

KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERE VERİLEN BAKIMIN DEĞERLENDİRİLMESİ

THE EVALUATION OF CARE GIVEN TO PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES

Elanur Yılmaz Karabulutlu *
Ruken Atman **
Selin Yağcı ***

Geliş Tarihi:24.07.2014, Kabul Tarihi:05.11.2015

ÖZET

Amaç: Bu araştırma kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımı nasıl değerlendirdiklerini ve bakımı etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır

Gereç ve yöntem: Tanımlayıcı tipte yapılan bu araştırma Erzurum il merkezinde bulunan 3 hastanenin Dahiliye, Endokrinoloji, Kardiyoloji, Medikal Onkoloji Polikliniği ve Göğüs Hastalıkları polikliniklerinde yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini 6 ay ve daha uzun süredir kronik hastalığı olup işitme, görme ve zihinsel problemi bulunmayan, araştırmaya katılmayı kabul eden, soruları yanıtlayabilecek bilişsel yeterliliği sahip ve 18 yaş ve üzerindeki 90 solunum sistemi (KOA- Astım), 58 diyabet, 62 kardiyovasküler sistem (Hipertansiyon-Kalp yetmezliği) ve 90 kanser hastası oluşturmuştur.

Bulgular: Hastaların kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeğinden aldıkları puan 2.54 ± 0.51 olarak tespit edilmiştir. Ölçek alt boyut ortalamaları sırasıyla problem çözme 2.75 ± 0.65 , izlem ve koordinasyon 2.67 ± 0.69 , amaç belirleme 2.60 ± 0.58 , karar verme desteği 2.45 ± 0.65 ve hasta katılımı boyutu ise 2.06 ± 0.67 dir. Bazı demografik ve hastalığa ait özelliklerin hastaların bakımdan memnuniyetlerini etkilediği tespit edilmiştir.

Sonuç: Hastaların kronik hastalık bakımından memnuniyetlerinin orta düzeyde olduğu ve en yüksek puanın problem çözme alt boyutundan ve en düşük puanın ise hasta katılımı alt boyutundan alındığı belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Bakım, Kronik hastalık, Hemşirelik

ABSTRACT

Purpose: This study was carried out to determine how the individuals with chronic diseases assess their care, and what are the factors affecting the care.

Material and Method: This descriptive study was conducted in Internal Medicine, Endocrinology, Cardiology, Medical Oncology and Chest Diseases Departments of three hospitals in the province of Erzurum, Turkey. The study sample consists of 90 patients with respiratory system disease (COPD and Asthma), 58 patients with diabetes, 62 patients with cardiovascular system disease (hypertension-heart failure) and 90 patients with cancer over 18 years old, have a cognitive competence to answer questions, agreed to participate in the study and have no hearing, vision and mental problems but had a chronic disease for more than 6 months.

Results: The score taken by the patients in the chronic disease care assessment scale was found as 2.54 ± 0.51 . The average subscale scores of the scale were 2.75 ± 0.65 in problem solving, 2.67 ± 0.69 in follow-up and coordination, 2.60 ± 0.58 in goal setting, 2.45 ± 0.65 in decision-making support, and 2.06 ± 0.67 in patient participation subscale. Some of the demographic and disease-specific characteristics were found to affect the satisfaction of the patients about the care.

Conclusion: It was found that the satisfaction of patients in terms of chronic disease is at a moderate level, and the highest score was taken in the problem solving subscale, and the lowest score was taken in the patient participation subscale.

Key words: Care, chronic illness, nursing

* Elanur Yılmaz Karabulutlu, Doç. Dr., Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Erzurum
E-mail: elanurkarabulutlu@hotmail.com

** Ruken Atman
*** Selin Yağcı

GİRİŞ

Kronik hastalıklar, yaşamın uzun bir dönemini kapsayan, normal fizyolojik fonksiyonlarda yavaş, ilerleyici bir sapmaya ve geri dönüşümsüz değişikliklere neden olan, günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan, sürekli tıbbi bakım, tedavi ve destek gerektiren hastalıklardır (Akalin 2012).

Dünya kronik hastalıklardan kaynaklanan sakatlık ve ölümlerdeki büyük artış ile karşı karşıyadır (ICN 2010). Kronik hastalıklara bağlı ölümler tüm dünyada enfeksiyonların, açlığın, anne ve çocuk ölümlerinin önüne geçmiştir (Akalin 2012).Yirminci yüzyılda dünyada eğitim ve gelir düzeyindeki yükselme, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, bulaşıcı hastalıkların kontrolü gibi faktörler beklenen yaşam süresinin artmasına yol açmıştır. Yaşam süresinin uzamasıyla birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığı ve buna paralel olarak kronik hastalıkların meydana getirdiği yük de da artmıştır (Erkoç ve Yardım 2011). (T.C. Sağlık Bakanlığı 2010).

Günümüzde, kronik hastalıklar arasında olan kalp damar hastalıkları, kanserler, diyabet ve kronik solunum yolu hastalıkları, insan sağlığı ve ülke kalkınması üzerinde önde gelen tehditler arasındadır. Bu dört hastalık her yıl tahminen 35 milyon ölüme neden olmakta (küresel tüm ölümlerin %60'ı) ve bunların %80'i düşük ve orta

gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2010).

Dünyada ölüm nedenleri, ülkelerin gelişmişlik ve gelir düzeylerine göre değişmektedir. Gelir düzeyi yüksek ülkelerde, ölüm nedenlerinin ilk 10 sırasında yer alan hastalıkların 9'unu kronik hastalıklar oluşturmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde ise ölüm nedenlerinin büyük kısmını enfeksiyon hastalıkları oluşturmaktadır, ancak bu ülkelerde de kronik hastalık prevalansı giderek artmaktadır (Türkmen 2012). Türkiye'de ölüme neden olan ilk 20 hastalık içerisinde iskemik kalp hastalıkları (%21.7), serebrovasküler hastalıklar (%15) ve KOAH (%5.8) ilk üç sırayı almaktadır (Akalin 2012).

DSÖ' ye göre kronik sağlık problemlerinde ağırlıklı olarak akut bakım hizmetleri sunmak üzere yapılandırılmış sağlık sistemleri yetersiz kalmaktadır. Dünyada koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinden çok akut sağlık sorunlarına odaklanmakta ve tedavi hizmetleri daha çok ilaç ve teknolojik girişimlerle yapılmaktadır. Ülkemizde de sağlık sistemi benzer şekilde tedavi hizmetlerine odaklanmıştır. Akut bakım ve tedavi ağırlıklı sağlık hizmeti, bakım ve tedavinin bütüncül bir yaklaşımla sunulmasına engel olmaktadır (Türkmen 2012). Kronik hastalık yönetiminde bütünleştirilmiş sağlık hizmetleri olmadan yüksek performanslı, sürdürülebilir bir hizmetin sunulması mümkün değildir. Hastalık merkezli mo-

dellerden hasta merkezli modellere geçmek gerekmektedir (Akalin 2012).

Kronik hastalık yönetimi kronik hastalığı olan bireylere sunulan hasta merkezli; organize, proaktif, çok bileşenli ve toplum temelli sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır (Şenuzun 2012). Kronik hastalık yönetiminde uygulama rehberlerinin yetersiz kullanımı, bakımda koordinasyon eksikliği, yetersiz hasta eğitimi ve öz-yönetimin sağlanamaması gibi önemli eksiklikler yeni bakım modellerinin geliştirilmesine yol açmıştır (Wagner, 1998)_Kronik hastalık yönetimi için çeşitli modeller ileri sürülmesine rağmen en çok kullanılan ve en etkili bulunan Kronik Bakım Modeli'dir (Beaglehole ve ark. 2008). Wagner ve arkadaşları(2001) tarafından tanımlanan modelin anahtar noktası, donanımlı sağlık bakım ekibi ile bilgili, aktif hasta arasında verimli bir etkileşimin olmasıdır. Bu etkileşim ile hastanın tanınması, sürekli olarak değerlendirilmesi, öz-yönetim desteğinin sağlanması, tedavisinin düzenlenmesi ve düzenli izlemi sağlanabilmektedir (Bodenheimer ve ark. 2002; Wagner ve ark. 2001). Sağlık profesyonellerinin kronik hastalığı olan hastalara kaliteli bakım sunabilmeleri için kanıta dayalı plan ve protokollerin uygulanması, bütüncül holistik bir yaklaşım sergilenmesi, gereksinimlerinin yeniden yapılandırılması, hasta eğitimi için bilgi ve davranışlarının saptanması ve izlenmesi gerekmektedir. Ayrı-

ca gerektiği durumlarda değişik uzmanların desteğine başvurulması ve destekleyici bakım sistemlerinin yeniden düzenlenmesi önerilmektedir (Fadıloğlu 2010).

Uluslararası Hemşireler Konseyi kronik hastalıkların kontrolünde hemşirelerin rollerinden birinin “kronik hastalığı olan bireylerin sağlık problemlerini daha iyi yönetebilmek için desteklemek” olarak belirtmiştir (ICN 2010). Hemşire hastanın tüm problemlerini çözmek için değil, sağlık bakımında onlarla birlikte en iyi hemşirelik bakımını sağlamak ve hastalıklarını yönetebilmelerine yardım etmek için bulunurlar (Haskett 2006). Kronik hastalık yönetiminde hasta, sağlık hizmeti sunum süreçlerinin merkezi olarak görülmekte ve hasta ile ilgili stratejiler yönetime dahil edilmektedir (Şenuzun 2012). Hemşire kronik bakım modeline göre uygulanan bakımda beklenen optimal sonuçlara ulaşmak için hasta ve ekip üyeleri arasındaki işbirliğinin sağlanmasında süreklilik ve organizasyon sağlamaktadır. Ayrıca kronik hastalığı olan bireyin öz yönetimi, bakımındaki engellerin ortadan kaldırılması ve önlenmesinde hemşireler önemli katkı sağlamaktadır (Watts et al 2009). Bu nedenle kronik hastalığı olan bireylere hizmet veren hemşirelerin ve tüm sağlık profesyonellerinin verdikleri bakımı ve kronik hastalık yönetimi yeterliliğinin hastalar tarafından nasıl değerlendirildiğini belirlemeleri, buna göre

bakımı yeniden yönlendirmeleri ve hastaları desteklemeleri gerekmektedir.

Bu araştırma kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımı nasıl değerlendirdiklerini ve bakımı etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi Ve Yeri: Tanımlayıcı tipte yapılan bu araştırma Erzurum il merkezinde bulunan 3 hastanenin Dahiliye, Endokrinoloji, Kardiyoloji, Medikal Onkoloji ve Göğüs Hastalıkları polikliniklerinde yürütülmüştür. Araştırma verileri Mart-Temmuz 2013 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırma grubu: Araştırmanın evrenini polikliniklere belirtilen tarihler arasında kontrol amacıyla başvuran kronik hastalığı olan hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise 6 ay ve daha uzun süredir kronik hastalığı olup işitme, görme ve zihinsel problemi bulunmayan, araştırmaya katılmayı kabul eden, soruları yanıtlayabilecek bilişsel yeterliliği sahip ve 18 yaş ve üzerindeki bireyler oluşturmuştur. Araştırmaya 90 kanser, 90 solunum sistemi (KOAHA- Astım), 58 diyabet, 62 kardiyovasküler sistem (Hipertansiyon-Kalp yetmezliği) hastalığı olan toplam 300 birey dahil edilmiştir.

Veri Toplama Araçları: Veriler, araştırmaya katılan bireylere özgü sosyo-demografik özellikler ile kronik hastalığa ait özellikleri tanımlayan Soru Formu ve

Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu ile toplanmıştır.

Soru Formu: Hastaların cinsiyet, yaş, eğitim durumu gibi sosyo-demografik özellikleri ve kronik hastalık tanısı, süresi, tanı yaşı, ilaç kullanımı ve düzenli kontrole gitme durumu gibi hastalığa ait özelliklerini belirleyen sorular içermektedir.

Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu (Khbdö): Ölçek, kronik bakım modeline dayalı olarak 2005 yılında Glasgow ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması İncirkuş ve Nahçıvan tarafından 2011 yılında yapılmıştır. (İncirkuş ve Nahçıvan 2011)) Kronik hastalara sunulan sağlık bakım hizmetlerinin hastalar tarafından değerlendirilmesine izin veren, uygulanması kolay, 20 maddelik kısa bir ölçektir. Aynı zamanda sunulan bakım hizmetlerinin kalitesi hakkında bilgi verdiği de ileri sürülmektedir. Kronik bakım modelinin temel altı ögesi doğrultusunda oluşturulan ölçek, hasta katılımı, karar verme desteği, amaç belirleme/rehberlik, problem çözme ve izlem/koordinasyon alt boyutlarından oluşmaktadır (Glasgow et al. 2005).

Ölçeğin toplam puanı 20 maddenin tümünün ortalama puanı ile hesaplanır. Ölçeğin toplam puanı ve her bir alt boyutun ortalama puanı, (1) hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) bazen, (4) çoğu zaman ve (5) her zaman şeklinde 5'li likert tipi bir derecelemeyle

ölçülür. Ölçek puanlarındaki artış, kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin yüksek ve kronik hastalık yönetiminin yeterli olduğunu gösterir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Chronbach alfa değerleri hasta katılımı için 0.72, karar verme desteği için 0.72, amaç belirleme/rehberlik için 0.71, problem çözme için 0.75 ve izlem/koordinasyon için 0.79 ve toplam ölçek için 0.91 olarak belirtilmiştir (İncirkuş ve Nahçıvan 2011). Bu çalışmada ise hasta katılımı için 0.63, karar verme desteği için 0.72, amaç belirleme/rehberlik için 0.74, problem çözme için 0.75 ve izlem/koordinasyon için 0.69 ve toplam ölçek için 0.83 bulunmuştur.

Ön Uygulama: Hastalarla polikliniklerde kontrolleri bittikten sonra uygun bir odada görüşülmüş ve veriler yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. 10 hasta ile ön görüşme yapılmış ve soruların anlaşılabilirliği değerlendirildikten sonra veri toplandı başlanmıştır. Görüşmeler yaklaşık 10 dk sürmüştür.

Araştırmanın Etik İlkeleri: Hastalara çalışmanın amacı açıklanarak sözlü izinleri alınmıştır. Araştırma gönüllülük ve gizlilik ilkesine bağlı kalınmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul'undan ve Yakutiye Araştırma Hastanesi, Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Has-

tanesi, Göğüs Hastalıkları Hastanesi Başhekimliğinden gerekli izinler alınmıştır.

İstatistiksel Değerlendirme: Verilerin kodlanması ve analizleri bilgisayarda, SPSS 16.0 paket programında yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler, t testi, ANOVA, Mann Witney U testi ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya alınan hastaların % 53.7'sinin kadın, %78.0'nın evli, %48.3'ünün okur yazar olmadığı ve ev hanımı olduğu, % 36.3'ünün aylık gelir düzeyinin 750-999 TL olduğu ve %33.3'ünün de 5 yada daha fazla çocuğa sahip olduğu bulunmuştur. Hastaların yaş ortalaması 61.53 ± 14.25 olarak belirlenmiştir.

Hastaların %30.0'ının kanser ve solunum sistemi hastalıklarına sahip olduğu, hastalık süresi ortalamasının 71.85 ± 70.97 ay olduğu ve hastalık tanısının konulduğu yaş ortalamasının ise 55.44 ± 15.28 olduğu tespit edilmiştir. Hastaların ilaç kullanım bilgisi incelendiğinde; % 38.0'ının günde 1 adet ilaç aldığı, %59.3'ünün ilaçlarının adını bilmediği, %96.0'ının ilaçlarını zamanında aldığı ve % 51.7'sinin ilaçları ile ilgili eğitim aldığı saptanmıştır. Hastaların %38.0'ının düzenli olarak kontrollerini yaptırmadığı ve bu hastaların %17.7'sinin ulaşım sorunları nedeniyle düzenli olarak kontrollerine gitmediği belirlenmiştir. Hastaların büyük çoğunluğunun (%85.0) aile

ve arkadaşlarından destek aldığı görülmektedir (Tablo 1).

Hastaların KHDBÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar Tablo 2’de verilmiştir. Ölçek alt boyutlarından alınan en yüksek puanının problem çözme alt boyutunda (2.75 ± 0.65), en düşük puanın ise hasta katılımı alt boyutunda (2.06 ± 0.67) olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 3’de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre KHDBÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar verilmiştir.

Hastaların cinsiyetleri ve medeni durumlarının KHDBÖ toplam ve alt boyut puanlarını istatistiksel olarak etkilemediği belirlenmiştir ($p>0.05$). Eğitim durumunun kronik hastalığı değerlendirme ölçeği toplam ve alt boyut puanlarını istatistiksel olarak etkilediği ($p<0.01$) ve lise ve üzeri eğitimi olan hastaların tüm alt boyut ve toplam puanlarının diğer gruplara göre en yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Hastaların kronik hastalık tanısının KHDBÖ alt boyutları puanlarına etkisi incelendiğinde; kanser olan bireylerin hasta katılım, karar verme desteği, problem çözme, izlem ve koordinasyon ve toplam puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 3).

Hastaların günlük kullandıkları ilaç sayısının KHDBÖ alt boyutlarından hasta katılımı ve problem çözme alt boyutu puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Günlük ilaç sayısı 4 ve üzeri olan hastaların hasta katılımı ve problem çözme puanlarının diğer gruplara göre en düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir. İlaçlarını düzenli olarak kullananların amaç belirleme, izlem ve koordinasyon ve toplam puanları düzenli olarak kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturacak şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 3).

Kontrollerini düzenli olarak yaptırma durumu problem çözme ve izlem koordinasyon hariç diğer alt boyut ve toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmaktadır. Kontrollerini düzenli olarak yaptıran hastaların, hasta katılımı, karar verme desteği, amaç belirleme ve toplam puanları diğerlerine göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıca hastaların destek alma durumlarının hasta katılımı puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 3).

Tablo1. Hastaların Hastalığa Ait Özellikleri (N=300)

Hastalığa ait özellikler	Sayı	%
Tanı		
Solunum sistemi hastalıkları	90	30.0
Diyabet	58	19.3
Kardiyovasküler hastalıklar	62	20.7
Kanser	90	30.0
Hastalık süresi (Ortalama)	71.85±70.97	
Hastalık tanı yaşı (Ortalama)	55.44±15.28	
Günlük kullandığı ilaç sayısı		
1	114	38.0
2	77	25.7
3	68	22.7
4 ve üzeri	41	13.6
Kullandığı ilacın adını bilme durumu		
Evet	122	40.7
Hayır	178	59.3
İlaçlarını düzenli alma durumu		
Evet	288	96.0
Hayır	12	4.0
İlaçları hakkında eğitim alma durumu		
Evet	155	51.7
Hayır	145	48.3
Kontrollerini düzenli olarak yaptırma durumu		
Evet	186	51.7
Hayır	114	48.3
Kontrollerini düzenli olarak yaptırmama nedenleri (n=114)*		
Unuttuğum için	2	0.7
Kendimi iyi hissettiğim için	48	16.0
İşlerim çok yoğun olduğu için	4	1.3
Ulaşım sorunları olduğu için	53	17.7
Hastalığının çok ciddi olmadığını düşünüyorum	7	2.3
Destek alma durumu		
Evet	255	85.0
Hayır	45	15.0
Destek alınan bireyler (n=255)*		
Aile	250	83.3
Arkadaşlar	5	1.7

* Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 2. Hastaların KHDBÖ' Den Aldıkları Puanlar

KHDBÖ alt boyutları	$\bar{X} \pm SS$
Hasta katılımı	2.06±0.67
Karar verme desteği	2.45±0.65
Amaç belirleme	2.60±0.58
Problem çözme	2.75±0.65
İzlem ve koordinasyon	2.67±0.69
Toplam	2.54±0.51

Tablo 3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre KHDBÖ' Den Aldıkları Puanlar

	Hasta katılımı $\bar{X} \pm SS$	Karar verme desteği $\bar{X} \pm SS$	Amaç belirleme $\bar{X} \pm SS$	Problem çözme $\bar{X} \pm SS$	İzlem ve koordinasyon $\bar{X} \pm SS$	Toplam $\bar{X} \pm SS$
Cinsiyet						
Erkek	2.11±0.74	2.45±0.71	2.55±0.59	2.76±0.63	2.70±0.68	2.55±0.53
Kadın	2.03±0.61	2.45±0.61	2.64±0.58	2.74±0.67	2.65±0.70	2.50±0.49
	t=.984 p>0.05	t=.023 p>0.05	t=-1.261 p>0.05	t=.267 p>0.05	t=.615 p>0.05	t=.220 p>0.05
Medeni Durum						
Evli	2.05±0.68	2.43±0.63	2.57±0.58	2.73±0.64	2.64±0.68	2.52±0.49
Bekar	2.12±0.65	2.55±0.76	2.68±0.60	2.81±0.68	2.76±0.72	2.61±0.55
	t=-.778 p>0.05	t=-1.306 p>0.05	t=-1.359 p>0.05	t=-.860 p>0.05	t=-1.183 p>0.05	t=-1.307 p>0.05
Eğitim durumu						
Okur yazar değil	1.86±0.51	2.30±0.57	2.52±0.54	2.62±0.63	2.56±0.63	2.42±0.43
Okur yazar	1.91±0.64	2.38±0.56	2.51±0.57	2.79±0.60	2.57±0.59	2.47±0.47
İlkokul-Ortaokul	2.25±0.67	2.51±0.66	2.61±0.61	2.81±0.62	2.73±0.78	2.61±0.49
Lise ve üzeri	2.75±0.77	3.08±0.73	3.02±0.55	3.07±0.70	3.13±0.67	3.02±0.57
	F=23.63 p<0.01	F=15.98 p<0.01	F=7.941 p<0.01	F=5.463 p<0.01	F=7.452 p<0.01	F=15.80 p<0.01
Kronik hastalık tanısı						
Solunum Sistemi	1.72±0.58	2.25±0.53	2.74±0.68	10.96±2.72	2.65±0.44	2.48±0.41
Diyabet	2.13±0.47	2.44±0.62	2.80±0.70	11.20±2.83	2.86±0.86	2.63±0.46
Kardiyovasküler Sistem	2.00±0.65	2.34±0.54	2.54±0.59	10.18±2.38	2.46±0.67	2.35±0.41
Kanser	2.41±0.73	2.73±0.77	2.86±0.65	11.45±2.37	2.71±0.74	2.67±0.63
	F=18.950 p<0.01	F=9.361 p<0.01	F=4.496 p<0.05	F=3.120 p<0.05	F=3.654 p<0.05	F=6.024 p<0.01
Günlük kullanılan ilaç						
1	2.18±0.67	2.54±0.68	2.63±0.61	2.72±0.68	2.77±0.75	2.59±0.54
2	2.12±0.57	2.46±0.69	2.46±0.64	2.80±0.59	2.61±0.77	2.51±0.55
3	1.97±0.72	2.41±0.55	2.71±0.49	2.88±0.66	2.66±0.59	2.58±0.43
4 ve üzeri	1.78±0.68	2.28±0.64	2.56±0.49	2.49±0.57	2.54±0.42	2.38±0.41
	F=4.419 p<0.05	F=1.693 p>0.05	F=2.435 p>0.05	F=3.463 p<0.05	F=1.459 p>0.05	F=1.928 p>0.05
İlaçlarını düzenli kullanma durumu						
Evet	2.07±0.66	2.47±1.99	2.62±0.58	2.76±0.64	2.69±0.68	2.55±0.50
Hayır	1.94±0.88	2.13±0.38	2.13±0.38	2.15±0.49	2.23±0.71	2.20±0.53
	MWU=1362.0 p>0.05	MWU=1223.5 p>0.05	MWU=896.5 p<0.05	MWU=1268.0 p>0.05	MWU=1105.0 p<0.05	MWU=1073.5 p<0.05
Kontrolleri düzenli yaptırma durumu						
Evet	2.19±0.72	2.58±0.68	2.67±0.62	2.88±0.64	2.74±0.71	2.64±0.54
Hayır	1.87±0.52	2.25±0.56	2.48±0.50	2.53±0.59	2.55±0.63	2.38±0.41
	t=4.055 p<0.01	t=4.228 p<0.05	t=2.778 p<0.05	t=4.679 p>0.05	t=2.303 p>0.05	t=4.335 p<0.05
Destek alma durumu						
Evet	2.14±0.67	2.53±0.65	2.61±0.59	2.78±0.63	2.70±0.70	2.58±0.51
Hayır	1.65±0.52	2.01±0.47	2.50±0.50	2.55±0.70	2.50±0.62	2.31±0.41
	t=4.629 p<0.05	t=5.082 p<0.01	t=1.175 p>0.05	t=2.249 p>0.05	t=1.772 p>0.05	t=3.346 p>0.05

Tablo 4' te hastaların yaşı ve tanı alma yaşları ile KHDBÖ puanları arasındaki ilişki verilmiştir. Hastaların yaşı arttıkça hasta katılımı, karar verme desteği ve ölçek

toplam puanları azalmaktadır ($p<0.01$). Hastaların hastalık tanısını aldıkları yaş arttıkça hasta katılımı ($p<0.01$) karar ver-

me desteği ve ölçek toplam puanlarının ($p<0.05$) azaldığı tespit edilmiştir.

Tablo 4. Hastaların Yaşı Ve Tanı Alma Yaşı İle KHDBÖ Puanları Arasındaki İlişki

	Hasta katılımı	Karar verme desteği	Amaç belirleme	Problem çözme	İzlem ve koordinasyon	Toplam
Yaş	$r = -0.305$ $p < 0.01$	$r = -0.206$ $p < 0.01$	$r = -0.070$ $p > 0.05$	$r = -0.087$ $p > 0.05$	$r = -0.087$ $p > 0.05$	$r = -0.169$ $p < 0.01$
Tanı Yaşı	$r = -0.171$ $p < 0.01$	$r = -0.119$ $p < 0.05$	$r = -0.059$ $p > 0.05$	$r = -0.060$ $p > 0.05$	$r = 0.092$ $p > 0.05$	$r = -0.119$ $p < 0.05$

TARTIŞMA

Çalışmada hastaların KHDBÖ puanları 2.06 ile 2.54 arasında değişmektedir. Bu sonuç çalışmaya alınan hastalar ve sağlık ekibi arasındaki etkileşimin ve hastaların öz yönetim desteğinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Konuyla ilgili yurt dışında yapılan araştırmalar incelendiğinde bu araştırma kapsamına alınan bireylerin KHDBÖ toplam ve alt boyut puanları genel olarak daha düşük bulunmuştur (Jacsonet al 2008; Aragones et al. 2008, Ludtet al. 2012). Türkiye’de yapılan diğer çalışmalarda ise çalışmamıza benzer olarak hastalara sunulan kronik bakım hizmetlerinden orta düzeyde memnuniyet belirtilmiştir. (2.44±0.74, 2.54±0.9) (Kaya ve Akturan 2013, İcirkuş 2010). Kronik hastalığı olan bireyler uzun yıllar boyunca diyet, egzersiz, ilaç ve çeşitli araç gereç kullanımı gibi çeşitli durumlara uyum sağlamak durumundadır. Bu nedenle öz yönetim desteğinin sağlanması yani hastaların kendi bakımlarını yönetmede merkez rolde ol-

duklarının önemi konusunda eğitilmesi gerekmektedir (Bodenheimer et al 2002). Kronik hastalıkların kişisel yönetiminde bireyin etkili baş etme düzeyine ulaşması için hemşire, hasta ve ailesinin güçlenmesinde ve karşılaştıkları sorunlarla baş etmede önemli rol oynamaktadır (Mollaoğlu 2012). Bu nedenle hemşire kronik hastalık sürecinde yaşanabilecek her türlü sıkıntı ile baş etme konusunda hastaya eğitim vermeli ve destek olmalıdır.

Hastaların KHDBÖ alt boyutlarından aldıkları en yüksek puanın problem çözme alt boyutunda, en düşük puanın ise hasta katılımı alt boyutunda olduğu görülmektedir. Bu araştırma bulgusunun aksine birçok araştırmada hastaların en yüksek puanı karar verme desteği alt boyutunda ve en düşük puanı ise izlem ve koordinasyon alt boyutunda olduğu bulunmuştur (Glasgow et al. 2005; İcirkuş 2010; Cramm ve Nieboer 2012; Ludt et al. 2012; Kaya ve ark 2013). Bu durum çalışma kapsamına alınan hastaların kendi bakımlarına katı-

lımları konusunda desteklenmesi gerektiğini göstermektedir.

Kronik hastalara verilen bakımın geliştirilmesi ve hasta katılımının sağlanması gerekmektedir.

Çalışmada hastaların KHDBÖ problem çözme alt boyutundan aldıkları puanların diğer boyutlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu alt boyut doktor ya da hemşirelerin gerekli olan tedaviyi önerirken hastanın değerlerini, inançlarını ve geleneklerini dikkate alması, hastanın tedavi planını yapması ve zor zamanlarda bile kendine bakabilmesi için yapması gerekenler konusunda yardım edilmesi ve hastalığın hayatı nasıl etkilediğinin sorulması gibi durumları içermektedir (Glasgow et al. 2005) Bu boyuttaki yüksek puanlar hastaların hastalık ve tedavilere bağlı yaşayabilecek sıkıntıların belirlenmesi ve çözümü konusunda doktor ve hemşirelerden aldıkları destekten memnuniyetlerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Kronik bir hastalığa sahip olan birçok hasta ve ailesi evdeyken sorularına yanıt almaya ve bu sorunların çözümü için yardıma gereksinim duymaktadırlar. (Akdemir 2005). Hastanın hastalığa uyum sağlayabilmesi ve normal yaşamını sürdürebilmesi için kronik hastalığa yönelik bilgi/teknik beceri ve davranış değişikliğinde yardımcı olacak problem çözme becerisi kazandırmaya

yönelik eğitilmesi gerekmektedir. Çünkü kronik bakımda merkezde hasta vardır ve kontrol hastada olmalıdır (Türkmen 2012). Hastaların hasta katılımı puanının en düşük olduğu görülmektedir. Hasta katılımı boyutu hastaların tedavi planında görüşlerinin alınması, tedavi ile ilgili başka seçeneklerin sunulması ve ilaçlar/etkileri ile ilgili sorunların bildirilmesinin istenmesi gibi durumları içermektedir (Glasgow et al. 2005). Bu bulgu araştırmaya alınan hastaların tedaviye katılımının sağlanmasındaki yetersizliği göstermekte ve hastaların aktif katılımlarının sağlanması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bakım ve tedavisine katılan hastanın iyilik hali, gücü ve üretkenliği artmakta, hasta hedeflerini daha kolay belirlemekte ve hastalığın oluşturduğu stresle daha kolay baş edebilmektedir. Hastaların bakım ve tedavileriyle ilgili kararlara katılımı bakım politikalarının temelidir ve aynı zamanda hemşireliğin de önemli bir ilkesidir. Bu nedenle hemşirelerin hastaları tedavi ve bakımda aktif rol almaları konusunda desteklemeleri önemlidir (Güler Kocaçal ve Eşer 2008).

Eğitim seviyesi lise ve üzeri olan hasta grubunda tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları yüksek çıkmıştır ($p<0.05$). Benzer olarak bazı çalışmalarda yüksek eğitim seviyesine sahip olan hastaların kronik hastalık bakımından memnuniyet düzeyleri yüksek bulunmuştur. Diyabet hastalarının kronik bakımından memnuni-

yetlerinin değerlendirildiği bir çalışmada eğitim seviyesi lise ve üzeri olan hastaların problem çözme boyutu hariç tüm alt boyut ve toplam puanları lise düzeyinden düşük eğitim seviyesine sahip olanlardan daha yüksek bulunmuştur (Jackson et al 2008). Taggart ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında da eğitim seviyesi yüksek olan hastaların toplam ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur. Roseman ve arkadaşlarının (2008) osteoartrit'i olan hastaların kronik bakımından memnuniyetlerini inceledikleri çalışmada da eğitim seviyesi yüksek olan hastaların tüm boyutlarda memnuniyetlerinin yüksek olduğu belirtilmiş ve bu durum eğitilmiş insanların gerekli bakımı alma, uyum ve öz yönetimde daha iyi olmasıyla açıklanmıştır.

Kanser tanısı alan hastaların KHDBÖ puanları diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Bu sonuç kanser hastalarının aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin yüksek olduğunu, hastaların gereksinimlerinin diğer gruplara oranla daha fazla karşılandığını ve hastaların daha iyi bir hastalık yönetimi algıladığını düşündürmektedir. Kanser bakımı hastalığın yaşamı tehdit eden doğası, kanserin tipi ve evresine bağlı olarak tedavisinde çeşitlikleri ve uzun dönemdeki etkileri nedeniyle diğer kronik hastalıklardan farklılıklar göstermekte ve hastalığın akut tedavisinin yanında uzun yıllar takip ve destek gerektirmektedir (Campbell et al 2011). Bu nedenle

hastaların sağlık personeli ile iletişimlerin daha fazla olduğu ve gereksinimlerini daha çok ifade etme ve karşılama şansına sahip oldukları düşünülmektedir.

Günlük tek ilaç kullanan hastaların hasta katılımı yüksek ve 4 ve üzeri ilaç kullanan hastaların ise problem çözme puanları düşük bulunmuştur. Günlük tek ilaç kullanımında tedavinin daha basit olması ve dolayısıyla yan etkilerin daha az olmasına bağlı olarak hastalık yönetimine katılımın yüksek olduğu düşünülmektedir. Ayrıca fazla ilaç kullanan hastaların hem daha fazla hastalık varlığı hem de ilaç yan etkileri/etkileşimleri gibi durumlara bağlı olarak yaşadıkları sıkıntıların daha çok olabilmesi nedeniyle problem çözme boyutundan daha düşük puan aldıkları düşünülmektedir.

İlaçlarını düzenli kullanan hastaların amaç belirleme, izlem/koordinasyon ve KHDBÖ toplam puanları daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Amaç belirleme hastaların özel ve işbirlikçi hedefleri için bilgi edinmelerini içermektedir. İzlem/koordinasyon hastaların bakımını koordine etmeyi, ilerlemeleleri değerlendirmeyi hasta ve sağlık profesyoneli etkileşimini sağlamakta dolayısıyla tedaviyi güçlendirmektedir (Glasgow et al 2005). Tıbbi tedavinin başarısında dolayısıyla hastalık yönetiminde en önemli noktalardan biri hastanın ilaçlarını doğru ve düzenli olarak kullanmasıdır. Planlanan tedavinin doğru olarak kullanılmaması tedavinin başarısız olmasına neden olmak-

tadır. Bu duruma hem sağlık personeli hem de hastalar neden olabilmektedir (Gökalp ve Mollaoğlu 2003). Burada en önemli nokta hastanın bu konuda iyi eğitilmesidir. Hastalık sürecinde bakımını koordine edebilen hastaların ilaç kullanımı konusunda daha bilinçli olduğu düşünülmektedir. İlaçlarını düzenli kullanmanın hastalık uyumunun dolayısıyla bakımdan memnuniyetin bir göstergesi olduğu düşünülmektedir. Kontrollerini düzenli olarak yaptıran hastaların hasta katılımı, karar verme desteği, amaç belirleme ve ölçek toplam puanları daha yüksek bulunmuştur ($p<0.01$). Kaya ve ark (2013) çalışmasında da son muayene zamanı 3 aydan daha az olan hastaların tüm alt boyut ve ölçek toplam puanları son muayene zamanı 3 aydan daha fazla olan gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Kontrollerini düzenli olarak sürdürme sağlık profesyonelleriyle etkileşimin artmasına bağlı olarak hastaların hastalık ve sonuçlarıyla ilgili daha fazla bilgi edinmelerine, tedavi ve bakımlarıyla ilgili hedefler belirlenmelerine katkı sağlamaktadır. Tüm bu katkıların da hastanın bakımından memnuniyetini arttırdığı düşünülmektedir. Hastalığı süresince yakınlarından destek alan bireylerin hasta katılımı ve karar verme desteği yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Bireyin çevresindekilere bağımlılığının arttığı dönemlerde aile ve arkadaşlarından alacağı sosyal destek önemlidir. Sosyal destek; bireyin stresli yaşam deneyimliy-

le baş etmesine yardımcı olmakta ve işlev bozukluğunun derecesine göre bireyin sorunlarla daha kolay baş edebilmesini sağlamaktadır. (Arslantaş ve ark. 2010). Sosyal destek hastaların sağlık bakım davranışı için en belirleyici etkenlerden biridir. (Wanget al. 2006). Bu bağlamda sosyal desteği yüksek bireylerin hastalığı ile mücadele edebilmek ve kendi bakımını yönetebilmek için tedavisi ve bakımı ile ilgili kararlara katılımı ve sağlık profesyonellerinden hastalığın yönetiminde destek istemesi olağandır.

Hastaların yaşı arttıkça hasta katılımı, karar verme desteği ve ölçek toplam puanları azalmaktadır ($p<0.01$). Konuyla ilgili başka bir çalışmada 75 yaş ve üzerinde hastaların kronik hastalığı değerlendirme ölçeği toplam puanlarının önemli ölçüde düşük olduğu belirtilmiştir (Rick et al 2012). Cramm ve Nieboer' in (2012) çalışmasında da yaş ile kronik hastalığı değerlendirme ölçeği toplam puanları arasında negatif ilişki olduğu ve genç hastaların kronik hastalığı değerlendirme ölçeği toplam puanlarının yüksek olduğu belirtilmektedir. Hastalık tanısının konulduğu yaş arttıkça hasta katılımı, karar verme desteği ve ölçek toplam puanları düşmektedir. Bu sonuç genç bireylerin yaşamdan beklentilerinin daha yüksek olması nedeniyle hastalıklarının yönetimine daha fazla katılması ve kendi bakımlarıyla ilgili kararlarda daha istekli olmasıyla açıklanabilir.

Hemşirelerin kronik hastalığı olan bireylere bakım verirken her hastanın bireysel özelliklerini göz önünde bulundurması gerekmektedir.

SONUÇ

Hastaların kronik hastalık bakımından memnuniyetlerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çalışmada en yüksek puan problem çözme en düşük puan ise hasta katılımı alt boyutundan alınmıştır. Eğitim seviyesi yüksek ve kanser tanısı olan bireylerin tüm boyutlarda bakımdan memnuniyetleri daha yüksektir. Hastaların günlük kullandıkları ilaç sayısı, ilaçlarını düzenli kullanma, kontrolleri düzenli yaptırma ve destek alma durumu bakımdan memnuniyeti çeşitli alt boyutlarda etkilemiştir. Hastaların yaşı ve kronik hastalık tanısı alma yaşı yükseldikçe hasta katılımı, karar verme desteği ve genel olarak bakımdan memnuniyetleri azalmıştır.

ALANA KATKI

Hastaların memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi; sağlık bakımının planlanması, değerlendirilmesi ve beklentiler doğrultusunda daha nitelikli hizmet sunulmasını sağlayabilmektedir. Hastanın bakımdan memnuniyeti kronik hastalık yönetiminde son derecede önemlidir. Bu nedenle hemşirelerin kronik hastalığı olan bireylere bakım verirken hastaların aldıkları bakımdan memnuniyetini değerlendirmesi ve buna

bağlı olarak bakımı yeniden yönlendirmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Akalın E. Sürdürülebilir sağlık sistemi için kronik hastalık yönetiminde elektronik sağlık kayıtlarının rolü Yayın No: TÜSİAD-T/2012-06/5292012, TÜSİAD Akdemir N. Kronik Hastalıklar Ve Bakımı. Akdemir N, Birol L, ed. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Ankara: Sistem ofset; 2005; 193-199.
- Aragones A, Schaefer EW, Stevens D, et al. Validation of the spanish translation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) survey. *Prev Chronic Dis* 2008;5(4):1-10.
- Arslantaş H, Adana F, Kaya F, et al. Yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler. *İ.U.F.N. Hem. Derg* 2010;18(2): 87-97.
- Beaglehole R, Epping-Jordan J, Pate V, et al. Improving the prevention and management of chronic disease in low income and middle-income countries: A priority for primary health care. *Lancet* 2008; 372: 940-949.
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002;288(14):1775-1779.
- Campbell M, Tessaro I, Gellin M, et al. Adult cancer survivorship care: experiences from the LIVESTRONG

centers of excellence network. *J Cancer Surviv* 2011;5:271–282.

Cramm JM, Nieboer AP. Factorial validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC) and PACIC short version (PACIC-S) among cardiovascular disease patients in the Netherlands. *Healthand Quality of Life Outcomes* 2012;10:104-111.

Dünya Sağlık Örgütü, Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi 2008-2013 Eylem Planı T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, ISBN: 978-975-590-316-3, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 783 Türkiye, 2010.

Erkoç Y, Yardım N.(Ed). Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, ISBN: 978-975-590-340-8, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 809, Türkiye, 2011.

Fadıloğlu Ç. Akciğer kanserinde bakım modelleri. Aydın A, Can G (Ed). Akciğer kanserinde tedavi ve bakım. İstanbul: İpomet Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti; 2010:63-74.

Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer Mahoney LD, et al. Development and validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC). *Medical Care*2005;43(5):436-44.

Gökalp O, Mollaoğlu H. Uygunsuz ilaç kullanımı. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2003;10(2);17-20.

Güler Kocaçal E, Eşer İ. Hastanın bakımına katılımında hemşirenin rolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008;3(9): 103-117.

Haskett T. Chronic illness management: Changing the system. *Home Health Care Management Practice* 2006;18:492–496.

International Council of Nurses [ICN]. Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care. International Nurses Day 2010: 1–69.

İncirkuş K, Nahçıvan ÖN. Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği-hasta formunun Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği. *DEUHYO ED* 2011;4(1):102-109.

İncirkuş K. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Aracının Geçerlik Ve Güvenirliği Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı İstanbul, 2010.

Jakson G, Weinberger M, Hamilton NS, et al. Racial/ethnic and educational-level differences in diabetes care experiences in primary care. *Primary Care Diabetes* 2008;39–44.

Kaya Apaydın Ç, Akturan S, Şimşek M, et al. Kronik hastalık bakımının hasta perspektifinden değerlendirilmesi. *Turkish Family Physician* 2013;4(3):1-9.

Ludt S, Leshout JV, Campbell SM, et al. Identifying factors associated with experiences of coronary heart disease patients receiving structured chronic care and counselling in Europe an primary care. *Health Services Research* 2012;12:221-232.

Maindal HT, Sokolowski I, Vedsted P. Adaptation, data quality and confirmatory factor analysis of the Danish version of the PACIC questionnaire. *Journal of Public Health* 2012;22(1):31–36.

Mollaoğlu M. Kronik hastalıklarda uyum süreci. *Kronik hastalıklar ve bakım*. Durna Z ed. *Kronik hastalıklar ve bakım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2012: 51- 63.

Rick J, Rowe K, Hann M, et al. Psychometric properties of the patient assessment of chronic illness care measure: acceptability, reliability and validity in United Kingdom patients with long-term conditions. *Health Services Research* 2012;12:293-308.

Rosemann T, Laux G, Szecsenyi J, et al. The Chronic Care Model: congruency and predictors among primary care patients with osteoarthritis. *Qual Saf Health Care* 2008;17:442–446.

Senuzun F. Kronik hastalıkların yönetimi ve araştırma alanları. Durna Z ed. *Kronik hastalıklar ve bakım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi;2012: 559-566.

Taggart J, Chan B, Jayasinghe UW, et al. Patients assessment of chronic illness care

(PACIC) in two Australian studies: structure and utility. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2011:215-221.

Türkmen E. Kronik hastalıklar ve Önemi. Durna Z, ed. *Kronik hastalıklar ve bakım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2012:37-49.

Wagner EH, Austin BT, Davis C, et al. Improving chronic illness care: Translating evidence into action intervention that encourage people to acquire self-management skills are essential in chronic illness care. *Health Affairs* 2001;20(6):64-78.

Wagner E. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness?. *Effective Clinical Practice* 1998;1: 2–4.

Wang LY, Chang PC, Shih FJ, et al. Self-care behavior, hope, and social support in Taiwanese patients awaiting heart transplantation. *J Psychosom Res* 2006; 61(4): 485-491.

Watts SA, O' Day ME, Lawrence R, et al. Nurse practitioner-led multidisciplinary teams to improve chronic illness care: The unique strengths of nurse practitioners applied to shared medical appointments/group visits. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2009; 21:167–172.