algılamaları ve tutumları hasta bireylerinkinden farklı olabilir. Bu durum hastalığın yönetimini zorlaştırarak, istenilen sonuçların elde edilmesine engel olur.<sup>15</sup> Kronik hastalıkların yönetiminde sağlık personeli tarafından algılanan engeller; inanç/tutum/bilgi, hasta-sağlık çalışanı etkileşimi ve iletişimi başlıkları altında ele alınmıştır.

### İNANÇ/TUTUM/BİLGİ

Hasta ve sağlık çalışanlarının tutumları hastalığın yönetimini olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlık çalışanları hastalığa kendi algı ve tutumları kadar anlam yüklemekte ve bu durum karışıklıklara, çatışmalara ve olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir.<sup>37,38</sup> Birey hastalığı söylendiği anda panik, şok, korku gibi çeşitli duygular hisseder. Sağlık çalışanı bu durumu sıradan bir olaymış gibi hastayla paylaşırsa kişi hastalığını önemseyebilir ve tedaviye uyumu olumsuz etkilenebilir.<sup>39</sup>

Kronik hastalıkların yönetiminde Kanıta Dayalı Rehber (KDR)'lerin kullanımı hastanın bakıma aktif katılımını, öz bakımının desteklenmesini,

hasta ile sağlık personeli arasındaki ilişkinin devamlılığını sağlar.<sup>40,41</sup> KDR kullanımı, kronik hastalıklara sahip bireylerde mortalite riskini azaltır ve yaşam kalitesini iyileştirir.<sup>42</sup> Yapılan çalışmalarda kanıta dayalı uygulamaların sağlık çalışanları tarafından kronik hastalık yönetiminde kullanılmamasının en önemli nedenleri olarak kurumsal politikalar ve zaman eksikliği gösterilmiştir.<sup>43,44</sup>

## HASTA-SAĞLIK ÇALIŞANI ETKİLEŞİMİ VE İLETİŞİMİ

Hasta eğitiminin tek başına davranış değişikliği yaratmadığı bilinmektedir.<sup>45</sup> Kronik hastalığın yönetiminin başarısında hastalığın birey için ne anlam ifade ettiği de önemlidir. Verilen eğitimin yanı sıra hasta ile sürdürülen etkili iletişimin; emosyonel durum, semptom kontrolü, fonksiyonel kapasite ve ağrı kontrolü üzerinde olumlu etkisinin olduğu gösterilmektedir.<sup>46</sup> Ancak bireyin bu ihtiyaçlarının karşılanması ve ailenin de bakıma dâhil edilmesi etkili bir iletişim ile sağlanabilmektedir.<sup>7,47</sup>

Sağlık çalışanlarının etkili iletişim tekniklerini bilmemeleri veya uygulayamamaları bireyin tedaviye uyumunda sorun oluşturmaktadır.<sup>15</sup> Tip 1 ve Tip 2 diyabetli toplam 367 hastayla yapılan çalışmada, sağlık personeli ve hasta arasındaki iletişim zayıflığının bireyin tedaviye uyumunu olumsuz etkilediği gösterilmiştir.<sup>48</sup> Jerant ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise sağlık personelinin hastaya yeterince zaman ayırmadığı ve dinlemediği belirtilmiştir.<sup>21</sup>

## SAĞLIK BAKIM SİSTEMİ

Zhang ve ark. tarafından yapılan sistematik incelemede, hasta ve çalışan kaynaklı engellere ek olarak sağlık bakım sistemlerinin kronik hastalıkların yönetiminde yeterli olmadığı bildirilmiştir. Bakım hedeflerine ulaşabilmek için sistemin kolay ulaşılabilir ve kapsamlı olması gerektiği vurgulanmıştır.<sup>18</sup>

Sağlık sistemlerinin akut ve acil durumlara yönelik olması, kronik hastalıkların etkili bir şekilde yönetimini güçleştirmektedir. Ancak kronik hastalıkların yönetiminde "Kronik Bakım Modeli", vaka yönetimi gibi bakım modellerinin, tele tıp (telefon, internet vb. ile izlem) gibi teknolojik uygulamala-

rın kullanılması ile hastaların uzun süreli takip ve tedavisi önemli bir yer tutmaktadır.<sup>49,50</sup>

Evde bakım hizmeti özellikle kronik hastalıkların erken ve geç komplikasyonlarını, hastaneye uzun süre yatışları ve ciddi maliyet artışlarını azaltır. Avrupa’da evde sağlık hizmeti yıllardır uygulanan bir toplum hizmetidir. Bugün ABD, Almanya, Hollanda, İsveç, Danimarka, İngiltere ve İskoçya gibi ülkelerde evde bakım hizmeti verilmektedir. Ayrıca belediyeler, kiliseler, özel şirketler tarafından da bu hizmet sunulmaktadır. Evde sağlık hizmetleri uygulamaları, Türkiye için yeni bir sektördür. Türkiye’de evde bakım hizmetleri, 10/3/2005 tarihli ve 2575 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile yasal düzenleme altına alınmış, Ankara ilinde bulunan 18 devlet ve 15 eğitim araştırma hastanesinde “Evde Sağlık Hizmetleri Birimleri” kurulmuştur.<sup>51</sup>

Evde bakım hizmetinin uygulanabilmesi ancak sağlık personelinin yeterli sayıda olması, görev dağılımlarının ve iş yüklerinin ihtiyacı karşılayacak şekilde düzenlenmesi ile mümkündür. Ancak evde bakımda etkili rol oynayan doktorlar ve hemşirelerin iş yükünü artırmaktadır.<sup>52</sup> Türkiye, DSÖ verilerine göre Avrupa bölgesinde kişi başına düşen hemşire sıralamasında her 100 000 kişiye 140 hemşire ile son sıradadır. Bu rakam her 100 000 kişiye 900-1500 hemşirenin düştüğü İngiltere, Almanya, İsveç, Danimarka İrlanda gibi ülkelerin çok gerisinde kalmaktadır. En son verilere göre Türkiye’de her 100 000 kişiye 160 hekim düşmektedir. Bu ise Batı Avrupa ortalaması olan 340 rakamının oldukça altındadır.<sup>53</sup>

Uzun zamana yayılan ve belli aşamalarda seyreden yapısından dolayı kronik hastalıkların izleminde hastanın sağlık verilerinin düzgün bir şekilde tutulması büyük önem taşımaktadır. Avrupa Birliği, “i2010” denilen bir çerçeve ile üye ül-

kelerin elektronik kayıtları kullanması için daha fazla çaba göstermesini istemektedir. Sağlık sektörü için de “e-Sağlık” hareket planı dâhilinde elektronik sağlık sistemlerinin planlanmasını önermiştir. Elektronik Sağlık Kayıt (ESK) sistemleri daha genel amaçlı ve gelişmiş sistemler olmasına karşın, daha az maliyetli olan ve kronik hastalıkların yönetimi için özelleşmiş, daha etkin çözümler sunabilmektedir. Danimarka ve Yeni Zelanda gibi ülkeler bilişim teknolojilerini tıp alanında çok etkili bir şekilde kullanabilmektedir.<sup>54</sup>

Aynı zamanda Dünya Sağlık Asamblesi’nin WHA60.23 sayılı kararı gereği, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne yönelik çalışmalarında üye devletler ve uluslararası ortaklara rehberlik etmek üzere bir eylem planı taslağı hazırlanmıştır. Bu karar çerçevesinde DSÖ son 10 yılda bulaşıcı olmayan hastalıklar epidemisi ile mücadele etmek için birçok politika geliştirmiştir.<sup>54</sup> Bu aynı zamanda kronik hastalıkların önlenmesinde önemli bir kilometre taşıdır.

## SONUÇ

Kronik hastalıkların önlenmesi, erken tanınması, etkin tedavi ve rehabilitasyonunda birçok engel vardır. Gelecek yıllarda kronik hastalıkların görülme sıklığının artacağı da göz önünde bulundurulduğunda bu engellere yönelik önlem ve düzenlemeler yapılmalıdır. Öncelikle organizasyonel engelleri kaldırabilmek için uluslararası ve ulusal seviyede politikalar geliştirilmelidir. Bu politikalar çerçevesinde sağlık personelinin eğitilmesi, bu eğitim ve geliştirilen stratejiler çerçevesinde hasta ve ailesinin bütüncül olarak tedavi ve bakıma katılması sağlanmalıdır. Ayrıca sağlık verilerinin düzenli bir şekilde tutulması için gerekli alt yapının oluşturulması ve bakıma entegre edilmesi önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Akdemir N. [Chronic diseases and problems]. Akdemir N, Birol L, editörler. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Geliştirilmiş 2. Baskı. Ankara: Sistem Ofset; 2005. p.193-200.
2. Centers for Disease Control (CDC). Chronic Diseases The Power to Prevent, the Call to Control: AT A GLANCE 2009. Atlanta: CDC; 2009. p.1-4.
3. World Health Organization (WHO). Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 1<sup>st</sup> ed. Geneva: WHO Press; 2011. p.9-193.

4. İncirkuş K, Nahçıvan NÖ. [Validity and reliability study of Turkish version of the patient assessment of chronic illness care-patient form]. *DEUHYO ED* 2011;4(1):102-9.
5. Yurtsever S. [The fatigue in chronic illnesses and nursing care]. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000;4(1):16-20.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011. Ankara: Semih Ofset Matbaacılık; 2012. p.1-158.
7. Osterlund Efraimsson E, Klang B, Larsson K, Ehrenberg A, Fossum B. Communication and self-management education at nurse-led COPD clinics in primary health care. *Patient Educ Couns* 2009;77(2):209-17.
8. Demirağ SA. [Chronic diseases and quality of life]. *Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi* 2009;1(1):58-65.
9. Haskett T. Chronic illness management: Changing the system. *Home Health Care Manag Prac* 2006;18(6):492-6.
10. Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, Brown BW Jr, Bandura A, Ritter P, et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Med Care* 1999;37(1):5-14.
11. Lorig KR, Ritter PL, González VM. Hispanic chronic disease self-management: a randomized community-based outcome trial. *Nurs Res* 2003;52(6):361-9.
12. Aydın-Bektaş H, Akdemir N. [Knowledge level of pulmonary tuberculosis patients about their disease]. *Turkish Thoracic Journal* 2005;6(3):235-42.
13. Bayliss EA, Steiner JF, Fernald DH, Crane LA, Main DS. Descriptions of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases. *Ann Fam Med* 2003;1(1):15-21.
14. Nagelkerk J, Reick K, Meengs L. Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *J Adv Nurs* 2006;54(2):151-8.
15. Nam S, Chesla C, Stotts NA, Kroon L, Janson SL. Barriers to diabetes management: patient and provider factors. *Diabetes Res Clin Pract* 2011;93(1):1-9.
16. Öztürk A, Altuntaş Y, Özsan M, Gündüz E. [Investigation of the knowledge, attitudes, behaviors of chronic renal failure patients treated by hemodialysis on their illness and hemodialysis]. *Erciyes Medical Journal* 2009;31(2):119-25.
17. Sidorov JE, Fitzner K. Obesity disease management opportunities and barriers. *Obesity (Silver Spring)* 2006;14(4):645-9.
18. Zhang JQ, Van Leuven KA, Neidlinger SH. System barriers associated with diabetes management in primary care. *J Nurse Pract* 2012;8(10):822-7.
19. Holman H, Lorig K. Patient self-management: a key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease. *Public Health Rep* 2004;119(3):239-43.
20. Çakır F, İlinç C, Yener F. [Compliance to follow-up and treatment after discharge among chronic psychotic patients]. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2010;23(1):50-9.
21. Jerant AF, von Friederichs-Fitzwater MM, Moore M. Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions. *Patient Educ Couns* 2005;57(3):300-7.
22. Dezii CM, Kawabata H, Tran M. Effects of once-daily and twice-daily dosing on adherence with prescribed glipizide oral therapy for type 2 diabetes. *South Med J* 2002;95(1):68-71.
23. Lindström E, Bingefors K. Patient compliance with drug therapy in schizophrenia. *Economic and clinical issues. Pharmacoeconomics* 2000;18(2):106-24.
24. Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. [The reliability and the validity study of Turkish adaptation of the revised illness perception questionnaire]. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007;8(4):271-80.
25. Yılmaz-Karabulutlu E, Okanli A. [The evaluation of illness perceptions in hemodialysis patients]. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011;14(4):25-31.
26. Davis SN, Renda SM. Psychological insulin resistance: overcoming barriers to starting insulin therapy. *Diabetes Educ* 2006;32(Suppl 4):146S-152S.
27. Holmström IM, Rosenqvist U. Misunderstandings about illness and treatment among patients with type 2 diabetes. *J Adv Nurs* 2005;49(2):146-54.
28. Adak NÖ. Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme. 1. Baskı. İstanbul: Birey Yayıncılık; 2002. p.1-360.
29. Arıkan Z, Kuruoğlu AÇ, Levent E, Köktürk O, Beler N, Oral N, et al. [Perception of illness and personality features in tuberculosis patients]. *Kriz Dergisi* 2000;8(2):39-45.
30. Doğan A, Ceceli E, Okumuş M, Gökkaya NKO, Kutsal YG, Borman P, et al. [Identifying the characteristics of geriatric patients who referred to outpatient clinics of physical medicine and rehabilitation: A multicenter descriptive study]. *Turk J Phys Med Rehab* 2011;57(3):143-9.
31. Yeşil Y, Cankurtaran M, Kuyumcu ME. [Polypharmacy]. *Klinik Gelişim* 2012;25(3):18-23.
32. Coşkun Ö. [Rational drug use in elderly]. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2012;3(6):80-6.
33. Hutchison C. Social support: factors to consider when designing studies that measure social support. *J Adv Nurs* 1999;29(6):1520-6.
34. Sarason IG, Sarason BR, Potter EH 3rd, Antonini MH. Life events, social support, and illness. *Psychosom Med* 1985;47(2):156-63.
35. Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Uslu R. [A survey of functional living and social support in patients with cancer]. *Turkish Journal of Oncology* 2008;23(3):132-9.
36. Aras A, Tel H. [Determination of perceived social support for patients with COPD and related factors]. *Turkish Thoracic Journal* 2009;10(2):63-8.
37. Anderson RM, Fitzgerald JT, Gorenflo DW, Oh MS. A comparison of the diabetes-related attitudes of health care professionals and patients. *Patient Educ Couns* 1993;21(1-2):41-50.
38. Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Snoek FJ, Matthews DR, Skovlund SE. Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. *Diabet Med* 2005;22(10):1379-85.
39. Dietrich UC. Factors influencing the attitudes held by women with type II diabetes: a qualitative study. *Patient Educ Couns* 1996;29(1):13-23.
40. Nolte E, Knai C, McKee M. Managing Chronic Conditions. Experience in Eight Countries. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies and WHO Regional Office for Europe; 2008. p.1-202.
41. Velasco-Garrido M, Busse R, Hisashige A. Are Disease Management Programmes (DMPs) Effective in Improving Quality of Care for People with Chronic Conditions? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003.p.1-23.
42. Fox CH, Voleti V, Khan LS, Murray B, Vassalotti J. A quick guide to evidence-based chronic kidney disease care for the primary care physician. *Postgrad Med* 2008;120(2):E01-6.
43. Jacobs JA, Dodson EA, Baker EA, Deshpande AD, Brownson RC. Barriers to evidence-based decision making in public health: a national survey of chronic disease practitioners. *Public Health Rep* 2010;125(5):736-42.
44. Koehn ML, Lehman K. Nurses' perceptions of evidence-based nursing practice. *J Adv Nurs* 2008;62(2):209-15.
45. Gibson PG, Powell H, Coughlan J, Wilson AJ, Hensley MJ, Abramson M, et al. Limited (information only) patient education programs for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2):CD001005.
46. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995;152(9):1423-33.
47. Kılınc F, Tuzcu AK. [Type 1 diabetes mellitus in the patient and family education]. *Türkiye Klinikleri J Endocrin-Special Topics* 2012;5(3):42-6.

48. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE, Walker EA. The patient-provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes. *Am J Psychiatry* 2001;158(1):29-35.
49. Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ, Glasgow RE, Engelgau MM, Jack L, et al. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes. A systematic review. *Am J Prev Med* 2002;22(4 Suppl):15-38.
50. Wilcox AB, Dorr DA, Burns L, Jones S, Poll J, Bunker C. Physician perspectives of nurse care management located in primary care clinics. *Care Manag J* 2007;8(2): 58-63.
51. Başığül Ç, Keskin İ, Kara H, Yalçın S, Aksoy M. [A new field of health services: home health service]. *Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Sağlığın Başkenti Dergisi* 2011;20:50-6.
52. Richards A, Carley J, Jenkins-Clarke S, Richards DA. Skill mix between nurses and doctors working in primary care-delegation or allocation: a review of the literature. *Int J Nurs Stud* 2000;37(3):185-97.
53. Tatar M, Mollahaliloğlu S, Sahin B, Aydın S, Maresso A, Hernández-Quevedo C. Turkey. Health system review. *Health Syst Transit* 2011;13(6):1-186.
54. Akalın E, Durusu-Tanrıöver M, Sayran F. [General Information: Chronic Disease Management Principles for A Sustainable Health System]. *Sürdürülebilir Sağlık Sistemi İçin Kronik Hastalık Yönetiminde Elektronik Sağlık Kayıtlarının Rolü*. İstanbul: Sis Matbaacılık; 2012. p.32-3.