

Kronik Hastalıklarda Hasta Aktifliği: Kavram Analizi

Cansu Koşar* Dilek Büyükkaya Besen**

Özet

Kronik hastalıklar, dünyada ölüm nedenlerinin başında yer almakta ve sağlık harcamalarının büyük kısmı bu hastalıkların tedavisi için yapılmaktadır. Ölüm oranlarının azaltılması, kronik hastalığın etkili yönetimi ile mümkündür, ancak hastalar genellikle tıbbi bakımda yer almamakta, yer almayı da beklememektedirler. Araştırmalar hastalık yönetiminde aktif olarak yer alan bireylerin, daha fazla öz bakım davranışı gösterdiklerini ve daha iyi sağlık çıktılarını ortaya koyduklarını göstermektedir. Hasta aktifliği özellikle kronik hastalığı olan bireylerde önemlidir, çünkü bireylerin, tedavi rejimlerini takip etmeleri, durumlarını gözlemlenmeleri, yaşam şekli değişiklikleri yapmaları ve karar verici rolde olmaları gerekir. Kavram analizi rehberliğinde yazılan bu çalışmada kronik hastalıkların Türkiye ve dünyadaki durumu, kronik hastalık yönetiminde hasta aktifliği ve aktif hasta yönetiminin bakıma etkisini ele alan literatür taranmıştır. Sonuç olarak, bakım gereksinimlerini ve bakım çıktılarını belirlemede, en büyük rolün hastaya ait olduğu, bireylerin aktiflik düzeyinin - sağlık davranışını yapıp sürdürüleceğine dair inancının, bilgi ve beceri düzeyinin, motivasyonunun - bilinmesinin, bireye özgü girişimlerin planlanmasını destekleyeceği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Hasta aktifliği, öz yönetim, öz bakım, sağlık davranışları, kronik hastalık yönetimi.

Patient Activation in Chronic Diseases: Concept Analyse

Chronic diseases are the most leading cause of death in the world and also most of the health expenditure is used for treatment of chronic diseases. Reduction of the death rates is possible with the effective management of chronic disease, but patients generally don't participate and also don't expect to participate in medical care. A number of researchers have found patient, who participate in illness management actively, perform more self care behaviours and present better health outcomes. Patient activation especially important for individuals who have chronic disease; because they need to pursue their medical treatments, observe their conditions, do life style changes and be in a decision making role. Concept analysis method is used in this study and literature about the situation of Chronic diseases in Turkey also in the World, patient activation in chronic disease management and effect of active patient management on care is scanned and examined. As a result, determining the care requirements and outcomes, the most important role is belong to patient. When patient's activation level - belief about doing and maintaining the health behaviour, informaton and skill level, motivation status - are known, individualized care plans can be tailored.

Key words: Patient activation, self management, self care, health behaviours, chronic disease management.

Geliş tarihi: 20.12.2014 Kabul tarihi: 10.01.2015

Kronik hastalık, bir ya da daha fazla yıl süren, sürekli tıbbi destek gerektiren ve/veya günlük yaşamı kısıtlayan durum olarak tanımlanmaktadır. Kronik hastalıklar tüm dünyada, ölüm nedenlerinin başında yer almakta ve sağlık harcamalarının büyük bir kısmı (%60-80) bu hastalıkların tedavisi için yapılmaktadır (THK Final Raporu, 2013; TUSİAD, 2012; WHO, 2010). Veriler küresel bir sağlık sorunu olan kronik hastalıkların, 2008 yılında gerçekleşen 57 milyon ölümün % 63'ünden (36 milyon) sorumlu olduğu ve girişim yapılmazsa 2015 yılında yaklaşık olarak 41 milyona ulaşacağını göstermektedir (Global Status Report on Non-communicable Diseases, 2010). Türkiye'de de, tüm ölümlerin % 85'ini kronik hastalıklara bağlı ölümler oluşturmaktadır. Bu oranın %49'u kardiyovasküler hastalıklar, %18'i kanser, %9'u akciğer hastalıkları, %2'si diyabet ve %9'u diğer kronik hastalıklardır (WHO Turkey, 2010). Kronik hastalıklara bağlı ölümler komplikasyonlar nedeniyle gerçekleşmektedir. Komplikasyonlar hastalık yönetiminin etkin yapılamaması ve istendik hedeflere ulaşılamaması nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Kronik hastalıklar, normal fizyolojik fonksiyonlarda yavaş ve ilerleyici bir sapmaya ve geri dönüşümsüz değişikliklere neden olmakta, yaşamın uzun bir dönemini kapsamakta, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektirmektedir. Bu özellikleri itibarıyla, bireylerin yaşam boyu kendi tedavi ve bakımlarının sorumluluğunu alıp, sürdürmeleri büyük önem taşımaktadır (Türkmen, 2012). Günümüzde kronik hastalıkların etkili yönetiminin, kendi bakımına katılan, aktif bir hasta ile sağlanabileceği kabul edilmektedir.

Bu durum, sadece ne yapacağını bilen değil, aynı zamanda mevcut durumu ile ilgili yetenek, motivasyon ve güvene sahip olan bir hasta ile mümkün olabilecektir. Hastaları sağlık bakım kalitesini etkilemede anahtar rolünde kabul eden belirgin politika kronik hastalık bakım modelidir. Kronik hastalıkların etkili yönetimi için Wagner ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2002 yılında yeniden yapılandırılan kronik bakım modelinde kritik element, sağlık ekibi ile etkileşimde olan, durumunun öz yönetimini yapabilen, aktif bir hastadır (motivasyon, bilgi, beceri, güveni olan) ve modelin merkezinde yer alır (Von Korff, Gruman, Schaefer ve Curry, 1997; Wagner et al., 2005).

Tıbbi bakıma hasta katılımının artmasının önemi uzun zamandır savunulmasına rağmen, geleneksel pasif hasta rolünü değiştirmeye yönelik çok az girişim yapılmıştır (Horwitz R. I. ve Horwitz S. M., 1998; Lorig ve Holman 2003). Hastalar genellikle tıbbi kararda yer almamakta ve yer almayı da beklememektedirler. Göreceli olarak tıbbi bakımda az yer alan pasif hastanın, hastalık yönetiminde, tedavi planını elverişli şekilde günlük rutine uyarlamaya yeterince hazırlıklı olmadığı görülmüştür (Greenfield, Kaplan ve Ware, 1985). Buna karşın birçok araştırmacı tarafından, bilgili, kendine güvenen, yetenekli ve bakıma katılan hastaların sağlığını geliştirecek aktiviteleri gerçekleştirme olasılıklarının daha fazla olduğu ortaya koyulmuştur (Jerant, Fitzwater ve Moore, 2005).

Anahtar soru: "Hastaların aktifleşmeleri veya daha etkili sağlık bakımı aktörleri olmaları için, ne tür bilgi, yetenek, inanç ve motivasyona ihtiyaçları var?" şeklindedir. Kronik hastalığı olan çok fazla birey varken ve sağlık bakım maliyetlerine fazlaca pay ayrılıyorken, bireylerin aktifliklerinin desteklenmesi ve kendi fonksiyonlarını koruyup sürdürmeleri öncelikli olmalıdır (Hibbard, Mahoney, Stock ve Tusler, 2004).

*Araş. Gör. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, cansukosar@hotmail.com **Yard. Doç. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Hibbard ve arkadaşları, 2004’de hasta aktifliği üzerine çalışmışlar ve aktifliğin elemanlarını “bilgi, beceri, inanç/güven ve davranış” olarak ortaya koymuşlardır. Hibbard ve arkadaşları tarafından tanımlanan aktif hasta, bakımının özyönetiminde kendisinin önemli bir rolü olduğuna inanır, destekleyici kişilerle işbirliği içinde olur, sağlığını sürdürür, durumunu nasıl yöneteceğini, fonksiyonlarını nasıl koruyacağını ve sağlık durumundaki gerilemeyi nasıl önleyeceğini bilir, mevcut durumunu yönetebilecek, sağlık ekibi ile işbirliği yapabilecek, sağlık fonksiyonlarını koruyup sürdürebilecek, uygun ve yüksek kaliteli bakıma ulaşabilecek yetenek ve davranışa sahiptir (Deen, Lu, Rothstein ve Santana 2011; Hibbard et al., 2004).

Hasta aktifliği, hastanın, sağlığını ve sağlık bakımını yönetme rolünü üstlenebilmesi ve bunun için hazır oluşluk durumudur. Hasta aktifliği kavramında, hastaların sağlıklarını ve bakımlarını yönetebilmeleri için bağımsız olarak eyleme geçebilme becerileri ve istekleri vurgulanmaktadır (Hibbard ve Greene, 2013). Bu yüzden, hastaların sağlıklarıyla ilgili karar verme sürecine katılmaları kadar, başarılı bir öz yönetim ve sağlığı geliştirme için de bir öncüdür (Deen et al., 2011). İnsan davranışlarını açıklayan teoriler, hasta aktifliği ile yakından ilişkilidir. Günümüze kadar insan davranışlarını ve davranış değişikliğini tanımlayan ve öngören birçok teori, yöntem, ölçek (Sağlık kontrol odağı, Bandura’nın öz etkililik teorisi, Self efficacy scale– Sherer ve arkadaşları/Öz etkililik yeterlik ölçeği – Gözüm ve Aksayan; Sağlık inanç modeli / Health Belief Model – Rosenstock ve arkadaşları; Stages of Change Model - Prochaska ve Di Clemente) geliştirilmiştir. Bu ölçek ve yöntemler incelendiğinde, hasta aktifliğinin tüm elemanlarını bir arada içermedikleri ve insan davranışlarının farklı boyutlarını değerlendirdikleri görülmektedir (Hibbard et al, 2004).

İnsan Davranışlarını Açıklayan Teoriler

Sağlık Kontrol Odağı

Sosyal öğrenme kuramının bir doğurgusu olarak ortaya atılan kontrol odağı, davranışın bilişsel nedenlerinin araştırılmasında önde gelen kavramlardan biridir. Rotter ve arkadaşları (1960) tarafından ortaya konulan bu kavram, “kişinin, iyi ya da kötü, kendisini etkileyen olayları kendi yetenek, özellik ve davranışlarının sonuçları ya da şans, kader, talih ve güçlü başkaları gibi kendisi dışındaki güçlerin işi olarak algılaması eğilimi” biçiminde tanımlanır. Kendilerini etkileyen olayların daha çok kendi kontrollerinde olduğu inancını taşıyanlar iç kontrol odağı yönelimi yüksek bireyler, kendilerini etkileyen olaylarda daha çok kendileri dışındaki güçlerin kontrolü olduğu inancını taşıyanlar da dış kontrol odağı yönelimi yüksek bireyler olarak ifade edilir. Başka bir yaklaşımla kontrol odağı insanların ne yaptığı ve sonunda ne elde edeceği arasındaki ilişki olarak ifade edilmektedir. Eğer insanlar yaptıkları davranışlarla elde ettikleri sonuç arasında bir ilişki görme eğilimindedirler ise içten denetimli olarak adlandırılmaktadır. Bunun tersi olarak insanlar davranışlarıyla, elde ettikleri sonuç arasında bir ilişki görmüyorlarsa, sonuç üzerinde şans, kader ya da güçlü başkalarının bir etkisinin olduğunu düşünüyorlarsa, bu tip kişilerde dıştan denetimli olarak tanımlanmaktadır Kontrol odağının sağlık alanına özgü boyutu ise sağlık kontrol odağıdır. Wallston ve arkadaşları, sağlık kontrol odağı ile ilgili ölçekler geliştirmişlerdir. Bunlar; Sağlık kontrol odağı ölçeği (Health Locus of Control) ve Çok yönlü

sağlık kontrol odağı ölçeğidir (Multidimensional Health Locus of Control). Sorular kişilerin sağlık davranışlarında içten denetimli mi, dıştan denetimli mi olduklarını ya da kadercı bir yaklaşımı mı benimsediklerini belirlemeye yöneliktir. Sağlık denetim odağı, bireylerin sağlıkları ve sağlık çıktılarını kontrol edebilme durumlarına dair inançları ile ilgilenmektedir (Dağ, 2002; Rotter J. B., 1966).

Sağlık İnanç Modeli

Sağlık inanç modeli ilk olarak 1950’li yıllarda Amerika’da halk sağlığı merkezinde bir grup sosyal psikolog tarafından, hastalığı tanılamaya ya da önlemeye yönelik programlara katılımın yetersiz olmasını açıklayabilme çabasıyla geliştirilmiştir (Strecher ve Rosenstock, 1997). Rosenstock, 1966’da Sağlık İnanç Modelini ilk kez kullanılabilir şekilde geliştirmiştir. Model sonraki yıllarda Becker ve arkadaşlarının çalışmalarıyla genişletilmiştir. Hala sağlıkla ilgili davranışları açıklamada en yaygın kullanılan modellerden biridir (Champion ve Skinner, 2008).

Modelin ana kavramı, koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesi ile ilgili belirleyicilerin açıklanmasıdır. Sağlık inanç modeli, bireyin inanç ve davranışları arasında ilişki olduğunu belirtir. Kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin götürdüğünü anlamaya yönelik bir kavramdır. Bireylerin bir hastalık ya da durumun kendisini tehdit ettiği zaman ya da önleyici bir takım şeyler yapar görürüklerinde, koruyucu sağlık davranışlarını gösterdiklerini öne sürmektedir. Modelde koruyucu sağlık davranışları üzerinde etkili olduğu ileri sürülen dört ana kavram - algılanan duyarlılık, algılanan ciddiyet, algılanan yarar, algılanan engel - bulunmaktadır. Algılanan duyarlılıkta kişi sağlık durumunda var olacak bir tehlikeyi algılar, özel bir hastalık oluşması tehdidine karşı, bir reaksiyon tanımlar. Kişi kendini ne kadar risk altında hissederse riski oluşturacak davranış o kadar azaltacaktır. Algılanan ciddiyet, bireyin hastalığı tehdit edici olarak algılamasıdır. Bir hastalığın sonuçlarına karşı bireyde oluşan ciddiyet veya şiddetin nasıl algılandığıdır. Bu algı özellikle bireyin sağlık bilgisinden etkilenir. Algılanan yarar, bireyin hastalıktan korunmak veya hastalığın şiddetini azaltmak için önerilen koruyucu davranışın kendinde oluşturacağı yarara inanmasıdır. Algılanan engel kişinin davranışını değiştirmede bireysel olarak algıladığı engellerdir. Bu kavramlar koruyucu sağlık davranışının kazanılmasında önemlidir, değişim olup olmayacağına belirleyicisidir. Ayrıca modelde, eyleme geçiriciler ve modele daha sonra eklenen motivasyon ve öz etkililik de yer almaktadır. Eyleme geçiriciler koruyucu sağlık davranışlarının eyleme geçmesini etkileyen bedensel belirtiler, çevresel uyaranlar ve medya gibi faktörlerdir, ancak sistematik olarak çalışılmamıştır. Sağlık motivasyonu ise, bireyin genel olarak sağlıklı olmak için gerekli olan inanç ve davranışlarıdır. Öz etkililik, sağlık inanç modelinin yanı sıra bir çok teorinin bileşenleri arasında yer alır. Öz etkililik kavramı aşağıda tartışılacaktır (Champion ve Skinner, 2008; Gözüm ve Aydın, 2004; Özmen ve Özsoy, 2005; Rosenstock, Strecher & Becker, 1988; Wdowik, Kendall, Harris ve Auld, 2001).

Öz etkililik - Yeterlik

Öz etkililik - yeterlik duruma özel inanç ve algı olarak kavramlaşmıştır. Bireyin belli bir performansı göstermek

için gerekli etkinlikleri organize edip başarılı olarak yapma kapasitesine ilişkin kendi yargısına öz etkililik - yeterli denir. Bandura' nın davranış üzerine etkili olduğunu düşündüğü temel kavramlardan biri olan öz etkililik - yeterli, sosyal öğrenme kuramının temel bileşenlerinden birisidir. Bu modelde bireyin öz etkililik-yeterlik algısının, sağlığı geliştiren davranışların başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyici olduğu vurgulanmaktadır (Jhonson, Ratner, Bottorf ve Hayduk, 1993, Palank 1991; Pender, 1987). Bandura'ya göre, öz etkililik – yeterli, bir davranışı başarılı bir şekilde yapabilmeye dair kişinin yargısı, düşüncesi ve davranışının istenen sonuca gideceğine dair inançlarıdır. Belli bir davranışı değiştirmek için harcanacak çabanın miktarını ve engellerle karşılaşıldığında bu çabanın ne kadar sürdürülebileceğini etkiler (Bandura, 1982).

Bu modelde, bireylerin eyleme geçmek için güven durumu değerlendirilmektedir. Öz etkililik-yeterlik ölçeği ise bireyin davranış ve davranış değişimlerini değerlendirmek üzere Sherer ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Gözüm ve Aksayan tarafından 1999'da Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçekteki maddeler herhangi spesifik bir davranışı göz önüne almaksızın, genel anlamda davranışa başlama, davranışı tamamlama ve herhangi engelleyici bir durumda bile davranışı sürdürme isteğini değerlendirecek nitelikte hazırlanmıştır. Bireyin herhangi bir duruma spesifik olmayan öz etkililik-yeterlik algısını değerlendirmektedir (Gözüm ve Aksayan, 1999; Sherer et al., 1982). Hasta aktifliğinde ise bireyin genel davranış durumu değil hastalığının yönetiminde ne kadar etkin olduğu, bilgi, inanç, motivasyon ve yetenek durumunun ne düzeyde olduğu değerlendirilmektedir.

Prochaska ve DiClemente'nin Stages of Change Model

Prochaska ve DiClemente'nin Stages of Change Model'i bireylerin aşırı alkol kullanımı, sigara kullanımı, kilo kontrolü ve egzersizi içeren sağlık davranışlarından birini nasıl değiştirdiklerini kapsamlı olarak açıklamaya çalışır (Budd, 1996; DiClemente, 2007; Freeman ve Dolan, 2001). Bu model bireylerin davranışlarını değiştirirken, geçtikleri düşünülen sabit bir dizi aşamayı tanımlar. Bu aşamalar: Karar öncesi, karar, hazırlık, eyleme geçme ve sürdürme şeklinde belirtilmiştir. Karar öncesi aşamada davranışı değiştirmeye yönelik bir niyet yoktur. Bu basamaktaki bireyler problemlerinin farkında değildir. Karar aşamasında, bireyler bir problemin olduğunu farkındadır ve üstesinden gelmeyi düşünmektedir. Hazırlık aşaması, niyet ve davranış geliştirmenin birleştiği basamaktır. Bireyler, küçük davranış değişiklikleri ile eyleme geçmeye hazırlanır. Eylem aşamasında bireyler baş etmek için davranışlarını, deneyimlerini ve çevrelerini değiştirirler. Bu model, belirli bir davranışı değiştirmeyi öngörmektedir ve yapılan araştırmalara zaman içerisinde bağımlılık tedavisinde kullanılmaya başlanan standart bir model haline geldiğini göstermektedir (Budd, 1996; Freeman and Dolan, 2001). Bu özellikleri itibarıyla sadece bir sağlık davranışını değil, bireyin hastalığın yönetimine katılım durumunu inceleyip, düzeyini belirleyen bilgi, yetenek, inanç ve motivasyon öğelerini de kapsayan aktiflik kavramından ayrılmaktadır.

Öz yönetim

Öz yönetim bireyin, semptomları, tedaviyi, fizyolojik ve psikolojik sonuçları yönetebilmesi, kronik hastalıkla yaşama özgü yaşam şekli değişikliklerini yapabilmesidir. Beş tane ana öz yönetim davranışı bulunmaktadır: Problem çözme, karar verme, kaynak kullanımı, sağlık ekibiyle

işbirliği içinde olma ve eyleme geçme. Öz bakım rejimine daha iyi uyum, aktif hasta öz yönetiminin özelliğidir, mortaliteyi azaltır, yaşam kalitesini artırır ve sağlık bakımını harcamalarını azaltır (Jeran et al., 2005). Buna karşın, kötü uyum, pasif hasta öz yönetimin özelliğidir, yetersiz kronik hastalık çıktıları ve sağlık bakımından gereksiz yararlanılmasına sebep olur. Aktif hasta öz yönetimi, sağlık personeli ile işbirliği içinde olma, önemli rolleri sürdürmeye çalışma, baş etme yöntemlerinin düzenli kullanımı, problem çözmede dikkatli ve planlı bir süreç uygulama, seçenekleri dikkatli değerlendirdikten sonra karar verme, destek belirleme ve seçmede uzmanlaşma şeklinde öz yönetim davranış ve becerilerini gerektirirken; pasif hasta öz yönetimi, sağlık personelinin erteleme, önemli rolleri bırakma, duygusal baş etmede yetersiz kalma, problem çözmede başarılı olamama, karmaşıklıklaşturma, telaş ve korku içinde karar verme, destek sistemlerini belirleyememe şeklinde davranışları içerir. (Horwitz R. I. ve Horwitz S. M., 1993; Jeran et al., 2005; Lorig ve Holman, 2003). Hasta aktifliği ve öz yönetim ilişkisine bakıldığında, hasta aktifliği daha iyi öz yönetim ve daha iyi sağlık çıktıları ile ilişkilidir (Hibbard et al., 2004).

Hibbard ve arkadaşları, kronik hastalığı olan bireylerde, aktiflik düzeyi ile öz yönetim davranışlarının ilişkisini değerlendirdikleri çalışmalarında, aktiflik düzeyi ile çok çeşitli öz yönetim davranışlarının (düzenli egzersiz yapma, stres yönetimi, az yağlı beslenme, kan basıncı ve kan glikozu günlüğü tutma, diyabet ilaçlarını önerilen şekilde alma – $p < .05$) pozitif yönde ilişkili olduğunu saptamışlardır (Hibbard, Mahoney, Stock ve Tusler, 2007).

Dixon, Hibbard ve Tusler'in, farklı aktiflik düzeyindeki bireylerin öz yönetim davranışlarını yarı yapılandırılmış görüşmelerle değerlendirdikleri çalışmalarında, düşük aktiflik düzeyindeki bireylerin, başarılı öz yönetimi bir boyun eğiş olarak görürken, yüksek aktiflik düzeyindeki bireylerin, güvende hissetme olarak gördüğünü ve yüksek aktiflik düzeyindeki bireylerin, sağlık ekibi ile bakımı ortak yürütebilmek için konuşmayı tercih ettiğini belirtmişlerdir (Dixon, Hibbard ve Tusler, 2009).

Hasta Aktifliğinin Aşamaları ve Aktifliği Etkileyen Faktörler

Hasta aktifliği, hastalar sağlıkları ve sağlık bakımlarında önemli bir rolleri olduğuna inandıkları, bilgi, beceri, güven sahibi oldukları ve bu rolü gerçekleştirmek için istikrarlı davrandıkları zaman ortaya çıkar (Hibbard et al., 2004). Aktiflik dört aşamalı bir süreçtir: Bu aşamalar: Aktif rol almanın önemine inanma, eyleme geçmek için bilgi ve güven, eyleme geçme ve stres altındayken bile rutini korumadır (Hibbard et al, 2004; Hibbard et al, 2007).

Birinci aşamada, birey henüz kendi sağlığında aktif bir rol alması gerektiğini kavrayamamıştır, bakımın sadece pasif bir katılımcısı olduğunu düşünmektedir. Kendisini sağlığından ve bakımından sorumlu hissetmez. Sağlığını yönetebilme konusunda kendisine güvenmemektedir. Problem çözme ve baş etme yetenekleri yeterli değildir.

İkinci aşamada, bireyin temel durumlarıyla ilgili bilgi (sağlığı, tedavisi ve öz bakımı) eksikliği olabilir. Mevcut durumla, kendi sağlığı ve önerilen sağlık rejimi arasında geniş kapsamda bağlantı kuramamıştır. Sağlığını yönetme becerileri eksiktir. Davranış değişikliği konusunda deneyimi ve başarısı azdır. Sorumluluk sahibi olarak doktorunu görmekte ve ona güvenmektedir.

Üçüncü aşamada, bireyin durumu ve tedavisi ile ilgili temel bilgisi vardır. Davranış değişikliği yapma konusunda bir miktar deneyimi ve başarısı vardır. Bireyler, eyleme geçmeye başlamaktadır, ancak yeni davranışları destekleyen güven ve beceri eksiklikleri olabilmektedir.

Dördüncü aşamada, bireyler gerekli olan birçok davranış değişikliğini yapmaktadır, ancak davranış zaman içinde ve stres durumunda koruyup sürdürebilme konusunda zorluk yaşayabilmektedirler (Hibbard, Mahoney, Stock ve Tusler, 2005).

Hasta aktifliğinin ikinci aşamasından - eyleme geçmek için bilginin olması - yola çıkarak hastanın aktiflik düzeyi ile okuma yazma becerisi arasındaki ilişkiyi inceleyen Martin ve arkadaşları konuşma ve dinleme becerilerindeki artışın, hastanın aktiflik düzeyindeki artışla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (Martin et al., 2011). Çalışmalar, hastaya özgü bilgilendirme ve motivasyonel desteğin aktiflik düzeyine etki ettiğini ortaya koymuştur. Hibbard, Greene ve Tusler diyabetli bireylerin aktiflik düzeylerine göre verilen bireyselleştirilmiş diyabet eğitimi ve desteği ile diyabet çıktılarının geliştirilip geliştirilemeyeceğini inceledikleri çalışmalarında, bireyselleştirilmiş eğitim verilen uygulama grubunun, klasik yaklaşıma göre aktiflik düzeylerinde daha fazla artış olduğunu saptamışlardır (Hibbard, Greene ve Tusler, 2009).

Üç ve dördüncü aşamalarda yer alan bireyler - eyleme geçmek için bilgi ve yanı sıra güveninin olması ve eyleme geçebilmesi aşamaları - aktiflik düzeylerine özgü kısa girişimlerle desteklendiğinde, mevcut aktiflik düzeylerinin pozitif yönde değiştiğini gösteren araştırmalar mevcuttur. Hastaların daha fazla soru sormasını sağlamaya yönelik girişimler, bilgi arama davranışlarında kaydedilen düzeyde farklılıklar sağlamıştır. Daha fazla soru soran hastalar durumuyla ilgili daha fazla bilgi alabilmişler, bakımlarında daha çok yer alabilmişler ve doktor ziyaretlerinde daha güçlü hissetmişlerdir. Deen ve arkadaşlarının, halk sağlığı merkezlerine gelen hastalara uygulanan kısa girişimlerin, hastanın aktiflik düzeyine etkisini inceledikleri çalışmalarında, merkezi ziyaret öncesinde soru oluşturma becerisini değerlendirmeye odaklanılmış, hastalara sağlık personeline danışabilecekleri soru hazırlayabilmeleri konusunda destek olunmuştur. Hastanın aktifliğini artırıcı bu girişim ile daha etkili hasta-sağlık personeli görüşmelerinin yapılması sağlanarak, hastanın aktiflik düzeyinin arttırdığı saptanmıştır (Deen et al., 2011).

Araştırmalar aktiflik düzeyini etkileyen bazı faktörlerin olduğunu ortaya koymuştur. Bunlar: Bireyin eğitim durumu, sağlık personeli ile iletişimi, sosyoekonomik durumu ve alınan sağlık eğitimidir. Lubetkin ve arkadaşları, yeterli sağlık bilgisi olan hastaların, olmayanlara göre aktiflik düzeylerinin daha iyi olduğunu saptamışlardır (Lubetkin, Marthe ve Gold, 2010). Alegria ve arkadaşları sağlık personeli ile daha güçlü iletişimi olan hastaların, aktiflik düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtirken, Greene ve Hibbard gelir düzeyi yüksek kesimde yaşayan bireylerin, düşük kesimde yaşayanlara göre aktiflik düzeylerinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır (Alegria, Sribney, Perez ve Laderman, 2009; Greene ve Hibbard, 2011).

Bireyin eğitim durumu, sağlık personeli ile iletişimi, sosyoekonomik durumu ve aldığı sağlık eğitimi, aktiflik düzeyini belirleyip etkilerken, aktiflik düzeyi de öz yönetim durumunu, sağlık çıktıları, hastaneye ve acil servise başvurma durumunu öngörmekte ve etkilemektedir. Diyabetli bireylerle yapılan geriye dönük

bir çalışma, PAM (Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı - Patient Activation Measure) skorlarının, iki yıl için, glisemik kontrolü öngörebildiğini göstermiştir. İki yıllık süreçte diyabet çıktıları ve aktiflik düzeyi ilişkisi incelenmiş ve PAM'a göre daha aktif olan bireylerin HbA1c ve LDL düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Remmers et al., 2009). Çalışmalar aktiflik düzeyleri ile hastaneye ve acil servise başvurma arasında ilişki olduğunu göstermektedir. Begum ve arkadaşları diyabet hastalarında, hasta aktifliği ile hastaneye kabul ve acil servise başvurma sıklığının ilişkisini inceledikleri çalışmalarında, birinci aşamada olan hastaların, dördüncü aşamadakilerle karşılaştırıldığında daha fazla hastaneye yatma ve daha fazla acil servis ziyareti olasılığının olduğunu ortaya koymuşlardır (Begum, Donald, Ozolins ve Dower, 2011). Mitchell ve arkadaşları, hastaların aktiflik düzeylerine göre, taburculuk sonrası otuz gün içerisinde plansız olarak, hastaneye tekrar başvurma durumlarını inceledikleri çalışmalarında, aktiflik düzeyi yüksek olan bireylerin, aktiflik düzeyi daha düşük olan bireylere göre, hastaneye tekrar başvurma durumlarının daha az olduğunu ortaya koymuşlardır. En düşük aktiflik düzeyinde olan bireyler, en yüksek aktiflik düzeyindekilere göre, otuz gün içerisinde, neredeyse iki kat daha fazla plansız olarak hastaneye tekrar başvurmakta ve hastane kaynaklarını kullanmaktadır (Mitchell et al., 2013).

Hasta Aktifliğinin Ölçümü - Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı / Patient Activation Measure (PAM)

Patient Activation Measure (PAM), Hibbard ve arkadaşları tarafından 2004 yılında Amerika'nın Oregon eyaletinde geliştirilmiş ve 2005 yılında kısa formu çalışılmıştır. Geçerli, güvenilir, tek boyutlu, Guttman tipi bir ölüm aracıdır (Hibbard et al., 2004). Hollanda, Danimarka, İspanya, Almanya ve İsrail'de de geçerlik güvenilirliği çalışılan PAM, Amerika'da ruhsal sağlık sorunu olan bir populasyon için de uyarlanmıştır (Alegria, Sribney, Perez, Laderman ve Keefe, 2009; Magnezi ve Glasser, 2014; Maindal, Skolowski ve Wested, 2009; Rademakers, Nijman, Hoek, Heijmans ve Rijken, 2012; Zill et al., 2013). Geliştirildiği çalışmanın örneklemini kronik hastalığı olan bir populasyon oluşturmuştur. PAM, bireyin sağlığını ve sağlık bakımını yönetebilmesi için, bilgi, beceri, inanç ve güvenini değerlendirir (Greene ve Hibbard, 2011; Maindal, Sokolowski ve Vedsted, 2009). PAM'a göre aktiflik dört aşamalı bir süreçtir: Bu aşamalar: Aktif rol almanın önemine inanma, eyleme geçmek için bilgi ve güven, eyleme geçme ve stres altındayken bile rutini korumadır (Hibbard et al, 2004; Hibbard et al, 2007). Bir bireyin PAM'dan aldığı puan ne kadar aktif olduğunu gösterir (Greene ve Hibbard, 2011).

Hasta Aktifliği ve Hemşirelik

Bireyin aktiflik düzeyi, öz bakımlarını yapma ve öz yönetimi sürdürebilme durumunu, bu da sağlık çıktılarını etkilemektedir. Daha aktif olan hastalar sağlığı geliştiren öz yönetim davranışlarına daha fazla katılma eğilimindedirler. Hemşirelik bakımında istenen, yüksek düzeydeki hasta aktifliğini koruyup sürdürmektir. Bakım gereksinimlerini ve bakım çıktıları belirlemede, en büyük rol hastaya aittir. Hastaların sağlık bakımında daha aktif ve etkili birer yönetici olmaları konusunda giderek artan bir farkındalık vardır. Sağlık ekibi, hastaları bakımlarına katılımları için cesaretlendirirken, hastanın özyönetim rolünü üstlenebilmesi için gerekli olan yetenek

ve kapasitesini bilmemektedir. Hastanın aktiflik düzeyinin bilinmesi önemlidir. Çünkü bireyin aktiflik düzeyinin bilinmesi, davranışı yapıp sürdürebileceğine dair inancının yanı sıra, ondan yapması beklenen sağlık davranışını yapma isteği, gerekli görüp görmediği, bilgi düzeyi, motivasyon durumu, davranışı gerçekleştirmesi, stresli durumlarda bile koruyup sürdürebilme durumunun değerlendirilmesini ve bireyin düzeyine uygun girişimlerin uygulanmasını sağlar (Greene ve Hibbard, 2011). Böylece populasyonlar sadece sağlık risk düzeylerine göre değil, aynı zamanda aktiflik düzeylerine göre de gruplandırılabilir. Bu durum hemşireler açısından, öz yönetim becerileri eksik olan hastaları daha yüksek sağlık risk grubuna girmeden önce belirleyebilme, erken girişimleri uygulayabilme ve hem zamanı hem de kaynakları hasta ve sağlık sistemi için daha değerli kullanabilme olanağı sağlar (Hibbard et al., 2004). Eğer hastanın aktiflik düzeyi bilinir, düzeyine uygun bir hedef ile başlanır ve düzey adım adım arttırılırsa, hastalar küçük başarıları deneyimleyebilecek ve etkili öz yönetim için gerekli güven ve beceriyi inşa edebilecektir (Hibbard et al., 2005).

Sonuç

Davranış teorileri, sağlık davranışlarını açıklamak, öngörmek, sağlık bakım girişimlerini ve öz yönetim eğitimi programlarını geliştirmek amacıyla günümüze kadar kullanılmıştır. Hibbard, dar bir davranış aralığını öngörmeye odaklanma eğiliminde olmalarının, günümüze kadar tanımlanan davranış teorilerinin dezavantajı olduğunu ortaya koymuş ve hasta aktifliğinin daha geniş aralıktaki unsurları içerdiğini belirtmiştir (Hibbard et al., 2004). Aktifliğin kavramsal yapısını incelemiş ve bu unsurları; bilgi, beceri/yetenek, inanç/güven olarak tanımlamıştır. Ayrıca Hibbard ve arkadaşları aktifliğin nasıl ölçüleceği üzerine de çalışmışlar ve hasta bireyin aktiflik düzeyini ölçmek amacıyla Patient Activation Measure (PAM)'ı geliştirmişlerdir.

Kaynaklar

- Alegria, M., Sribney, W., Perez, D., Laderman, M. & Keefe, K., 2009, The Role of Patient Activation on Patient-Provider Communication and Quality of Care for US and Foreign Born Latino Patients, *J Gen Intern Med*, 24(3), 534-41.
- Budd, R. J., 1996, The structure of the Readiness to Change Questionnaire: A test of Prochaska & DiClemente's transtheoretical model, *British Journal of Health Psychology*, 1, 365-376.
- Bandura, A., 1982, Self-efficacy mechanism in human agency, *American Psychologist*, 37(2),122-47.
- Begum, N., Donald, M., Ozolins, L. Z. & Dower, J., 2011, Hospital admissions, emergency department utilisation and patient activation for self-management among people with diabetes, *Diabetes Research and Clinical Practice*, 93, 260-267.
- Champion, V. L., Skinner, C. S., (2008), The Health Belief Model, Glanz K., Rimer B. K., & Viswanath K., In *Health Behavior and Health Education Theory, Research and Practice*, Wiley Imprent, 4th edition, 45-62.
- Dağ, İ., 2002, Kontrol Odağı Ölçeği (KOÖ): Ölçek Geliştirme, Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması, *Türk Psikoloji Dergisi* 2002, 17 (49), 77 - 90.
- Deen, D., Lu, W., Rothstein, D., Santana, L. & Gold, M., 2011, Asking questions: The effect of a brief intervention in community health centers on patient activation, *Patient Education and Counseling*, 84, 257-260.
- Dixon, A., Hibbard, J. & Tusler, M., 2009, How do people with different levels of activation self manage their chronic conditions, *Patient*, 2 (4), 257-268.

- DiClemente, C.C., 2007, The Transtheoretical Model of Intentional Behavioral Change, *Drug and Alcohol today*, 7(1), 29-33.
- Freeman, A., Dolan, M., 2001, Revisiting Prochaska and DiClemente's Stages of Change Theory: An Expansion and Specification to Aid in Treatment Planning and Outcome Evaluation, *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 224-234.
- Greene, J., Hibbard, J., 2011, Why Does Patient Activation Matter? An Examination of the Relationships Between Patient Activation and Health-Related Outcomes, *J Gen Intern Med*, 27(5), 520-6.
- Global Status Report on Noncommunicable Diseases, 2010. Erişim: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf?ua=1, 30.05.2014.
- Gözüm, S. & Aydın, İ., 2004, Validation Evidence for Turkish Adaptation of Champion's Health Belief Model Scales, *Cancer Nursing*, 27(6), 491-498.
- Gözüm, S. & Aksayan, S., 1999, Öz etkililik Yeterlik Ölçeğinin Türkçe Formunun Güvenilirlik ve Geçerliği, *Atatürk Univ. Hemşirelik Yükseköğretim Dergisi*, 2 (1), 21-34.
- Greenfield, S., Kaplan, S. & Ware, J. E., 1985, Expanding Patient Involvement in Care Effects on Patient Outcomes, *Annals of Internal Medicine*, 102, 520-528.
- Hibbard, J. H. & Greene, J., 2013, What The Evidence Shows About Patient Activation: Better Health Outcomes And Care Experiences; Fewer Data On Costs, *Health Affairs*, 32(2), 207-214.
- Hibbard, J. H., Greene, J. & Tusler, M., 2009, Improving the Outcomes of Disease Management by Tailoring Care to the Patient's Level of Activation, *American Journal of managed care*, 15(6), 353-360.
- Hibbard, J.H., Mahoney, E. R, Stock, R. & Tusler, M., 2007, Do Increases in Patient Activation Result in Improved Self-Management Behaviors, *Health Research and Educational Trust*, 42(4), 1443-1463.
- Hibbard, J.H., Mahoney, E. R., Stock, R. & Tusler, M., 2005, Development and Testing of a Short Form of the Patient Activation Measure, *HSR: Health Services Research*, 40(6), 1918-1930.
- Hibbard, J.H., Mahoney, E. R, Stock, R. & Tusler, M., 2004, Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and Measuring Activation in Patients and Consumers, *HSR: Health Services Research*, 39(4), 1005-1026.
- Horwitz, R.I. & Horwitz, S.M., 1993, Adherence to treatment and health outcomes, *Arch Intern Med.*, 153, 1863-1868.
- Jerant, A. F., Fitzwater, M. M., F. & Moore, M., 2005, Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions, *Patient Education and Counseling*, 57, 300-307.
- Jhonson, J. L., Ratner, P. A., Bottorf, J. L. & Hayduk, L. A., 1993, An exploration of Pender's Health Promotion Model using Lisrel, *Nursing Research*, 42(3),132-37.
- Lubetkin, E. I., Marthe, W. L. & Gold, M. R., 2010, Levels and Correlates of Patient Activation in Health Center Settings: Building Strategies for Improving Health Outcomes, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 21, 796-808.
- Lorig, K.R. & Holman, H., 2003, Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms, *Ann. Behav. Med.*, 26, 1-7.
- Mitchell, S. E. Et al., 2013, Patient Activation and 30-Day Post-Discharge Hospital Utilization, *J. Gen. Intern. Med.*, 29(2), 349-55.
- Martin, L. T., Schonlau, M., Haas, A., Pitkin, K., Rosenfeld, L. & Buka, S., 2011, Patient Activation and Advocacy: Which Literacy Skills Matter Most?, *Journal of Health Communication*, 16:177-190.
- Magnezi, R. & Glasser, S., 2014, Psychometric Properties of the Hebrew Translation of the Patient Activation Measure (PAM-13), 9(11), 1-6.
- Maindal, H.T., Sokolowski, I. & Vedsted, P., 2009, Translation, adaptation and validation of the American short form Patient

- Activation Measure (PAM13) in a Danish version, BMC Public Health, 1-9.
- Noncommunicable diseases World Health Association, 2010. Erişim: http://www.who.int/nmh/countries/tur_en.pdf?ua=1, 30.05.2014.
- Özmen, D. & Özsoy, S., 2009, Sağlık inanç modeli yaklaşımı ile servikal kanserin erken tanısına yönelik tutum ölçeği geliştirilmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 25 (1), 51-69.
- Palank, C. L., 1991, Determinants of health promotive behavior, Nurs. Clin. North. Am., 26(4), 815-31.
- Pender, N.J., 1987, Health Promotion in Nursing Practice, 2nd edition, Appleton & Lange, USA, Gözüm, S. & Aksayan, S., 1999, Öz erkililik Yeterlik Ölçeğinin Türkçe Formunun Güvenirlik ve Geçerliği, Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokul Dergisi, 2 (1), 21-34.
- Rademakers, J., Nijman, J., Hoek, L., Heijmans, M. & Rijken, M., 2012, Measuring patient activation in the Netherlands: translation and validation of the American short form Patient Activation Measure (PAM13), BMC Public Health, 12(577), 1-7.
- Remmers, C., 2008, The Relationship Between the Patient Activation Measure, Future Health Outcomes, and Health Care Utilization Among Patients with Diabetes, Walden University, Baltimore, doctoral dissertation.
- Rotter J. B., 1966, Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, Psychological Monographs: General and Applied, 80 (1),1-28.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H., 1988, Social learning theory and the health belief model, Health Education & Behavior, 15(2), 175-183.
- Sherer, M. et al., 1982, The self-efficacy scale construction and validation, Psychological Reports, 51,663-71. Cited in Gözüm, S. & Aksayan, S., 1999, Öz erkililik Yeterlik Ölçeğinin Türkçe Formunun Güvenirlik ve Geçerliği, Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokul Dergisi, 2 (1), 21-34.
- Sürdürülebilir Sağlık Sistemi İçin Kronik Hastalık Yönetiminde Elektronik Sağlık Kayıtlarının Rolü, Tüsiad Sosyal İşler Komisyonu Sağlık Politikaları ve Stratejileri Alt Çalışma Grubu, 2012. Erişim: http://www.tusiad.org.tr/_rsc/shared/file/ErdalAkalin-03072012.pdf, 30.05.14.
- Strecher, V. J. & Rosenstock, I. M., 1997, Health Belief Model. In Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine (pp.113- 120). Cambridge Univesity press.
- Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması, TC. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013. Erişim:http://www.thsk.saglik.gov.tr/Dosya/kronik_hastaliklar/tkh-final-raporu-tr.pdf, 30.05.14.
- Türkmen, E., 2012, Kronik Hastalıklar ve Önemi, Durna Z., Kronik Hastalıklar ve Bakım, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 37-49.
- Von Korff, M., Gruman, J., Schaefer, J., Curry, S.J. & Wagner, E.H., 1997, Collaborative Management of Chronic Illness, Annals of Internal Medicine, 127 (12): 1097-1102.
- Wagner, E. H., Bennett, S. M., Austin, B. T., Greene, S. M. & Schaefer, J. K., 2005, Finding Common Ground: Patient-Centeredness and Evidence-Based Chronic Illness Care, The Journal Of Alternative And Complementary Medicine, 11(1): 7-15.
- Wdowik, M. J., Kendall, P. A., Harris, M. A., & Auld, G., 2001, Expanded health belief model predicts diabetes self-management in college students. Journal of Nursing Education 33, 17-23.

