



**Tıp Fakültesi**

**T.C.  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**HASTA AKTİFLİK DÜZEYİNDE KLİNİSYEN DESTEĞİ  
ÖLÇÜM ARACI'NIN (CLINICIAN SUPPORT FOR  
PATIENT ACTIVATION MEASURE) TÜRKÇEYE  
UYARLANMASI: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK  
ÇALIŞMASI**

**Dr. ERCAN KULAK  
UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL 2020**





**Tıp Fakültesi**

**T.C.  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**HASTA AKTİFLİK DÜZEYİNDE KLİNİSYEN DESTEĞİ  
ÖLÇÜM ARACI'NIN (CLINICIAN SUPPORT FOR  
PATIENT ACTIVATION MEASURE) TÜRKÇEYE  
UYARLANMASI: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK  
ÇALIŞMASI**

**Dr. ERCAN KULAK  
UZMANLIK TEZİ**

**Danışmanlar: Prof. Dr. PINAR AY  
Doç. Dr. SEYHAN HİDİROĞLU**

**İSTANBUL 2020**

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Dr. Ercan KULAK

## ÖNSÖZ

Halk Sağlığı uzmanlık eğitimim boyunca bilgisi, tecrübesi ve anlayışıyla her zaman yanımda hissettiğim anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Dilşad Save'ye çok teşekkür ederim. Tez danışmanım Prof. Dr. Pınar Ay'a uzmanlık eğitimim boyunca ve tez dönemimde bilgisini ve tecrübesini benimle paylaştığı, her konuda yol gösterdiği, özverisini ve samimiyetini hiçbir zaman eksik etmediği, her türlü konuda yardımlarını ve desteğini esirgemediği için en içten şükranlarımı sunarım. Uzmanlık eğitimim ve tez dönemimde desteğini esirgemeyen ikinci tez danışmanım Doç. Dr. Seyhan Hıdıroğlu'na, anabilim dalımızın değerli öğretim üyeleri Prof. Dr. Melda Karavuş'a, Prof. Dr. Emel Lüleci'ye, Prof. Dr. Ahmet Topuzoğlu'na, Doç. Dr. Nilüfer Özaydın'a ve anabilim dalımızdan ayrılmış olan kıymetli hocam Prof. Dr. Sibel Sakarya'ya teşekkür ederim.

Ölçek çevirileri için zamanını ayıran Prof. Dr. Özlem Tanrıöver'e, Dr. Öğr. Üyesi Hale Arık Taşyikan'a ve Abdullah Pekel'e çok teşekkür ederim. Rasch analizini öğrenme sürecimde önemli bir basamak atlamamı sağlayan ve yol gösteren Dr. Öğr. Üyesi Şule Aktaç'a ve Ece Moral'e çok teşekkür ederim.

Her birini tanımaktan mutluluk duyduğum değerli araştırma görevlisi arkadaşlarıma, her daim yanımda olan ve manevi desteğini esirgemeyen çok kıymetli arkadaşım Uzm. Dr. Şeyma Görçin Karaketir'e çok teşekkür ederim.

**Dr. Ercan KULAK**

**İstanbul, 2020**

## ÖZET

**Giriş ve amaç:** Günümüzde bulaşıcı olmayan hastalıkların yükünün giderek artması, kronik hastalıkların etkin kontrolünü daha da önemli kılmaktadır. Bu amaçla, hasta özyönetimi ve aktifliği günümüzde önem kazanan ve birbirini tamamlayan kavramlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Kronik hastalıkların yönetimi, bütüncül bakış açısı ile planlanmış bir bakım gerektirmektedir. Düzenli tıbbi izlem ve klinisyen desteği, hastaların öz bakımında ve özyönetiminde üstlenmesi gereken sorumluluğu artırmak için önemlidir. Ülkemizde kronik sağlık sorunu olan hastaların özyönetim becerilerinin önemi hakkında, klinisyenlerin düşüncelerini nicel olarak değerlendiren bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Bu çalışmanın temel amacı; Hasta Aktiflik Düzeyinde Klinisyen Desteği Ölçüm Aracı'nı (CS-PAM) Türkçeye uyarlamak üzere geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmektir.

**Gereç ve yöntem:** Bir validasyon çalışması olan araştırmanın evrenini, Haziran-Temmuz 2019 tarihleri arasında İstanbul'un Maltepe ilçesinde bulunan Aile Sağlığı Merkezleri ve Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan klinisyenler oluşturmaktadır. Çalışmanın verileri gelişigüzel yöntemle toplanmış ve toplam 210 klinisyene ulaşılmıştır. Veri toplama aracı olarak sosyodemografik özellikler ve özyönetim kavramı ile ilgili soruları içeren bir anket formu ile birlikte Hasta Aktiflik Düzeyinde Klinisyen Desteği Ölçüm Aracı (CS-PAM) kullanılmıştır. Ölçüm aracının dil uyarlaması, Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği çeviri ve geri çeviri yöntemi ile yapılmıştır. Ölçüm aracının güvenilirliği; test-tekrar test güvenilirliği, madde toplam puan korelasyon katsayıları, iç tutarlılık güvenilirlik katsayıları, alt-üst grup ortalamalarına dayalı madde analizi ve Rasch analizi ile elde edilen kişi güvenilirliği, kişi ayırıcılık indeksi ve madde güvenilirliği aracılığıyla değerlendirilmiştir. Ölçüm aracının geçerliği; açıklayıcı faktör analizi, bilinen gruplar karşılaştırılması ve Rasch analizi ile elde edilen madde zorluk yapısı ve madde uyum istatistikleri aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırma için; ölçeği geliştiren kurum olan Insignia Health'den, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli olan izinler alınmıştır.

**Bulgular:** İki hafta ara ile uygulanan ölçüm aracının test-retest korelasyon katsayısı 0,79'dur ( $p<0,001$ ). Madde toplam puan korelasyon katsayıları, en düşük 0,45 ile en yüksek 0,71 arasındadır. Cronbach alfa iç tutarlık güvenilirlik katsayısı 0,90'dır. Alt-üst grup ortalamalarına dayalı madde analizi ile ölçüm aracında yer alan tüm maddelerin, destek düzeyi açısından en yüksek toplam puanları alan 56 klinisyeni ve en düşük toplam puanları alan 56 klinisyeni ayırt edebildiği görülmüştür. Ölçüm aracının kişi güvenilirlik katsayısı 0,86 olarak; kişi ayırıcılık indeksi 2,45 olarak; madde güvenilirlik katsayısı 0,99 olarak bulunmuştur. Katılımcıların ölçüm aracından aldıkları puanlar ile yaş, mesleki tecrübe süresi, çalışılan birim, çalışılan birimdeki görev ve özyönetim kavramını duyma gibi değişkenler arasında ilişki olduğu görülmüştür ( $p<0,05$ ). Açıklayıcı faktör analizi ile elde edilen Barlett testi sonucuna göre ki-kare değeri:1170,62 ve  $p<0,001$  olarak; KMO değeri: 0,90 olarak saptanmıştır. Döndürme sonrası, ortaya çıkan iki alt boyutun özdeğerlerinin sırasıyla 4,62 ve 2,87 olduğu görülmüştür. Birinci alt boyutun açıkladığı varyans %35,53 olarak, ikinci alt boyutun açıkladığı varyans %22,06 olarak, toplam açıklanan varyans ise %57,59 olarak saptanmıştır. Birinci alt boyutta yer alan maddelerin (1 ile 8 arası maddeler) faktör yüklerinin 0,88 ile 0,48 arasında; ikinci alt boyutta yer alan maddelerin (9 ile 13 arası maddeler) faktör yüklerinin ise 0,79 ile 0,60 arasında olduğu görülmüştür. Alt boyutlar için hesaplanan Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0,88 ve 0,80 şeklindedir. Alt boyutlar kavramsal olarak değerlendirildiğinde, birinci alt boyut "Hasta Sorumluluğu" başlığı altında; ikinci alt boyut "Ortak Karar Verme" başlığı altında toplanmıştır. Ölçüm aracının Rasch analizi ile belirlenen madde zorluk yapısı değerleri 34-69 arasında değişmektedir. Ölçüm aracının Rasch analizi ile belirlenen INFIT değerleri 0,76-1,57 arasında; OUTFIT değerleri ise 0,62-1,79 arasındadır.

**Sonuç:** Hasta Aktiflik Düzeyinde Klinisyen Desteği Ölçüm Aracı'nın (CS-PAM) kronik sağlık sorunu olan hastaların özyönetimi hakkında, ülkemizde çalışan klinisyenlerin düşüncelerini değerlendirmede kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu saptanmıştır.

**Anahtar kelimeler:** hasta aktifliği, öz yönetim, kronik hastalık yönetimi, hekimlerin rolü, güvenilirlik ve geçerlik, CS-PAM

## ABSTRACT

**Background and aim:** The increasing burden of non-communicable diseases makes effective control of chronic diseases even more important. For this purpose, patient self-management and activation are emerging as complementary concepts. Management of chronic diseases requires planned care from a holistic perspective. Regular medical follow-up and clinician support are important to increase the responsibility that patients should take in self-care and self-management. In our country, there is no tool that evaluates the opinions of clinicians quantitatively about the importance of self-management skills of patients with chronic health problems. The main purpose of this study is to evaluate the validity and reliability of the Turkish version of the Clinician Support for Patient Activation Measure (CS-PAM).

**Material and method:** This is a validation study carried out among clinicians working in Primary Health Care Centers in Maltepe district of Istanbul and Pendik Training and Research Hospital of Marmara University between June and July 2019. Convenient sampling was used and 210 clinicians were recruited. A questionnaire including sociodemographic characteristics and questions about the concept of self-management as well as the Clinician Support for Patient Activation Measure (CS-PAM) were used as data collection tools. The language adaptation of the instrument was performed by the translation and back-translation method proposed by World Health Organisation. Test-retest reliability, item-total correlation coefficients, internal consistency reliability coefficient, item analysis based on lower-upper group averages, and Rasch analysis (person reliability, person separation index and item reliability) were used to evaluate the reliability. Exploratory factor analysis, known- groups comparison, and Rasch Analysis (item difficulty structure and item fit statistics) were used to evaluate the validity. This research has been approved by the Marmara University Medical Faculty Clinical Research Ethics Committee, Istanbul Provincial Health Directorate and Insignia Health.



**Results:** The correlation coefficient of the test-retest reliability of the CS-PAM was 0.79. Item-total correlation coefficients ranged from 0.45 to 0.71. Cronbach's alpha internal consistency reliability coefficient was 0.90. With the item analysis based on the lower-upper group averages, it was seen that all items in the measurement tool could distinguish 56 clinicians with the highest total scores and 56 clinicians with the lowest total scores. The person reliability was 0.86; the person separation index was 2.45; the item reliability was 0.99. There was a relationship between the scores obtained from the CS-PAM and age, duration of professional experience, workplace, and awareness of the patient self-management concept ( $p < 0.05$ ). According to the Bartlett test obtained by the exploratory factor analysis, the chi-square value was 1170,62 and  $p < 0,001$ ; the KMO value was 0.90. After the rotation, the eigenvalues of the two sub-dimensions were 4.62 and 2.87, respectively. The variance explained by the first sub-dimension was 35.53%, the variance explained by the second sub-dimension was 22.06%, and the total explained variance was 57.59%. The factor loads of the items in the first sub-dimension (items 1 to 8) were between 0.88 and 0.48; the factor loads of the items in the second sub-dimension (items 9 to 13) were between 0.79 and 0.60. The Cronbach alpha values calculated for the sub-dimensions were 0.88 and 0.80, respectively. When the sub-dimensions were evaluated conceptually, the first sub-dimension was referred to as "Patient Responsibility" and the second sub-dimension was referred to as "Shared Decision Making". The item difficulty structure values determined by Rasch analysis ranged between 34-69. The INFIT values were between 0.76-1.57 and the OUTFIT values were between 0.62-1.79.

**Conclusion:** The Turkish version of the Clinician Support for Patient Activation Measure (CS-PAM) was a valid and reliable instrument that can be used to evaluate the opinions of clinicians working in our country about self-management of patients with chronic health conditions.

**Key words:** patient activation, self-management, chronic disease management, physicians' role, reliability and validity, CS-PAM

## İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
ÖNSÖZ .....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT .....	v
İÇİNDEKİLER .....	vii
KISALTMALAR .....	x
TABLolar İNDEKSİ .....	xi
ŞEKİLLER İNDEKSİ.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	5
2.1. BOH'lar Epidemiyolojisi .....	5
2.2. Hasta Aktifliği.....	7
2.2.1. Hasta aktifliği ve özyönetim kavramı .....	7
2.2.2. Hasta aktifliğinin ölçümü.....	10
2.2.3. Hasta aktifliğini artırmaya yönelik müdahaleler.....	13
2.3. Hasta Aktifliği ve Özyönetiminde Klinisyen Desteği.....	17
2.4. Hasta Aktiflik Düzeyinde Klinisyen Desteği Ölçüm Aracı (CS-PAM).....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	23
3.1. Araştırmanın Tipi.....	23
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	23
3.4. Veri Toplama Araçları .....	24
3.5. Veri Toplama Yöntemi .....	24
3.6. CS-PAM'ın Psikolinguistik Özelliklerinin İncelenmesi/Dil Uyarlaması .....	25
3.6.1. Ölçeğin çevirisi .....	26
3.6.2. Çevrilen ölçeğin uzman panelinde tartışılması .....	27
3.6.3. Çevrilen ölçeğin orijinal dile geri çevirisi.....	28
3.6.4. Çevrilen ölçeğin pilot uygulaması .....	29

3.6.5. Ölçeğe son halinin verilmesi.....	30
3.6.6. Çeviri aşamalarının kaydedilmesi.....	30
3.7. CS-PAM'ın Güvenirlik Analizleri.....	30
3.7.1. Formun tekrarı yöntemi (test-tekrar test yöntemi).....	31
3.7.2. Madde toplam puan korelasyonu.....	32
3.7.3. Cronbach alfa güvenirlik katsayısı.....	32
3.7.4. Alt-üst grup ortalamalarına dayalı madde analizi.....	33
3.8. CS-PAM'ın Geçerlik Analizleri.....	33
3.8.1. Yüzeysel geçerlik (görünüş geçerliği).....	34
3.8.2. Açıklayıcı faktör analizi (AFA).....	34
3.8.3. Doğrulayıcı faktör analizi (DFA).....	37
3.8.4. Bilinen grupların karşılaştırılması.....	37
3.9. Rasch Analizi.....	37
3.10. İstatistiksel Değerlendirme.....	42
3.11. Etik Kurul Onayı ve Diğer İzinler.....	43
4. BULGULAR.....	44
4.1. Sosyodemografik ve Özyönetim Kavramı ile İlgili Özelliklerin İncelenmesi.....	44
4.2. CS-PAM'ın Güvenirlik Analizleri.....	46
4.2.1. CS-PAM'ın test-tekrar test güvenirliliği.....	46
4.2.2. CS-PAM'ın madde toplam puan korelasyon katsayıları.....	46
4.3.3. CS-PAM'ın iç tutarlık güvenirlik katsayıları.....	47
4.3.4. CS-PAM'ın alt-üst grup ortalamalarına dayalı madde analizi.....	48
4.3. CS-PAM'ın Geçerlik Analizleri.....	49
4.3.1. CS-PAM puanlarının dağılımı ve grupların karşılaştırılması.....	49
4.3.2. CS-PAM'ın açıklayıcı faktör analizinin incelenmesi.....	51
4.4. CS-PAM'ın Rasch Analizi ile Değerlendirilmesi.....	54
4.4.1. Güvenirliğin değerlendirilmesi.....	54
4.4.2. Geçerliğin değerlendirilmesi.....	54
5. TARTIŞMA.....	58
5.1. CS-PAM'ın Güvenirliğinin Değerlendirilmesi.....	58
5.1.1. Test-tekrar test güvenirliliği.....	58
5.1.2. Madde toplam puan korelasyon katsayıları.....	58

5.1.3. İç tutarlık güvenilirlik katsayıları .....	59
5.1.4. Alt-üst grup ortalamalarına dayalı madde analizi .....	59
5.1.5. Rasch analizi ile güvenilirliğin değerlendirilmesi.....	60
5.2. CS-PAM'ın Geçerliliğinin Değerlendirilmesi.....	60
5.2.1. Klinisyenlerin CS-PAM puanları ile ilişkili olabilecek faktörler .....	61
5.2.2. Yapı geçerliği .....	64
5.2.3. Rasch analizi ile geçerliğin değerlendirilmesi .....	68
5.3. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	73
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	74
7. KAYNAKLAR .....	76
8. EKLER .....	85
EK 1. Hekimlere Yönelik Bilgilendirme ve Onam Formu .....	85
EK 2. Sosyodemografik ve Özyönetim Kavramı ile İlgili Özellikler Formu .....	86
EK 3. Hasta Aktiflik Düzeyinde Klinisyen Desteği Ölçüm Aracı'nın (CS-PAM) Türkçe Formu.....	88
EK 4. Özgün Clinician Support for Patient Activation Measure İngilizce Formu	89
EK 5. Ölçeği Geliştiren Kurumdan Alınan İzin Belgesi.....	90
EK 6. Etik Kurul İzni .....	91
EK 7. Kurum İzni.....	92
EK 8. İntihal Raporu .....	94

## **KISALTMALAR**

**AFA:** Açıklayıcı Faktör Analizi

**ASM:** Aile Sağlığı Merkezi

**BOH:** Bulaşıcı olmayan hastalık

**CS-PAM:** Clinician Support for Patient Activation Measure

**DFA:** Doğrulayıcı Faktör Analizi

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**INFIT:** Ağırlıklandırılmış Kareler Ortalaması

**KBB:** Kronik Bakım Modeli

**KMO:** Kaiser-Meyer Olkin

**KTT:** Klasik Test Kuramı

**MTT:** Madde Tepki Kuramı

**OUTFIT:** Ağırlıklandırılmamış Kareler Ortalaması

**PAM:** Patient Activation Measure

**PCA:** Principal Component Analysis

## TABLULAR İNDEKSİ

<b>Tablo 1.</b> Temel özyönetim becerilerinin tanımlanması (9).....	8
<b>Tablo 2.</b> PAM'ın Türkçe versiyonunda yer alan ifadeler (24).....	12
<b>Tablo 3.</b> Klinisyenlerin yaklaşımlarını farklı aktiflik düzeylerine sahip hastalara nasıl uyarlayabileceklerine dair bazı örnekler (14) .....	16
<b>Tablo 4.</b> Klinisyenlerin hastaları ile ortak olarak birlikte çalışma için sahip olması gereken temel yeterlilikler (45).....	19
<b>Tablo 5.</b> Ölçek güvenirliğinin belirlenmesinde kullanılan yöntemler (66,67) .....	31
<b>Tablo 6.</b> Ölçek geçerliğinin belirlenmesinde kullanılan yöntemler (66,67).....	34
<b>Tablo 7.</b> Klinisyenlerin sosyodemografik özellikleri .....	44
<b>Tablo 8.</b> Klinisyenlerin özyönetim kavramı ile ilgili sorulara verdiği yanıtların değerlendirilmesi.....	45
<b>Tablo 9.</b> Klinisyenlerin hasta özyönetimini desteklemesinin önündeki engellerin değerlendirilmesi.....	46
<b>Tablo 10.</b> CS-PAM'ın madde toplam puan korelasyon katsayıları.....	47
<b>Tablo 11.</b> CS-PAM'ın alt-üst grup ortalamalarına dayalı madde analizi.....	48
<b>Tablo 12.</b> Klinisyenlerin sosyodemografik özellikleri ile CS-PAM puanlarının ilişkisi .....	49
<b>Tablo 13.</b> Klinisyenlerin özyönetim kavramı ile ilgili sorulara verdiği yanıtlar ile CS-PAM puanlarının ilişkisi .....	50
<b>Tablo 14.</b> Hasta aktifliğinde klinisyenlerin destek düzeylerinin dağılımı.....	51
<b>Tablo 15.</b> CS-PAM'ın açıklayıcı faktör analizi.....	53
<b>Tablo 16.</b> CS-PAM'ın madde uyum istatistikleri ve madde zorluk yapısı değerleri	55
<b>Tablo 17.</b> CS-PAM'ın madde zorluk yapısının Amerika ve Hollanda çalışmalarıyla karşılaştırılması (17,81).....	69
<b>Tablo 18.</b> CS-PAM'ın madde uyum istatistiklerinin, Amerika ve Hollanda çalışmalarıyla karşılaştırılması (17,81) .....	71

## ŞEKİLLER İNDEKSİ

<b>Şekil 1.</b> Faktör özdeğerine dayalı scree plot (yamaç grafiği) .....	52
<b>Şekil 2.</b> CS-PAM'ın kişi-madde haritası .....	56
<b>Şekil 3.</b> CS-PAM'ın toplam puanları ve logit karşılıkları arasındaki ilişki.....	57



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bulaşıcı olmayan, uzatılmış bir seyri olan, hâlihazırda çözülmemiş ve büyük çoğunluğunun sağaltımı mümkün olmayan kronik durumlar bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH'lar) olarak adlandırılır (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, 2016 yılında meydana gelen 57 milyon ölümün 41 milyonundan, diğer bir deyişle yaklaşık olarak %71'inden BOH'lar sorumludur. Bu ölümlerin büyük bir kısmının nedeni dört ana BOH'tur: Kardiyovasküler hastalıklar (%44), kanserler (%22), kronik solunum yolu hastalıkları (%9) ve diyabet (%4) (2).

Toplam hastalık yükü, Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY-Disability Adjusted Life Year) ile ifade edilir. BOH'lar (grup 2 hastalıklar) , DALY içerisinde toplam %62,0 ile en büyük paya sahiptir. Yaşa göre standardize edilmiş DALY oranları 1990 yılından 2017 yılına kadar %18,1 oranında azalmasına rağmen, BOH'lara bağlı DALY küresel olarak %40,1 oranında artmıştır (3). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından, 2013 yılında yapılan en son hastalık yükü çalışmanın sonuçlarına göre; ülkemizde toplam DALY'nin %81'ini BOH'lar oluşturmaktadır (4).

BOH'ların artan yükü, kronik hastalıkların etkin kontrolünü giderek daha da önemli kılmaktadır. Böylece hasta özyönetimi ve aktifliği günümüzde önem kazanan kavramlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Hasta aktifliği davranışsal bir kavram olup, "bireyin sağlığını yönetme konusundaki bilgi, beceri ve güveni" olarak tanımlanır (5). Yapılan araştırmalar; daha aktif bireylerin aktif olmayanlara kıyasla, sağlıklarını yönetebilecek bilgi, beceri ve güvene sahip olduklarını, daha iyi sağlık sonuçlarına ulaştıklarını ve sağlık bakım maliyetlerinin daha düşük olduğunu göstermektedir. Ayrıca daha aktif bireylerin aktif olmayanlara kıyasla, sağlık kaynaklarını daha etkin kullanma olasılıkları daha yüksektir (6). Yapılan çalışmalar, BOH'u olan erişkinlerin %25-40'ının düşük aktiflik düzeyine sahip olduğunu göstermiştir (7).

Hasta aktifliği ve özyönetim birlikte ele alınması gereken konulardır. Lorig özyönetimi; "Kronik bir durum karşında aktif ve duygusal olarak tatmin edici bir yaşam sürdürmek için, gerekli becerileri öğrenme ve uygulama" olarak tanımlamıştır.



Özyönetim, hastaların ev ortamında uymaları gereken tedavi ve semptomların yönetiminden, diyet ve fiziksel aktivite düzenlerine kadar günlük yaşamın her yönüne dokunabilecek değişiklik yapmalarını gerektirir. Bu, birçok hastanın yeni beceriler kazanması, duygularını yönetmesi ve ortaya çıkan yeni sorunlarla yüzleşmesi ve bu sorunlara çözüm bulması gerektiği anlamına gelir (8). Özyönetim konusunda temel olarak beş özyönetim becerisi vardır: Problem çözme, karar verme, kaynak kullanımı, sağlık ekibi ile işbirliği içinde olma ve eyleme geçme (9).

Hasta özyönetimi sağlık sonuçları açısından çok belirleyici olduğundan, hasta aktifliğini ölçmek ve bu bilgiyi hastanın özyönetimini destekleyen süreçleri iyileştirmek için kullanmak sağlık bakım sonuçlarının iyileştirilmesinde önemlidir (10). Aktiflik düzeyi yüksek ve özyönetim becerileri daha iyi olanların, aktiflik düzeyi düşük ve özyönetim becerileri daha kötü olanlara kıyasla; mortalite oranları ve sağlık bakım harcamaları daha düşüktür, sağlık sonuçları daha iyidir ve yaşam kaliteleri daha yüksektir (11).

Hibbard ve arkadaşları tarafından 2004 yılında geliştirilen 'Patient Activation Measure' (PAM) kronik hastalığı olan bireylerin, özyönetim açısından aktifliğini ölçmek için en yaygın kullanılan araçtır (5). PAM, geçerli ve güvenilir olup, tek boyutlu bir yapıya sahiptir. Yapılan araştırmalar PAM'ın kapsam ve yapı geçerliliği dahil güçlü psikometrik özelliklere sahip olduğunu göstermektedir (5,12). Hasta aktifliği skorları 0 ile 100 arasında değişmektedir. Hasta aktifliğini artırmaya yönelik uygun müdahaleleri belirleyebilmek amacıyla, bireylerin aldığı puanlar aktiflik düzeyleri olarak bilinen ve düşük aktiflik düzeyinden yüksek aktiflik düzeyine doğru sıralanan alt gruplara ayrılır. Birinci aşama aktif rol almanın önemine inanma, ikinci aşama, eyleme geçmek için bilgi ve güven, üçüncü aşama eyleme geçme, dördüncü aşama, stres altındayken bile rutini koruma olarak ifade edilir (12,13).

Hasta aktiflik düzeyini artırmaya yönelik müdahaleler bireyin hastalık sürecine katılımını artırabilir ve sağlık sonuçlarını iyileştirebilir. Ayrıca, hastalara sağlıklarını yönetme konusunda yardımcı olmak için önemli bir faktördür. Hastaların aktiflik düzeyinin belirlenmesi ve böylece hizmet sunumunun bireyin ihtiyaçlarına uygun hale getirilerek desteklenmesi, sağlık hizmetlerinde etkinliği ve verimliliği artırabilir (14).

Epidemiyolojik dönüşüm kapsamında, sağlık bakımı akut durumlardan kronik koşulların yönetimine doğru ağırlık kazanmaktadır. BOH'lar nedeniyle sağlık hizmetleri sisteminin ve klinisyenlerin çeşitli güçlüklerle karşı karşıya kalması olasıdır (15). Dolayısıyla, günümüz sağlık koşulları ve hizmetleri, hem klinisyenler hem de hastalar için yeni roller gerektirmektedir. Bu ekseninde, Kronik Bakım Modeli (KBM) hastalar, klinik uygulamalar ve sağlık hizmetleri sistemi düzeyinde kronik sağlık bakımının dönüşümünü kolaylaştırmak için geliştirilmiştir. KBM'ye göre; bilgi, beceri ve güven ilişkisi ile motive edilmiş 'hasta' ve hastalık konusunda gerekli olan uzmanlık, deneyim, bilgi ve kaynaklara sahip 'sağlık bakım ekibi' birlikte var olan kaynakları kullanırlar. Böylece yüksek kalitede bakım için, etkili kararlar verebilirler ve kronik hastalık bakımını etkili olarak yönetebilirler (16).

Kronik hastalıkların yönetimi, bütüncül bakış açısı ile planlanmış bir bakım gerektirmektedir. Düzenli tıbbi izlem ve klinisyen desteği, hastaların öz bakımında ve özyönetiminde üstlenmesi gereken sorumluluğu artırmak için önemlidir. Kronik hastalık yönetiminin başarıya ulaşabilmesi için profesyonel sağlık ekibi kendi içerisinde ve hastalar ile disiplinli, koordineli ve uyum içerisinde çalışmalıdır. Var olan kronik hastalığın seyri, sosyodemografik faktörler, inanışlar, düşünceler, tutumlar ve hastaların aktiflik düzeyi göz önünde bulundurularak özyönetim desteği bireye özgü bir şekilde sağlanmalıdır. Kronik hastalık yönetiminde bakımın sürekliliğinin sağlanması, hastalar ve sağlık çalışanları arasındaki işbirliğinin ve karşılıklı etkileşimin geliştirilmesi ile sağlık bakımının kalitesinin artması, sağlık maliyetlerinin azalması, hasta ve ailesinin bakıma aktif katılımının artması sağlanabilir (14).

Hasta Aktiflik Düzeyinde Klinisyen Desteği Ölçüm Aracı (CS-PAM), Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı'nda (PAM) yer alan ifadelerin uyarlanması ile geliştirilmiş olan bir ölçektir. CS-PAM, kronik sağlık sorunu olan hastaların özyönetim becerilerinin önemi hakkında, klinisyenlerin düşüncelerini nicel olarak değerlendirmektedir. CS-PAM'ın geliştirilmesindeki ana amaç; kronik hastalığı olan bireyleri özyönetim konusunda daha fazla desteklemeleri amacıyla, klinisyenlere yapılacak olan müdahale çalışmalarının etkinliğini değerlendirmektir (17). PAM, bir kişinin kronik hastalığının başarılı bir şekilde yönetimi için gerekli olan çeşitli

yeterliklere odaklanır. CS-PAM ise klinisyenlerin, hastaların hangi yeterliklerini ne derece dikkate aldığını ve önemseydiğini ölçer (17,18).

CS-PAM, geçerli ve güvenilir olup tek boyutlu bir ölçektir. Ölçek 13 maddeden oluşmaktadır. İfadelere verilen yanıtlar: 1=önemli değil, 2=biraz önemli, 3=önemli ve 4=çok önemli şeklindedir. Eğer ifade klinisyene ve uygulamalarına göre uygun değil ise bilemiyorum/değerlendiremiyorum seçeneğini işaretlemesi istenmektedir (17). Ölçek skorunun hesaplanmasında, sıralı ölçekli ölçümleri aralık ölçekli hale getiren Rasch analizi temel alınmaktadır (19). CS-PAM skoru 0 ile 100 arasında değişmektedir. CS-PAM skorunun artması, klinisyenin kronik sağlık sorunu olan hastalarının özyönetim becerilerinin önemi hakkında daha olumlu düşüncelere sahip olduğunu belirtir (20).

Ülkemizde kronik sağlık sorunu olan hastaların özyönetim becerilerinin önemi hakkında, klinisyenlerin düşüncelerini nicel olarak değerlendiren bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Yeni bir ölçek geliştirmek yerine var olan bir ölçeği uyarlamanın bazı avantajları vardır. Bunların başında daha kolay, daha hızlı ve daha az maliyetli olması gelir. Ayrıca kültürlerarası karşılaştırma yapmak amacıyla kullanılmasına olanak sağlar. Ölçek uyarlamanın bir diğer avantajı ise, uluslararası bilgi alışverişini kolaylaştırmasıdır (21). Bu çalışmanın temel amacı; Hasta Aktivite Düzeyinde Klinisyen Desteği Ölçüm Aracı'nı (CS-PAM) Türkçeye uyarlamak üzere geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmektir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. BOH'lar Epidemiyolojisi

Bulaşıcı bir sürecin sebep olmadığı, bulaşıcı olmayan, uzatılmış bir seyri olan, hâlihazırda çözülmemiş ve büyük çoğunluğunun sağaltımı mümkün olmayan kronik durumlar BOH'lar olarak adlandırılır (1).

DSÖ verilerine göre, 2016 yılında meydana gelen 57 milyon ölümün 41 milyonundan yani yaklaşık olarak %71'inden BOH'lar sorumludur. Bu ölümlerin büyük bir kısmının nedeni dört ana BOH'tur: Kardiyovasküler hastalıklar (%44), kanserler (%22), kronik solunum yolu hastalıkları (%9) ve diyabet (%4) (2). Otuz yaşında bir erkeğin yetmiş yaşına ulaşmadan önce dört ana BOH'tan dolayı ölme riski %22 iken, aynı yaştaki bir kadın için risk %15'tir. Yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerdeki yetişkinlerde BOH'tan dolayı ölme riski %12 olup, düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerdeki yetişkinlerde bu risk neredeyse iki katıdır (sırasıyla %21 ve %23) (22).

Toplam hastalık yükünü ifade eden Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY-Disability Adjusted Life Year); mortalite yükünü gösteren erken ölüm sebebiyle kaybedilen yaşam yılının (YLL-Years Life Lost) ve morbidite yükünü gösteren engellilikle geçirilen yaşam yılının (YLD-Years Life Disabled) birlikte değerlendirilmesiyle elde edilir. Bir DALY sağlıklı yaşamdan yitirilen bir yıl anlamına gelmekte olup, toplum sağlığı için özet bir göstergedir (23).

Küresel hastalık yükü çalışmasının 2017 verilerine göre; doğuşta beklenen yaşam süresi 1990 yılında 65,6 yıl iken, 2017 yılında ortalama 7,6 yıl artarak 73,2 yıl olmuştur. Beklenen sağlıklı yaşam süresi ise aynı zaman diliminde 6,3 yıl artarak 57,0 yıldan 63,3 yıla yükselmiştir (3). Aynı çalışmaya göre, tüm yaş grupları ve tüm nedenler birlikte değerlendirildiğinde DALY 2,5 milyar olarak hesaplanmıştır. BOH'lar (grup 2 hastalıklar), DALY içerisinde toplam %62,0 ile en büyük paya sahiptir. Ardından %27,9 ile bulaşıcı hastalıklar, maternal, perinatal ve beslenmeyle ilgili hastalıklar (grup 1 hastalıklar) ve %10,1 ile yaralanmalar (grup 3 hastalıklar)

gelmektedir. Yaşa göre standardize edilmiş DALY oranları 1990 yılından 2017 yılına kadar %18,1 oranında azalmasına rağmen, BOH'lara bağlı DALY küresel olarak %40,1 oranında artmıştır. BOH'lar içerisinde iskemik kalp hastalıkları 170 milyon DALY ile birinci, inme 132 milyon DALY ile ikinci ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı 81,6 milyon DALY ile üçüncü sırada yer almaktadır. Bu üç hastalığın tüm DALY içerisindeki payı %15,4'tür (3).

Ülkemizde en son hastalık yükü çalışması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından 2013 yılında yapılmıştır (4). Çalışmanın sonuçlarına göre; toplam DALY'nin %12'sini grup 1 hastalıklar, %81'ini BOH'lar ve %7'sini yaralanmalar oluşturmaktadır. Grup 1 hastalıkların toplam DALY içerisindeki payı, 2000 yılına kıyasla 2017 yılında ve 17 yıl içinde %49 oranında (4,3→2,2 milyon DALY); yaralanmaların ise %26 oranında (1,9→1,4 milyon DALY) azalmıştır (4). Ancak, BOH'ların toplam DALY içerisindeki payı 2000 yılında %68 iken, 2013 yılında %81'e yükselmiştir (13,0→14,8 milyon DALY). Bu durum, BOH'ların toplam hastalık yükündeki ağırlığının ve etkisinin arttığını göstermektedir. BOH'ların artan etkisi özellikle iskemik kalp hastalığı, bel ve boyun ağrısı, KOAH, diyabet ve ruhsal hastalıklarda görülmektedir. Ülkemiz doğu'da beklenen yaşam süresinin arttığı, nüfusun yaşlanmaya başladığı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların arttığı üçüncü epidemiyolojik geçiş dönemindedir (4).

Ülkemizde BOH'ların risk faktörlerine dair yapılan en son çalışma 2017 yılında DSÖ onaylı STEPwise yaklaşımı kullanılarak yürütülen, Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması'dır. Bu çalışma, 15 yaş üstü erişkinlerde tütün kullanım sıklığının %31,5 olduğunu göstermektedir; bu oran kadın ve erkeklerde sırasıyla %43,6 ve %19,7'dir. Alkol kullanım sıklığı ise %8,0 olup, bu oran kadın ve erkeklerde sırasıyla %3,0 ve %13,1'dir. Katılımcıların %87,8'i günde beş porsiyondan az meyve ve/veya sebze tüketmektedir. Her on yetişkinden dördünün fiziksel aktivite düzeyi yetersizdir (haftada <150 dakika, orta derecede fiziksel aktivite). Katılımcıların %64,4'ü fazla kilolu ve %28,8'i ise obezdir. Obezite prevalansı kadın ve erkeklerde %35,9 ve %21,6 olarak saptanmıştır. Katılımcıların %27,7'sinde yüksek kan basıncı, %11,1'inde yüksek kan şekeri olduğu saptanmıştır. Hemogloblin A1c değeri yüksek ( $\geq$ %6,5) olan veya diyabet için halen tedavi alanların yüzdesi ise 13,3'tür (1).

## 2.2. Hasta Aktifliği

### 2.2.1. Hasta aktifliği ve özyönetim kavramı

Hasta aktifliği davranışsal bir kavram olup, “bireyin sağlığını yönetme konusundaki bilgi, beceri ve güveni” olarak tanımlanır. Hasta aktifliği pek çok sağlık ve hastalık davranışı ile sağlık sonucunu öngörmek için kullanılan bir kavramdır. Hasta aktifliği kavramı, hastaların sağlıkları ile ilgili karar alma becerilerini anlamamıza fırsat sunmaktadır (5).

Aktiflik düzeyi yüksek olan hastalar, sağlık bakım sürecindeki rollerini anlar ve bu rolü yerine getirme becerisine sahip olurlar. Kronik sağlık sorunu olan daha aktif bireylerin, olumlu sağlık davranışı sergileme ve sağlık durumlarını daha etkin bir şekilde yönetme olasılıkları daha yüksektir (12). Yapılan araştırmalar; daha aktif bireylerin aktif olmayanlara kıyasla, sağlıklarını yönetebilecek bilgi, beceri ve güvene sahip olduklarını, daha iyi sağlık sonuçlarına ulaştıklarını ve sağlık bakım maliyetlerinin daha düşük olduğunu göstermektedir. Ayrıca daha aktif bireylerin aktif olmayanlara kıyasla, sağlık kaynaklarını daha etkin kullanma olasılıkları daha yüksektir (6).

Düşük aktiflik düzeyine sahip kişilerin, sağlıklı kalma konusunda daha etkin bir rol oynama ihtimali daha azdır. Bu özellikteki bireyler aktif olanlara kıyasla, ihtiyaç duydukları tıbbi yardımı almakta, hekim tavsiyesine uymakta ve tedavileri sonlandırıldığında sağlıklarını yönetmekte daha az başarılı olmaktadır. Düşük aktiflik düzeyine sahip kişiler aktif olanlara kıyasla, sağlıklarını yönetme konusunda özgüven eksikliğine ve olumsuz deneyimlere sahiptirler. Ayrıca, sınırlı problem çözme becerisine sahiptirler ve bu konu hakkında düşünmeyi tercih etmezler. Yapılan çalışmalar, BOH’u olan erişkinlerin %25-40’ının düşük aktiflik düzeyine sahip olduğunu göstermiştir (7).

Hasta aktifliği ve özyönetim birlikte ele alınması gereken konulardır. Lorig özyönetimi; “Kronik bir durum karşında aktif ve duygusal olarak tatmin edici bir yaşam sürdürmek için, gerekli becerileri öğrenme ve uygulama” olarak tanımlamıştır. Özyönetim, hastaların ev ortamında uymaları gereken tedavi ve semptomların

yönetiminden, diyet ve fiziksel aktivite düzenlerine kadar günlük yaşamın her yönüne dokunabilecek değişiklik yapmalarını gerektirir. Bu, birçok hastanın yeni beceriler kazanması, duygularını yönetmesi ve ortaya çıkan yeni sorunlarla yüzleşmesi ve bu sorunlara çözüm bulması gerektiği anlamına gelir. Özyönetim konusunda başarılı olan hastalar başarılı olamayanlara göre, daha yüksek problem çözme becerisine sahiptir; güvenilir bilgi kaynaklarına ulaşma ve bu kaynakları kullanma konusunda beceriklidir (8).

Özyönetim konusunda temel olarak yerine getirilmesi beklenen üç sorumluluk alanı vardır. Bu alanlardan birincisi; ilaç almak, özel bir diyete uymak veya bir inhaler kullanmak gibi hastalıkların tıbbi yönetimi ile ilgilidir. İkinci alan; sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yeni yaşam rolleri edinme ve bu değişiklikleri sürdürme ile ilgilidir. Üçüncü alan ise; kronik hastalıkların kişide oluşturabileceği olumsuz ruh hali ile başa çıkma olan duygusal yönetim ile ilgilidir. Bu yönetim alanları ile başa çıkmak için temel olarak beş özyönetim becerisi vardır: Problem çözme, karar verme, kaynak kullanımı, sağlık ekibi ile işbirliği içinde olma ve eyleme geçme (9) (**Tablo 1**).

**Tablo 1.** Temel özyönetim becerilerinin tanımlanması (9)

<b>Temel Özyönetim Becerileri</b>
<b>Problem çözme:</b> Problemin tanımını, sağlık profesyonellerinden ve yakınlardan çözüm önerileri alınmasını, olası çözümlerin üretilmesini, çözümlerin uygulanmasını ve sonuçların değerlendirilmesini içerir.
<b>Karar verme:</b> Bireylerin hastalık koşullarındaki değişiklikler karşısında yeterli ve uygun bilgiye sahip olmasını ve bu değişiklikleri yönetebilecek kararlar verebilmesini içerir.
<b>Kaynak kullanımı:</b> Bireylerin sağlıkları ile ilgili doğru kaynaklara ulaşmasını ve uygun bir şekilde kullanmasını içerir.
<b>Sağlık ekibi ile işbirliği içinde olma:</b> Bireylerin hastalıklarının gidişatı hakkında sağlık ekibine doğru bir şekilde bilgi vermesini, tedavisi ile ilgili bilgilendirilmiş seçimler yapmasını ve bunları sağlık ekibi ile paylaşmasını içerir.
<b>Eyleme geçme:</b> Bireylerin bir davranış değişikliğine yönelik olarak kısa vadeli, gerçekçi ve uygulanabilir bir eylem planı yapmasını ve gerçekleşmesini içerir.

Temel bir özyönetim becerisi olan problem çözme ile ilgili; oksijen desteği alan ve bunu karşılamakta zorluk yaşayacağına inanan bir hastanın, uzakta yaşayan bir akrabasını ziyaret etme isteği bir problem olabilir. Bu probleme, akrabasının kendisini ziyaret edebileceği, araçta oksijen desteği alabileceği şekilde bir arkadaşı ile birlikte

seyahat edebileceği ve oksijen desteğine sahip tren ya da uçak ile seyahat edebileceği gibi önerilerde bulunulabilir. Nihayetinde, hastanın havayollarının ihtiyacını karşılayabileceğini öğrenmesi ve akrabasını ziyaret edebilmesi ile problem çözülür. Problem çözmenin bir parçası olan karar verme ile ilgili; kronik sırt ağrısı olan bir hastanın hangi durumlarda endişelenmesi ve bir sağlık profesyoneline başvurması gerektiğinin kararını vermesi örnek verilebilir. Mesane kontrol kaybı ya da diğer akut gelişen nörolojik sorunların neler olduğu hastaya öğretilebilir ve bu durumlar ortaya çıktığında klinisyene başvurması gerektiği söylenir. Ancak, aksi durumlarda birkaç gün dinlenmeleri halinde şikayetlerinin geçebileceği belirtilir (9).

Kaynak kullanımı, internet, kütüphane ve rehber kaynaklar aracılığıyla bilgiye ulaşmayı ve kullanmayı içerir. Kaynakları tek tek inceleyip istenilen bilgiye ulaşamadıkça diğer kaynağa geçmek yerine, tüm bilgi kaynaklarını değerlendirerek nihai doğru bilgiye ulaşmak amaçlanmalıdır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların artması, hastaların sağlık ekibi ile işbirliği içinde olmasının önemini artmıştır. Özyönetim becerilerinin artırılması için yapılan eğitimler, hastaların hastalık süreçleri ile ilgili sağlık ekibiyle konuşabilmesini ve tartışabilmesini desteklemelidir. Eyleme geçmeye örnek olarak; bir hastanın “Bu hafta pazartesi, çarşamba ve cuma günleri öğle yemeğinden önce tempolu bir şekilde yarım saat yürüyeceğim” gibi kısa vadeli ve gerçekçi bir plan yapması verilebilir (9).

Yüksek özyönetim seviyesine sahip bireyler genel anlamda: Düzenli egzersiz yapar, düşük yağlı diyet uygular, gıda etiketlerinin içeriğini okur, stresi sağlıklı bir şekilde yönetir, sahip olması gereken ideal vücut ağırlığını bilir ve sürdürür, yeni bir ilaç reçete edilirken yan etkileri hakkında sorular sorar ve bilgi edinir. Hasta özyönetimi sağlık sonuçları açısından çok belirleyici olduğundan, hasta aktifliğini ölçmek ve bu bilgiyi hastanın özyönetimini destekleyen süreçleri iyileştirmek için kullanmak sağlık bakım sonuçlarının iyileştirilmesinde önemlidir (10). Aktiflik düzeyi yüksek ve özyönetim becerileri daha iyi olanların, aktiflik düzeyi düşük ve özyönetim becerileri daha kötü olanlara kıyasla; mortalite oranları ve sağlık bakım harcamaları daha düşüktür, sağlık sonuçları daha iyidir ve yaşam kaliteleri daha yüksektir (11).



### **2.2.2. Hasta aktifliğinin ölçümü**

Hibbard ve arkadaşları tarafından 2004 yılında geliştirilen 'Patient Activation Measure' (PAM) kronik hastalığı olan bireylerin, özyönetim açısından aktifliğini ölçmek için en yaygın kullanılan araçtır (5). PAM, hastanın özyönetim becerisini değerlendirmenin kısa bir yoludur. Hastaların özyönetim konusunda bilgisini, becerisini ve güvenini nicel olarak değerlendiren PAM; niteliksel yöntemlerin ve Rasch analizinin kullanılmasıyla geliştirilmiştir. PAM, geçerli ve güvenilir olup, tek boyutlu bir yapıya sahiptir. Yapılan araştırmalar PAM'ın kapsam ve yapı geçerliliği dahil güçlü psikometrik özelliklere sahip olduğunu göstermektedir (5,12).

PAM'ın geliştirilmesi sürecinde ilgili literatür derlenmiş, kronik hastalığı olan bireylere hizmet veren uzmanların görüşüne başvurulmuş ve kronik hastalığı olan bireylerle odak grup görüşmeleri gerçekleştirilmiştir. Böylece hasta aktifliği kavramı tanımlanmıştır. Hasta aktifliği kavramı ve bu kavramı ölçen diğer ölçüm araçlarından faydalanılarak ölçeğin 80 maddelik ilk versiyonu oluşturulmuştur. Yapılan bilişsel görüşmeler sonrası ilk pilot uygulama için 75 madde seçilmiştir. Kronik hastalığı olan yetişkin bireylerle yapılan çalışmanın sonuçları Rasch analizi ile değerlendirilmiş ve 22 maddelik ikinci versiyon oluşturulmuştur. Son aşamada ise, heterojen bir grupta farklı sosyodemografik özelliklere sahip bireylere ölçek yeniden uygulanmıştır. Yapı geçerliliğinin araştırıldığı bu aşamada, 45 yaş ve üstünde kronik hastalığı olan bireylerle görüşülmüştür. PAM'ın, kronik hastalığı olan bireylerin aktiflik düzeylerini ölçmek için geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu kanaatine varılmıştır (5).

PAM'ın orijinali 22 madde içermekte olup, 2005 yılında benzer psikometrik özellikler gösteren ve 13 madden oluşan kısa formu oluşturulmuştur (12). Bu maddeler; bireylerin kendi sağlıklarını yönetme konusundaki bilgi, beceri ve güveni ile ilgili ifadelerdir. Hastalardan her bir ifadeye ne ölçüde katıldığını belirtmesi istenir. Her bir maddeye verilen yanıtlar; kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum ve bilemiyorum/değerlendiremiyorum olarak kategorize edilmiştir. Her bir katılımcının puanı, Rasch analizi ile logit birim olarak elde edilir. Logit birimler dönüştürülerek, 0-100 arasında puanlar elde edilir.

Hasta aktifliği skorları 0 ile 100 arasında değişmesine rağmen, uygun müdahaleleri belirleyebilmek amacıyla bireylerin aldığı puanlar aktiflik düzeyleri olarak bilinen ve düşük aktiflik düzeyinden yüksek aktiflik düzeyine doğru sıralanan alt gruplara ayrılır. Yapılan müdahalelerin etkisini değerlendirmek ve hasta aktifliğinin gelişimini saptamak amacıyla, aktiflik skorunun kullanılması daha faydalıdır. Daha önce yapılan çalışmalardan elde edilen tecrübeler ve gözlemlere dayanarak, bireylerin kendi sağlıklarını yönetme konusunda tam bir yeterliliğe sahip olma sürecinde geçirdikleri dört aşama olduğu varsayılmaktadır (12,13):

***Birinci aşama, aktif rol almanın önemine inanma:*** Bu aşamadaki bireyler, kendi sağlıkları konusunda aktif bir rol oynamaları gerektiğini henüz kavrayamamıştır. Sağlık bakım sürecinde sadece pasif bir rol alabileceklerine inanıp, klinisyeni karar verici olarak görürler. Sağlık sonuçları açısından sorumluluk almazlar ve özyönetim için güven eksikliği yaşarlar. Sağlık durumları ve önerilen öz bakım aktiviteleri hakkında bilgi eksiklikleri vardır.

***İkinci aşama, eyleme geçmek için bilgi ve güven:*** Bu aşamadaki bireylerin sağlık durumları ve önerilen öz bakım aktiviteleri hakkında biraz bilgileri vardır ancak bilgi eksiklikleri mevcuttur. Özyönetim için güven eksikliği yaşamaya devam ederler. Sağlık sonuçlarını kendi kontrolleri dışında görürler. Sağlıkları ve önerilen tedaviler arasında tam bir ilişki kuramamışlardır. Basit ve kısa vadeli hedefler koyabilirler.

***Üçüncü aşama, eyleme geçme:*** Bu aşamadaki bireyler, sağlık durumları ve önerilen öz bakım aktiviteleri hakkında gerekli bilgiye sahiptirler. Kaynaklar aracılığı ile bilgi ararlar. Sağlık sonuçları açısından sorumluluk alırlar. Özyönetimi geliştirmek için hedefler koymaya başlarlar. Davranış değişikliklerini günlük rutine entegre etmek için yardım ve desteğe ihtiyaç duyarlar.

***Dördüncü aşama, stres altındayken bile rutini koruma:*** Bu aşamadaki bireyler, ortak karar verme ve hedef belirleme konusunda klinisyen ile ortaklık kurarlar. Sağlık durumları ve önerilen öz bakım aktiviteleri hakkında bilgi sahibidirler. Hedeflerine ulaşmak için aktif olarak bilgi ararlar. Özyönetim konusunda yüksek güvene sahiptirler. Sağlıklarını yönetmek için koydukları hedefe uygun davranış

sergilerler. Stres ve sağlıkları ile ilgili yeni gelişmeler karşısında desteğe ihtiyaç duyabilirler.

PAM'ın Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, 2015 yılında yüksek lisans tezi kapsamında Cansu Koşar tarafından yapılmıştır. “Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı” adı verilen ölçek, kronik hastalığı olan bireylerin aktiflik düzeylerini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. PAM'ın Türkçe versiyonunun geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır (24). Ölçekte yer alan ifadeler **Tablo 2**'de sunulmuştur.

**Tablo 2.** PAM'ın Türkçe versiyonunda yer alan ifadeler (24)

Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı
1. Her şeyden ve herkesten önce kendi sağlığımdan ve bakımımdan sorumlu olan kişi benim.
2. Kendi sağlık bakımında aktif rol almak, sağlığım için en önemli faktördür.
3. Sağlık problemlerimi önleyebilme veya azaltabilme konusunda kendimden eminim.
4. Benim için reçetelenen her bir ilacı neden kullandığımı biliyorum.
5. Bir sağlık sorunum olduğunda, bu sorunla kendim baş edebilir miyim ya da doktora gitmem mi gerekiyor, bunu ayırt etmede kendimden eminim.
6. Doktor bana sormasa bile, ona endişelerimi aktarabilme konusunda kendimden eminim.
7. Tıbbi tedaviyi (beslenme, egzersiz, ilaç tedavisi) evde sürdürebileceğim konusunda kendimden eminim.
8. Sağlık sorunlarımı ve bunlara nelerin neden olduğunu biliyorum.
9. Sağlık sorunlarım için hangi tedavi yöntemlerinin uygun olduğunu biliyorum.
10. şu ana kadar, doğru beslenme ya da egzersiz gibi yaşam şekli değişikliklerini sürdürebildim.
11. Sağlığımla ilgili sorunları nasıl önleyebileceğimi biliyorum.
12. Sağlığımla ilgili yeni sorunlar ortaya çıktığında, bu sorunları çözebileceğim konusunda kendimden eminim.
13. Stresli zamanlarda bile, beslenme ve egzersiz gibi yaşam şekli değişikliklerini sürdürebileceğim konusunda kendimden eminim.

Hasta aktiflik skorunun, bir dizi sağlık davranışını öngördüğü güçlü bir şekilde gösterilmiştir. Aktiflik düzeyi yüksek olan hastaların aktif olmayanlara göre; sağlıklı davranışları benimsemeleri, daha iyi klinik sonuçlar ile daha az oranda hastane yatışına sahip olmaları ve sağlık hizmetlerinden daha yüksek düzeyde memnuniyet bildirmeleri

daha olasıdır. Aktiflik düzeyi düşük olan hastaların ise sağlıkları ile ilgili beklenmedik olaylar yaşamaları ve sonucunda acil servise başvurmaları, daha yüksek oranda hastane yatışına sahip olmaları ve taburcu edildikten sonra tekrar hastaneye başvurmaları daha olasıdır. Tüm bu faktörlerin ise daha yüksek bakım ve tedavi maliyetlerine yol açması muhtemeldir (14).

PAM, hasta özyönetimini ve hastalık sürecine katılımı değerlendiren tek ölçek değildir. Ancak PAM, güçlü psikometrik özelliklere sahip olup, birçok sağlık sonucu ile ilişkisi geniş tabanlı deneysel çalışmalarla gösterilmiş bir ölçektir (6).

PAM'ın uygulandığı üç ana alan (14):

- Kronik hastalığı olan bireyleri aktiflik düzeylerine göre kategorize etmek,
- Bireylerin hastalık süreçlerine katılımını artırmak ve sağlık sonuçlarını iyileştirmek için müdahaleler geliştirmek,
- Sağlık sisteminin performansını ve hasta katılımını artırmaya dönük müdahalelerin etkinliğini değerlendirmektir.

### **2.2.3. Hasta aktifliğini artırmaya yönelik müdahaleler**

Sağlık bakımının daha iyi hale getirilmesi, sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi ve sağlık maliyetlerinin azaltılması dünya genelinde sağlık sistemlerinin odak noktası haline gelmiştir. Sağlık hizmetleri sistemi, maliyetleri düşürürken aynı anda sağlığı iyileştirmenin yollarını aramaktadır. Bu amaçlara ulaşmak için ise sağlık hizmetlerinde reform çabaları artmıştır (25).

Hasta aktiflik düzeyini artırmaya yönelik müdahaleler bireyin hastalık sürecine katılımını artırabilir ve sağlık sonuçlarını iyileştirebilir. Ayrıca, hastalara sağlıklarını yönetme konusunda yardımcı olmak için önemli bir faktördür. Hastaların aktiflik düzeyinin belirlenmesi ve böylece hizmet sunumunun bireyin ihtiyaçlarına uygun hale getirilerek desteklenmesi, sağlık hizmetlerinde etkinliği ve verimliliği artırabilir (14).

Hasta aktifliğini artırmaya yönelik; işyerinde (26), hastanelerde (27), hastalık yönetimi programlarında (28,29), toplum tabanlı (30–34), birinci basamakta (35,36)

ve çevrimiçi (32,37) olarak yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır. Araştırmalar, uygulanan müdahale sonucunda hasta aktifliği düzeyinin artırılmasının mümkün olduğunu göstermektedir. Ayrıca sağlık sonuçlarında, yaşam kalitesinde ve klinik göstergelerde (LDL ve kan basıncı gibi) iyileşme, tedaviye uyumda artma, yaşam biçimi ile ilgili davranışlarında gelişme, semptomlarda azalma, muayeneler esnasında soru sormanın artması, acil servis kullanımının ve hastane yatışlarının azalması gibi sonuçlar olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (26,27,39,29–35,38).

Aktifliğin artması, bireyin sağlığı üzerinde daha fazla kontrol hissine sahip olması ve eyleme geçme konusunda güçlenmiş hissetmesi anlamına gelmektedir. Bunu destekleyen stratejiler, bireylerin bakış açısını önemseyen, seçim yapma ve davranışlarını değiştirme konusunda cesaretlendiren niteliğe sahiptir. Bu müdahaleler, bireylerin problem çözme becerileri kazanmasına ve özyönetim konusunda kendilerini geliştirmelerine yardımcı olur (6).

The Stanford Chronic Disease Self-Management Program, hasta aktifliğini artırmaya yönelik yapılan müdahale çalışmalarının iyi bir örneğidir. Program kapsamında, kronik hastalığı olan bireylerin problemlerle daha iyi başa çıkabilmesi, uygun egzersiz programlarına katılması, aile ve bakım sağlayıcıları ile iletişim kurması amaçlanmıştır. Müdahale programı eğitimli uzmanlar ile birlikte, yüz yüze ve çevrimiçi olarak altı hafta boyunca sürdürülmüştür. Yapılan müdahaleler, her hafta iki buçuk saat süren atölye çalışmalarından oluşmaktadır. Sağlık çalışanı olmayan, daha önceden eğitilmiş bir veya iki kişi de müdahaleye yardımcı olmuştur. Programa katılanlar 18 ay boyunca takip edilmiştir. Program sonunda hasta aktifliği düzeylerinin arttığı görülmüştür. Ayrıca, katılımcılarda fiziksel aktivite düzeyinde iyileşme, olumlu yaşam tarzı değişiklikleri; HbA1c, LDL, beden kütle indeksinde ve hospitalizasyonda azalma olduğu saptanmıştır (32).

Müdahale çalışmaları sadece hastalara yönelik olarak hasta aktifliğini artırmayı amaçlayabileceği gibi, mevcut sağlık bakımını yeniden tanımlamaya ve geliştirmeye yönelik de olabilir. Bu noktada hasta aktifliği düzeyi, kendi içinde bir sonuç değil genel sağlık sonuçlarını iyileştirmek için bir araç olarak kullanılabilir. Bu yaklaşım, müdahalelerin sonuçlarının hastaların başlangıçtaki aktiflik düzeyine bağlı olduğunu kabul etmekten kaynaklanmaktadır. İngiltere’de, kronik börek hastalığı olan hastaların

klinisyonu ile birlikte ortak karar vermesinin etkisini inceleyen bir çalışma yrtlmştir. Klinisyeni ile birlikte ortak karar verme sürecine devam eden hastaların, aktiflik skorunu artırdığı gözlenmiştir. Bu artış sadece aktiflik düzeyi (en düşük aktiflik düzeyi 1, en yüksek aktiflik düzeyi 4) iki ve üzerinde olanlarda saptanmıştır (40). Bu bağlamda, aktiflik düzeyi daha düşük olan hastaların ortak karar verme sürecine hazır olmaması muhtemeldir. Dolayısıyla, aktiflik düzeyi en düşük olan hastaların ortak karar verme sürecine katılmak için daha fazla yardıma ihtiyacı olabilir (14).

Kişiye özel uyarlanmış koçluk yaklaşımı; farklı aktiflik düzeylerinde olan hastaları tanımak, kişiye özel bakım yöntemi geliştirmek ve hastaların sağlık sonuçlarını iyileştirmek için aktiflik düzeyini araç olarak kullanmaktadır. Hasta aktiflik düzeyinin ölçülmesi; klinisyenlerin ek desteğe ihtiyacı olan hastalarını belirlemesine yardımcı olur, desteğin tipi ve miktarı hakkında rehberlik sağlar (41).

Bu yaklaşımın nasıl işleyebileceğine dair bir örnek; öncelikle klinisyen işe hastasının aktiflik düzeyini değerlendirmekle başlar. Klinisyen, hastasının davranışlarında birden fazla değişiklik yaptığında hasta bundan fayda sağlayabilir. Ancak hastasının PAM skoru düşükse, küçük bir değişiklikle başlamak daha iyi olabilir. Klinisyen çok fazla değişiklik önererek, hastayı boğmamalı veya cesaretini kırmamalıdır. Bunun yerine, hasta için önemli olan bir konu üzerinde odaklanmalıdır. Daha sonra, bu davranışsal hedefi küçük ve yönetilebilir adımlara ayırmalıdır. Klinisyen, ilk adımda ne yaptığını görmek için hastası ile bir araya gelmeli ve bir sonraki adım için ona yardımcı olmalıdır. Eğer hastasının ilk adımda karşılaştığı engeller varsa, bunları aşmasına yardım etmelidir (14).

Alternatif olarak, eğer klinisyenin PAM skoru yüksek olan bir hastası varsa iş seyahati ya da yaklaşmakta olan stresli bir olay gibi durumlarda, hastasına sağlığı ile ilgili planlamaları yapmak için yardım edebilir. Özel koçluk yaklaşımını kullanan müdahalelerde, sıklıkla motivasyonel görüşme teknikleri kullanır. Kişi merkezli bir iletişim yaklaşımı olan motivasyonel görüşme, PAM kullanımının mükemmel bir tamamlayıcısıdır. Araştırmalar, iki yaklaşımın birlikte kullanımının sağlık davranışlarında ve sağlık sonuçlarında iyileşmeler sağladığını göstermektedir (40).

Klinisyenlerin hastalarına destek olma konusunda aktiflik düzeyine göre nasıl bir yol izleyebileceklerine dair örnekler **Tablo 3**'te sunulmuştur.

**Tablo 3.** Klinisyenlerin yaklaşımlarını farklı aktiflik düzeylerine sahip hastalara nasıl uyarlayabileceklerine dair bazı örnekler (14)

<b>Desteğin hasta aktiflik düzeylerine göre uyarlanması</b>	
<b>Düzyey 1</b>	Öz farkındalık yaratmaya ve davranış kalıplarını anlamaya odaklanın. Küçük adımlarla güven oluşturmaya başlayın. -Şu anda her şeyi halletmeye çalışmayalım. Sadece bir duruma odaklanalım.
<b>Düzyey 2</b>	Hastalara, diyetlerine her hafta yeni bir meyve/sebze eklemek veya porsiyon boyutlarını en azından iki öğünde azaltmak gibi küçük adımlar atmaya devam etmeleri için yardım edin. Temel bilgilerini geliştirmelerine yardımcı olun. -Harika bir başlangıç yaptınız. Öğle yemeğinde porsiyon boyutlarınızı da azaltarak başarınızı artıralım.
<b>Düzyey 3</b>	Yeni sağlık davranışları benimsemek ve duruma özel bilgi ve becerileri geliştirmek için hastalarla çalışın. Yeni davranışların geliştirilmesini destekleyin (örneğin haftada üç kez 30 dakikalık egzersiz) ve problem çözme becerilerinin geliştirilmesi için çalışın. -Harika adımlar atıyorsun. Çabalarını bir adım öteye taşımaya hazır olduğunı düşünüyor musun?
<b>Düzyey 4</b>	Nüksü önlemeye ve ortaya çıkan yeni ve zor durumlarla başa çıkmaya odaklanın. Zor durumlarda davranışlarını sürdürmelerine yardımcı olmak için, problem çözme ve planlama konusunda hastalara yardımcı olun. -Müthiş bir başarı kazandın. Hayat daha stresli olsa bile, bunu nasıl sürdürebileceğinizi konuşalım.

Hibbard ve arkadaşları, kişiye özel uyarlanmış koçluk yaklaşımı ve klasik yaklaşımın sağlık sonuçlarına etkisini yarı deneysel bir metotla incelemişlerdir. Müdahale grubundakiler, özyönetim konusundaki becerilerine göre değerlendirilmiş ve bu değerlendirmenin sonuçlarına göre destek planlanmıştır. Kontrol grubundakilere yönelik ise ekstra bir destek planlanmamış, bu gruptakiler her zamanki sağlık bakımını almışlardır. Müdahale ve kontrol grupları arasında aktiflik skorları, klinik göstergeler ve sağlık hizmeti kullanım oranları açısından farklılıklar değerlendirilmiştir. Müdahale grubunda kontrol grubuna göre, anlamlı oranda hasta aktifliği skoru artmış; klinik göstergelerden diyastolik kan basıncı ve LDL kolesterol düzeyleri düşmüş; hastane

yatışı, acil servis başvurusu ve muayenehane ziyareti sayısı azalmıştır. Bu araştırma, hasta aktiflik skoruna göre uyarlanmış bir müdahalenin sağlık sonuçlarına pozitif yönde etki ettiğini göstermektedir (41).

### **2.3. Hasta Aktifliği ve Özyönetiminde Klinisyen Desteği**

Epidemiyolojik dönüşüm kapsamında, sağlık bakımı akut durumlardan kronik koşulların yönetimine doğru ağırlık kazanmaktadır. Ölüm nedenlerinin en önemli sebebi olan BOH'lar, gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının %70-80'ini kapsamaktadır. Bu rakamların önümüzdeki yıllarda daha da artacağı ve bu durumun hastalara önemli oranda yük oluşturacağı tahmin edilmektedir. Ayrıca BOH'lar nedeniyle sağlık hizmetleri sisteminin ve klinisyenlerin de çeşitli güçlüklerle karşı karşıya kalması olasıdır (15). Dolayısıyla, günümüz sağlık koşulları ve hizmetleri, hem klinisyenler hem de hastalar için yeni roller gerektirmektedir.

Bu ekseninde geliştirilen Kronik Bakım Modeli (KBM) ile hastalar, klinik uygulamalar ve sağlık hizmetleri sistemi düzeyinde kronik sağlık bakımının dönüşümünü kolaylaştırmak amaçlanmıştır. KBM'ye göre; bilgi, beceri ve güven ilişkisi ile motive edilmiş 'hasta' ve hastalık konusunda gerekli olan uzmanlık, deneyim, bilgi ve kaynaklara sahip 'sağlık bakım ekibi' birlikte var olan kaynakları kullanırlar. Böylece yüksek kalitede bakım için, etkili kararlar verebilirler ve kronik hastalık bakımını etkili olarak yönetebilirler (16).

KBM, sağlığını yönetme konusunda proaktif bir rol üstlenecek bilgilendirilmiş ve aktif hastalar ile hazırlıklı ve proaktif sağlık ekibi arasında verimli bir etkileşimi desteklemektedir. Hasta aktifliği, sağlığın korunmasında ve geliştirilmesinde merkezi bir rol oynar. Aktiflik, günlük olarak kendi kendini takip etmesi ve tedavi rejimine uyması gereken diyabet gibi kronik bir hastalığa sahip olan bireylerde özellikle önemlidir (42). Böylece, sağlık bakımının kalitesinde iyileşme ve nihayetinde daha iyi sağlık sonuçları ve daha az sağlık hizmetleri maliyetine ulaşılabilir (10).

Hastalar ve klinisyen arasındaki destekleyici etkileşimler hastanın sağlığını etkiler. Destekleyici etkileşim kapsamında klinisyenler, her hastanın kendine özgü



değerlerini, ihtiyaçlarını, endişelerini ve beklentilerini kabul eder ve saygı gösterir; hastalarla açık, dürüst ve rahatlatıcı bir şekilde iletişim kurar; onları soru sormaları yönünde teşvik eder ve bu soruları cevaplandırır. Ayrıca hastalarının bakım planlarını oluştururken, her hastanın kendine özgü psikososyal koşullarını göz önünde bulundurur (43).

Bu verimli etkileşimler, başka bir kaynakta 'ortak olarak birlikte çalışma' şeklinde tanımlanmıştır. Bu sayede, klinisyenler ve hastalar birbirlerini bilgi ve beceri anlamında tamamlayarak birlikte karar verip sorumluluğu paylaşırlar (44). Hastalar ile ortak olarak birlikte çalışma konusunda, klinisyenler için bazı temel yeterlilikler tanımlanmıştır. Bu kapsamda, klinisyenler kronik sağlık sorunu olan hastaları için özyönetim desteği sağlamalıdır. Diğer bir deyişle, KBM kapsamında klinisyenin rolü kronik hastalığa sahip kişilerin karşılaştığı zorlukları anlamak ve onlara uygun desteği sağlamaktır (45). Yapılan araştırmalar, kronik hastalığı olan bireylerin klinisyenleri tarafından desteklenmek istediklerini göstermektedir (44).

Avustralya, Kanada, Almanya, Yeni Zelanda ve ABD verilerine göre, hastaların üçte ikisinden daha azı klinisyenlerin kendilerini tedavi tercihlerine dahil ettiklerini veya kronik hastalıklarının yönetimi için bir plan üzerinde görüşüklerini ifade etmiştir (46). İngiltere'de yapılan bir çalışmada ise, hastaların %43'ü tedavi ile ilgili karar alma sürecine, %45'i ise kronik hastalıklarının yönetimi için plan yapma sürecine katıldıklarını belirtmiştir (47). Hastaların sağlık sisteminden ve klinisyenlerinden bir takım beklentileri bulunmaktadır. Bunlardan bazıları; hastalıklarının etkileri ve tedavi yöntemleri konusunda bilgilendirilmek, bakımlarının devamlılığının sağlanması, klinisyenleri ile sürekli iletişim halinde olmak, tedavi ve muayene sürecinin düzenlenmesi, kronik hastalıklarının yanı sıra ağrı, yorgunluk, uyku bozuklukları, depresyon, stres gibi durumlarla baş edebilme yollarının öğretilmesidir (48).

Hibbard ve arkadaşları, farklı aktiflik düzeylerinde bulunan kronik hastalığa sahip bireyler ile yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme tekniği ile niteliksel bir araştırma gerçekleştirmiştir. Araştırmanın amacı; katılımcıların başarılı bir özyönetimden ne anladıkları, özyönetim konusunda ne gibi engellerle karşılaştıkları, stres ile nasıl başa çıktıkları ve kronik hastalıklarını yönetmek için nasıl stratejiler

kullandıkları sorularına yanıt aramaktır. Düşük aktiflik düzeyinde olanlar, başarılı bir özyönetimi klinisyene tam bir itaat olarak görmüş ve özyönetim konusunda bilgi ve özgüven eksikliğini engel olarak belirtmiştir. Ayrıca sınırlı sayıda stratejiden bahsetmişlerdir. Yüksek aktiflik düzeyinde olanlar, başarılı bir özyönetimi hastalık süreçlerinin kendi kontrolleri altında olması olarak görmüştür. Her iki gruptaki katılımcılar, stres nedeniyle zora düşebileceklerini ve sahip oldukları özyönetim stratejilerini sağlık profesyonellerinden ve deneme yanılma yöntemiyle öğrendiklerini belirtmiştir. Çalışmada kavrama, bilgi ve özgüven farklılıklarından dolayı farklı aktiflik düzeylerinde bulunan bireylerin özyönetim desteğinin kendi koşullarına göre uyarlanması önerilmektedir. Ayrıca, klinisyenler özyönetim desteği sağlarken tüm hastalarına stresle başa çıkabilmeleri için faydalı stratejiler ve problem çözme becerileri kazanmaları için destek olmalıdır (49).

Pek çok klinisyen hastaları ile ortak olarak birlikte çalışma konusunu tam anlamıyla benimsemiş değildir (45). Klinisyenlerin, kronik hastalıkların yönetiminde artan ihtiyaçları karşılayabilmek için yeni bilgi, beceri ve davranış geliştirmeleri gerekeceği konusunda bir fikir birliği vardır ve bazı eğitim kuruluşları ile meslek birlikleri hasta özyönetimini desteklemek için temel yeterlilikler geliştirmiştir (50). Bu yeterlilikler, hastalık odaklı olmaktan çok birey odaklı sağlık bakımına doğru belirgin bir dönüşümü ifade etmektedir (**Tablo 4**).

**Tablo 4.** Klinisyenlerin hastaları ile ortak olarak birlikte çalışma için sahip olması gereken temel yeterlilikler (45)

- Hastaları, mevcut sağlık durumları ve sağlık bakımları ile ilgili uygun bilgi kaynaklarına yönlendirme
- Hastaları, sağlıklarını nasıl koruyacakları ve hastalığın oluşumunu/nüksünü önleme konusunda eğitme
- Hastaların tercihlerini öğrenme ve anlama
- Hastalara, mevcut sağlık sorunları ile ilgili riskleri ve olasılıkları anlatma
- Tedavi kararlarını paylaşma
- Öz bakım ve özyönetim konusunda destek sağlama

Klinisyenlerin hasta özyönetimi konusundaki tutum ve düşüncelerine ilişkin literatür çok azdır. Derinlemesine görüşme yöntemi kullanılarak gerçekleştirilen

niteliksel bir çalışmaya göre; klinisyenler hasta özyönetiminin önemli olduğunu ancak muayeneler sırasındaki zaman darlığından dolayı daha düşük bir önceliğe sahip olduğunu belirtmiştir (51). Derinlemesine görüşme ile yapılan bir diğer çalışmada ise; klinisyenlerin hastayı problem çözme sürecine katma ya da daha fazla interaktif yaklaşım kullanmak yerine didaktik yöntemleri kullanma konusuna güvendikleri ortaya konmuştur (52).

BOH'ların prevalansının artması, kronik hastalıkların etkin kontrolü ile birey ve toplum temelli hastalık yönetimi programlarının önemini ortaya koymaktadır. Kronik hastalıkların yönetimi, bütüncül bakış açısı ile planlanmış bir bakım gerektirmektedir. Düzenli tıbbi izlem ve klinisyen desteği, hastaların öz bakımında ve özyönetiminde üstlenmesi gereken sorumluluğu artırmak için önemlidir. Kronik hastalık yönetiminin başarıya ulaşabilmesi için profesyonel sağlık ekibi kendi içerisinde ve hastalar ile disiplinli, koordineli ve uyum içerisinde çalışmalıdır. Var olan kronik hastalığın seyri, sosyodemografik faktörler, inanışlar, düşünceler, tutumlar ve hastaların aktiflik düzeyi göz önünde bulundurularak özyönetim desteği bireye özgü bir şekilde sağlanmalıdır. Kronik hastalık yönetiminde bakımın sürekliliğinin sağlanması, hastalar ve sağlık çalışanları arasındaki işbirliğinin ve karşılıklı etkileşimin geliştirilmesi ile sağlık bakımının kalitesinin artması, sağlık maliyetlerinin azalması, hasta ve ailesinin bakıma aktif katılımının artması sağlanabilir (14).

#### **2.4. Hasta Aktiflik Düzeyinde Klinisyen Desteği Ölçüm Aracı (CS-PAM)**

CS-PAM, PAM'da yer alan ifadelerin uyarlanması ile geliştirilmiş olan bir ölçektir. CS-PAM'da yer alan ifadeler, KBM kapsamında ele alınmaktadır. CS-PAM, kronik sağlık sorunu olan hastaların özyönetim becerilerinin önemi hakkında, klinisyenlerin düşüncelerini nicel olarak değerlendirmektedir. CS-PAM'ın geliştirilmesindeki ana amaç; kronik hastalığı olan bireyleri özyönetim konusunda daha fazla desteklemeleri amacıyla, klinisyenlere yapılacak olan müdahale çalışmalarının etkinliğini değerlendirmektir (17).

Hibbard ve arkadaşları CS-PAM'ı oluşturmak için PAM'da yer alan ifadeleri temel almıştır. PAM, bir kişinin kronik hastalığının başarılı bir şekilde yönetimi için gerekli olan çeşitli yeterliklere odaklanır. CS-PAM ise klinisyenlerin, hastaların hangi yeterliklerini ne derece dikkate aldığını ve önemseydiğini ölçer (17,18). Örnek olarak klinisyenlere “Bir klinisyen olarak, kronik sağlık sorunu olan hastalarınız açısından kendileri için reçetelendirilmiş her bir ilacı neden kullandıklarını bilmeleri ne kadar önemlidir?” sorusu yöneltildiğinde 1=önemli değil ile 4=çok önemli arasında değişen yanıtlar vermesi beklenmektedir.

CS-PAM, geçerli ve güvenilir olup tek boyutlu bir ölçektir. Ölçek 13 maddeden oluşmaktadır. İfadelere verilen yanıtlar: 1=önemli değil, 2=biraz önemli, 3=önemli ve 4=çok önemli şeklindedir. Eğer ifade klinisyene ve uygulamalarına göre uygun değil ise bilemiyorum/değerlendiremiyorum seçeneğini işaretlemesi istenmektedir (17). Ölçek skorunun hesaplanmasında, sıralı ölçekli ölçümleri aralık ölçekli hale getiren Rasch analizi temel alınmaktadır (19). CS-PAM skoru 0 ile 100 arasında değişmektedir.

CS-PAM skorunun artması, klinisyenin kronik sağlık sorunu olan hastalarının özyönetim becerilerinin önemi hakkında daha olumlu düşüncelere sahip olduğunu belirtir. Hasta aktifliğinde klinisyen desteği düşük (Düzyey 1), orta (Düzyey 2) ve yüksek (Düzyey 3) olarak kategorize edilmektedir (18). Düşük düzey desteğe sahip klinisyen (Düzyey 1), hastanın tıbbi tedavi ve önerilere uyması gerektiğine inanır. Orta düzey desteğe sahip klinisyen (Düzyey 2), hastanın bağımsız kararlar alabileceğini ve kendi sağlığını yönetme konusunda eyleme geçebileceğini düşünür. Yüksek düzey desteğe sahip klinisyen (Düzyey 3), hastanın sağlık bakım ekibinin bir parçası olabileceğini ve bağımsız olarak bilgi alabileceğini düşünür (20). Hasta Aktiflik Düzeyinde Klinisyen Desteği Ölçüm Aracı'nın Türkçe formu Ek 3'te, İngilizce formu ise Ek 4'te verilmiştir.

NHS England (İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi), 2015 yılında klinisyenlerin hasta aktifliğini ne ölçüde desteklediği ve bireylerin hastalık süreçlerinde daha aktif bir rol alma konusunda tutum ve davranışları üzerine bir araştırma yapmıştır. NHS England, ulusal sağlık sistemini desteklemeyi ve hastaların aldıkları sağlık bakımını daha iyi hale getirmeyi amaçlayan bir kuruluştur. Bu araştırma, 778'i hekim (247'si aile hekimi, 400'ü uzman hekim ve 83'ü uzmanlık eğitimine devam eden hekim), 595'i

hemşire ve 386'sı yardımcı sağlık personeli olmak üzere 1759 klinisyenin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılanların %88'i kronik hastalığı olan hastalara hizmet verdiğini beyan etmiştir. NHS England çalışmasına göre, tüm katılımcıların CS-PAM puanları 36,4 ile 100 arasında olup, ortalaması 72,4'tür. En yüksek puan ortalamasına 75,9 ile hemşireler sahiptir. Ardından 71,7 puan ile diğer sağlık personeli ve 70,1 ile hekimler gelmektedir (53).

Demetra Bastas-Bratkic, 2017 yılında doktora tezi kapsamında klinisyenlerin hasta aktifliğinde destek düzeylerini artırmak için bir müdahale çalışması yapmıştır. Çalışma, Güney Kaliforniya bölgesinde hizmet veren ve toplam sayısı 42 olan aile hekimi ve iç hastalıkları uzmanının katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Müdahale çalışması kapsamında, motivasyonel görüşme tekniklerini içeren kişiye özel uyarlanmış eğitimler düzenlenmiştir. Eğitim içeriği literatür taraması yapılarak ve uzman görüşüne başvurulmuş olup, pilot uygulaması yapılmıştır. Yaklaşık 60 dakika süren ve iki ayrı oturum halinde düzenlenen eğitimler, hasta aktifliği ve önemi ile vaka çalışmalarından oluşmaktadır. Klinisyenlere, müdahale öncesi CS-PAM ölçüm aracı uygulanmış ve aldıkları puanlar belirlenmiştir. Müdahalenin etkinliğini belirlemek amacıyla, eğitimden bir ay sonra ölçüm aracı bir kez daha uygulanmıştır. Eğitim öncesi, klinisyenlerin %55'i klinik pratiğinde hasta aktifliğinin önemine inandığını belirtirken; eğitim sonrası bu oran %85'e çıkmıştır. Eğitim sonrası, klinisyenlerin %71'i hastalarının daha aktif olması için öğrendiklerini pratiğe geçirdiğini belirtmiştir (54).

Ülkemizde kronik sağlık sorunu olan hastaların özyönetim becerilerinin önemi hakkında, klinisyenlerin düşüncelerini nicel olarak değerlendiren bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Yeni bir ölçek geliştirmek yerine var olan bir ölçeği uyarlamanın bazı avantajları vardır. Bunların başında daha kolay, daha hızlı ve daha az maliyetli olması gelir. Ayrıca yaygın olarak kullanılan bir ölçeğin uyarlanması kültürlerarası karşılaştırma yapmak amacıyla kullanılmasına da olanak sağlar. Ölçek uyarlamanın bir diğer avantajı ise, uluslararası bilgi alışverişini kolaylaştırmasıdır (21). Bu çalışmanın temel amacı; Hasta Aktiflik Düzeyinde Klinisyen Desteği Ölçüm Aracı'nı (CS-PAM) Türkçeye uyarlamak üzere geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmektir.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma, Hasta Özyönetiminde Klinisyen Desteği Ölçüm Aracı'nın [Clinician Support for Patient Activation Measure (CS-PAM)] Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini incelemek amacıyla yapılan bir validasyon çalışmasıdır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırmanın verileri, İstanbul'un Maltepe ilçesinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) ve Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Haziran-Temmuz 2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Maltepe ilçesinde yer alan ASM'lerde görev yapmakta olan aile hekimleri ve Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Göğüs Hastalıkları ve İç Hastalıkları kliniklerinde görev yapmakta olan asistan hekimler, uzman hekimler ve öğretim üyeleri oluşturmaktadır. Ülkemizde, kronik hastalığı olan bireyler hem birinci basamak sağlık hizmeti veren ASM'lere hem de üçüncü basamak sağlık hizmeti veren üniversite hastanelerine başvurmaktadır. Aile hekimliği, göğüs hastalıkları ve iç hastalıkları, kronik hastalığı olan bireylerin sıklıkla başvurdukları bölümlerdir. Dolayısıyla hem katılımcıların çeşitliliğini sağlamak, hem de karşılaştırmalar yapabilmek amacıyla böyle bir örneklem tercihinde bulunulmuştur.

Ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında faktör analizi yapabilmek için ölçekte yer alan madde sayısının 5-10 katı kadar katılımcı yeterli görülmektedir (55). Hasta Aktiflik Düzeyinde Klinisyen Desteği Ölçüm Aracı (CS-PAM) 13 ifade içerdiğinden, 130 sayıda katılımcıya ulaşılması gerektiği hesaplanmıştır. Çalışmamıza

gelişigüzel yöntemle 100'ü ASM'lerden, 110'u ise hastaneden olmak üzere toplam 210 klinisyen katılmıştır. Çalışma amacının anlatıldığı tüm klinisyenler onamları alındıktan sonra çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmayı katılmayı kabul etmeyen klinisyen ise yoktur. Ölçekten alınan puanın hesaplanabilmesi için, 13 ifadenin en az 10'una geçerli bir yanıt verilmesi gerekmektedir. Katılımcılardan biri ölçekte yer alan ifadelerden dördüne bilemiyorum/değerlendiremiyorum şeklinde yanıt verdiği için analize dahil edilmemiştir. Böylece yapılan analizler 209 adet katılımcı üzerinden gerçekleştirilmiştir.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

Veri toplama aracı olarak sosyodemografik özellikler ve özyönetim kavramı ile ilgili soruları içeren bir anket formu ile birlikte Hasta Aktivite Düzeyinde Klinisyen Desteği Ölçüm Aracı (CS-PAM) kullanılmıştır.

Anketin ilk kısmında klinisyenin sosyodemografik özellikleri (cinsiyeti, yaşı, doğum tarihi, mezuniyet yılı) ve mesleki özellikleri (çalıştığı birim, çalıştığı birimdeki görevi, kronik hastalığı olan hastalara düzenli olarak hizmet verme durumu) yer almaktadır. Daha sonraki sorular ise özyönetim kavramı ve becerisi üzerine odaklanmaktadır (daha önce özyönetim kavramını duyma durumu, özyönetim konusunda daha önce bir eğitim alma, hastaların özyönetimini destekleme konusunda karşılaşılan engeller ve hastaların hastalık süreçlerinde daha aktif olmasını isteme durumu). Katılımcılara hasta özyönetiminin ne olduğuna dair kısaca bilgilendirme yapıldıktan sonra, daha önce bu kavramı duyup duymadıkları sorulmuştur.

Sosyodemografik özellikler ve özyönetim kavramı ile ilgili soruları içeren anket formu Ek 2'de verilmiştir.

### **3.5. Veri Toplama Yöntemi**

Araştırmanın verileri anket formu aracılığı ile toplanmıştır. Öncelikle araştırmanın amacı açıklanmış ardından katılımcının onamı alındıktan sonra anket formu

uygulanmıştır. Hekimlere yönelik bilgilendirme ve onam formu Ek 1’de verilmiştir. Katılımcı anket formunu anonim bir şekilde kendisi doldurmuştur. Anket formunu tamamlayan katılımcıya hasta aktifliği ile özyönetim kavramları ve kronik hastalık sürecinde özyönetim desteğinin önemi hakkında bilgi verilmiştir.

### **3.6. CS-PAM’ın Psikolinguistik Özelliklerinin İncelenmesi/Dil Uyarlaması**

Belirli bir dil ve kültürde geliştirilmiş olan ölçeklerin, farklı bir dil ve kültüre uyarlanması için yapılan çalışmalar “ölçek uyarlaması” olarak adlandırılır. Böyle çalışmalarda öncelikle psikolinguistik özelliklerin incelenmesi/dil uyarlaması gerekmektedir (56). Sonrasında uyarlanan ölçeğin standardize olabilmesi ve uygun bilgiler üretebilmesi için geçerlik ve güvenilirlik olarak adlandırılan iki temel özelliğe sahip olması gerekir.

Bu sürecin amacı, ABD’de İngilizce olarak geliştirilen ölçeğin Türkçede kavramsal olarak eşdeğer versiyonunu elde etmektir. Güvenirliği ve geçerliği yapılan ölçek; orijinali ile benzer derecede doğal ve kabul edilebilir olmalı, aynı şekilde pratik olarak uygulanabilmelidir. Dolayısıyla odaklanması gereken nokta kelimesi kelimesine bire bir çeviriden ziyade, kültürlerarası ve kavramsal denkliği sağlamaktır. Bu amaca ulaşmak için DSÖ’nün de önerdiği çeviri ve geri çeviri yöntemi bilinen iyi yöntemlerden bir tanesidir. Bu yöntem, aşağıda sıralanan basamakları içermektedir (57):

- Ölçeğin çevirisi
- Çevrilen ölçeğin uzman panelinde tartışılması
- Çevrilen ölçeğin orijinal dile geri çevirisi
- Çevrilen ölçeğin pilot uygulaması
- Ölçeğe son halinin verilmesi
- Çeviri aşamalarının kaydedilmesi



### 3.6.1. Ölçeğin çevirisi

Ölçeğin anadilinden uyarlanacak dile çevrilmesini kapsayan bu aşama, sürecin ilk adımıdır. Çevirmenin anadili hedef dil olan Türkçe olmalı ancak tercüman ölçeğin orijinal dilinin kültürü hakkında da bilgi sahibi olmalıdır. Çevirmen ayrıca ölçek tarafından kapsanan alanın terminolojisine aşina olmalı ve bu alanda görüşme/veri toplama becerilerine sahip olmalıdır. Çevirmenler bu aşamada (57):

- Kelime ya da ifadeleri bire bir çevirmek yerine kavramsal eşdeğerini kullanmayı hedeflemeli ve orijinal terimin tanımını göz önünde bulundurarak en uygun şekilde çevirmeye çalışmalıdır.
- Uzun cümleler kurmaktan kaçınılmalıdır. Cümleler basit, açık ve öz olmalıdır.
- Çeviriyi yaparken olası katılımcıları göz önünde bulundurmalı ve katılımcıların ifadeyi ilk okuduğunda ne anlayacağını düşünmelidir.

İlk çevirinin birbirinden bağımsız bir şekilde çalışan en az iki ayrı kişi tarafından yapılması önerilmektedir. Çevirmenlerden sadece biri konu hakkında bilgilendirilmelidir (58). Bilgilendirilen çevirmene ölçeğin konusu, amacı ve yapılmak istenenler anlatılmalıdır; böylece diğer bilgilendirilmeyen çevirmenin çevirisini daha doğal ve tarafsız bir biçimde yapması sağlanır (59). Çeviriler tamamlandıktan sonra, her iki versiyon birlikte değerlendirilir. Ardından araştırmacılar anlamsal, kavramsal, dilsel ve bağlamsal farklılıkları değerlendirerek tespit edilen sorunları çözmeye çalışır.

Çalışmamızda çeviri süreci DSÖ kriterlerine uygun olarak anadili Türkçe olan ancak İngilizceyi anadili düzeyinde bilen ve kültürüne hakim olan, ayrıca ölçeğin kapsadığı alanın terminolojisi hakkında bilgili tıp alanında çalışan iki öğretim üyesi tarafından gerçekleştirilmiştir. Öğretim üyelerinden biri aile hekimliği, diğeri ise halk sağlığı bölümünde görev yapmaktadır. Çevirmenler öncelikli olarak birbirlerinden bağımsız bir şekilde ölçeğin İngilizceden Türkçeye çevirisini yapmış, ardından bir araya gelip son halini vermişlerdir. Araştırmacılar tarafından değerlendirilen ölçeğin Türkçe versiyonu üzerinde bazı değişiklikler yapılmıştır:

- ‘Sağlık çalışanı’ ifadesi, ‘klinisyen’ ifadesi ile değiştirilmiştir. Ölçek kronik hastalığı olan bireylere tanı ve tedavi sürecinde hizmet verenlere uygulanmak

üzere geliştirilmiştir. Sağlık çalışanı ifadesinden sağlık sektörünün her kademesinde çalışan bireyler anlaşılabilirliğinden ölçeğin orijinalinde de yer alan ifade olan ‘klinisyen’ ifadesinin kullanımı daha uygun görülmüştür.

- Ölçek maddelerinin değerlendirilmesinde yer alan N/A (Not applicable) seçeneği için kullanılan ‘uygun değil’ ifadesi, ‘geçerli değil’ ifadesi ile değiştirilmiştir. Klinisyenler için kronik sağlık sorunu olan hastaları açısından ölçekte yer alan ifadelerin ne kadar önemli olduğu ‘önemli değil, biraz önemli, önemli, çok önemli’ şeklinde derecelendirilmiştir. Uygun değil ifadesi ilk okunduğunda sanki hastanın ölçek maddesinde yer alan eylemi gerçekleştirmesi uygun değilmiş gibi anlaşılmaktadır. Oysa N/A terimi ile ilgili maddenin klinisyenin klinik uygulamalarında yer almadığı ve böylece bu maddeyi değerlendirmek istemediği ifade edilmektedir.
- Ölçeğin beşinci maddesinde yer alan “Can follow through on medical treatments you have told them they need to do at home” ifadesinde yer alan ‘medical treatments’ doğrudan ‘tıbbi tedaviler’ olarak çevrilmiştir ancak kapsamı tam olarak anlaşılabilirliğinden parantez içerisinde ‘beslenme, egzersiz, ilaç tedavisi...’ şeklinde açıklanmıştır.

### **3.6.2. Çevrilen ölçeğin uzman panelinde tartışılması**

Uzman görüşünün geri çeviriden sonra yapılmasını öneren kaynaklar olmakla birlikte (60), DSÖ çeviriden hemen sonra yapılmasını önermektedir (57). Bu adımdaki amaç, çevirinin yetersiz ifadelerini/kavramlarını ayrıca iki dil arasındaki tutarsızlıkları tanımlamak ve çözmektir. Uzman paneli bazı kelimeleri veya ifadeleri sorgulayabilir ve alternatifler önerebilir. Panelde yer alacak uzmanların ilgili dilleri, kültürleri, ölçeğin kapsamını ve ölçek uyarlama yöntemlerini bilmesi beklenir. Panelde yer alan uzman sayısı değişiklik göstermektedir. Ancak genellikle çeviri aşamasında yer alan kişilerin, sağlık profesyonellerinin, ölçek geliştirme ve uyarlama tecrübesi olan kişilerin katılması beklenir (57).

Çalışmamızda görüş ve önerilerini almak üzere; aile hekimliği bölümünden bir, iç hastalıkları bölümünden iki olmak üzere toplam üç öğretim üyesi ile görüşülmüş

olup, tez danışmanı ve araştırmacı katılım sağlamıştır. Uzmanlar tarafından değerlendirilen ölçeğin Türkçe versiyonu üzerinde bazı değişiklikler yapılmıştır:

- Ölçeğin orijinalinde yer alan ifadeler, fiillerin mastar halleri ile başlamaktadır. Ancak bu kullanım, Türkçede dilbilgisi açısından uygun değildir ve ifadelerin net olarak anlaşılmasına neden olmaktadır. Dolayısıyla cümle yapısında Türkçeye uygun olacak şekilde değişiklikler gerçekleştirilmiş olup, cevap seçeneklerine uygun hale getirilmiştir. Örnek olarak, “Sağlık durumlarıyla ilişkili semptomları önlemeye veya azaltmaya yardımcı olacak eylemler gerçekleştirebilirler” yerine, cevap seçeneklerine daha uygun olan “Sağlık durumlarıyla ilişkili semptomları önlemeye veya azaltmaya yardımcı olacak eylemler gerçekleştirebilmeleri” verilebilir. Böylece cümle ‘önemli değil, biraz önemli, önemli, çok önemli’ şeklinde devam ettirilebilir ve anlam bütünlüğü bozulmamış olur.
- Ölçeğin birinci maddesinde yer alan ‘minimize’ ifadesi en aza indirmek şeklinde çevrilmiş olup, öneriler doğrultusunda ‘azaltmak’ şeklinde değiştirilmiştir.

### **3.6.3. Çevrilen ölçeğin orijinal dile geri çevirisi**

DSÖ’ye göre, uzman paneli ile ikinci versiyonu oluşturulan ölçek orijinal diline geri çevrilmelidir. Çevirmenlerden en az birinin anadilinin ölçeğin orijinal dilinde olması şartı ile çevirmenlerin aynı zamanda hedef dili bilmesi ve ölçek hakkında daha önceden hiçbir bilgisinin olmaması gerekmektedir (57). İlk çeviri aşamasında olduğu gibi, geri çeviri aşamasında da kelimesi kelimesine bire bir çeviri yerine kültürlerarası ve kavramsal denklik sağlamalıdır. Dolayısıyla geri çevirinin orijinal metinle bire bir aynı olması kural değildir (59).

Çalışmamızda DSÖ kriterleri doğrultusunda geri çeviri yapmak üzere Marmara Üniversitesi Yabancı Diller Okulu’nda görev yapmakta olan iki İngilizce okutmanından yardım alınmıştır. Okutmanlardan birinin anadili İngilizce olup, Türkçeyi anadili düzeyinde bilmektedir. Ölçeğin geri çeviri yapılmış versiyonu

oluşturulduktan sonra orijinal ölçeği geliştiren araştırmacı ile paylaşılmış ve öneriler doğrultusunda bazı değişiklikler yapılmıştır:

- Ölçeğin 11. maddesinde yer alan “Want to be involved as a full partner with me in making decisions about their care” ifadesi Türkçeye “Sağlık bakımlarıyla ilgili karar alma süreçlerine benimle birlikte tam bir işbirliği içinde katılmak istemeleri” şeklinde çevrilmiştir. Geri çeviri ise “That they are willing to fully cooperate with me during the decision making process about their healthcare” şeklindedir. Anlatılmak istenen kavram doğrultusunda ‘tam bir işbirliği içinde’ ifadesi ‘tam bir ortak olarak’ olarak değiştirilmiştir.

#### **3.6.4. Çevrilen ölçeğin pilot uygulaması**

Yeni bir ölçek ile veri toplamadan önce, hedef grup üzerinde pilot uygulama yapılması önemlidir (57). Pilot uygulama esasen ölçek uyarlama sürecinin de son aşamasıdır. Bu aşamada ölçekte yer alan ifadelerin anlaşılabilirliği açısından bir ön uygulama yapılır (61). Pilot uygulamada yer alan katılımcılar yaş aralığı, eğitim düzeyi, cinsiyet gibi özellikler açısından ölçeğin hedef grubu ile benzer olmalıdır. Örneklem rastgele değil amaca yönelik olarak belirlenmelidir (62). İki dili de bilen katılımcıların olması ölçeğin orijinali ile çevrilen dildeki ifadelerin aynı şeyi ifade edip etmedikleri açısından geri bildirim alma konusunda yardımcı olabilir. Ayrıca derinlemesine görüşme yöntemi kullanılması da önerilen bir diğer yöntemdir (57).

Çalışmamızda DSÖ kriterleri doğrultusunda, ölçeğin pilot uygulaması daha önce kronik hastalığı olan bireylere hizmet vermiş ya da vermekte olan 20 klinisyen ile yapılmıştır. Katılımcılardan biri ölçeğin hem İngilizce hem de Türkçe versiyonunu değerlendirmiştir. Daha önceki öneriler doğrultusunda ‘geçerli değil’ şeklinde değiştirilen N/A (Not applicable) seçeneğine katılımcıların önerileri doğrultusunda ‘bilemiyorum/değerlendiremiyorum’ şeklinde son şekli verilmiştir.

### **3.6.5. Ölçeğe son halinin verilmesi**

Önceki kısımlarda anlatılan aşamalardan sonra ölçeğin son versiyonu elde edilir. Çalışmamızda, CS-PAM'ın Türkçe versiyonunun son hali Ek 3'te verilmiştir.

### **3.6.6. Çeviri aşamalarının kaydedilmesi**

Dil uyarlamasının ilk çeviri, uzman paneli tarafından yapılan öneriler, geri çeviri, ölçeğin pilot uygulaması sırasında karşılaşılan sorunlar ve bu doğrultuda önerilen değişiklikler ile son versiyonun uygun dokümanlarla izlenebilir olması gerekmektedir.

## **3.7. CS-PAM'ın Güvenirlik Analizleri**

Güvenirlik, belirli bir evrene veya örnekleme uygulanmış bir test ya da ölçme aracından elde edilmiş ölçümlerin tutarlılığı veya tekrarlanabilirliği şeklinde tanımlanabilir (63). Bir başka ifade ile güvenilirlik, bir ölçme aracının aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde birbirleriyle tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları vermesi olup ölçme aracının tesadüfi hatalardan arınmış olmasının derecesidir (64). Güvenirlik yalnızca ölçme aracına ait bir özellik olmayıp, ölçüm aracından elde edilen sonuçlara da ilişkin bir özelliktir. Dolayısıyla testin ya da ölçüm aracının güvenirligi yerine ölçüm güvenirligi olarak adlandırmak daha doğrudur (65,66).

Ölçek güvenirliginin belirlenmesinde kullanılan yöntemler **Tablo 5**'te sunulmuştur. Çalışmamızda bu yöntemlerden; test-tekrar test, madde toplam puan korelasyonu, Cronbach alfa güvenirlilik katsayısı ve alt-üst grup ortalamalarına dayalı madde analizi uygulanmıştır. CS-PAM'ın güvenirligi ayrıca Rasch analizi ile değerlendirilmiştir.

**Tablo 5.** Ölçek güvenirliğinin belirlenmesinde kullanılan yöntemler (66,67)

<b>1. Zamana Göre Değişmezlik (Değişmezlik Katsayısı)</b>	- Formun Tekrarı Yöntemi (Test-Tekrar Test)
<b>2. Eşdeğerlik Katsayısı</b>	- Eşdeğer (Paralel) Formlar Yöntemi
<b>3. İç Tutarlık Katsayısı</b>	- Madde Analizi-Madde Toplam Puan Korelasyonu - Yarıya Bölme Yöntemi - Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı/Kuder-Richardson (KR) Güvenirlik Katsayıları - Alt-Üst Grup Ortalamalarına Dayalı Madde Analizi
<b>4. Puanlama Tutarlılığı</b>	- Gözlemciler Arası Tutarlılık - Gözlemciler İçi Tutarlılık

### **3.7.1. Formun tekrarı yöntemi (test-tekrar test yöntemi)**

Bir ölçme aracının, aynı örnekleme aynı koşullarda ve belli bir zaman aralığında iki kez uygulanmasıdır. Ölçeğin güvenirlik katsayısı, iki uygulamaya ait ölçüm değerlerinin korelasyon katsayısıdır. Korelasyon katsayısı, -1 ile +1 arasında değişir; iki ölçüm arasında bulunan ilişkinin derecesi ve yönü hakkında bilgi verir. Korelasyon katsayısının 0,70'den düşük olduğu durumlarda ölçeğin kullanılmaması önerilir. Bir ölçeğe ait korelasyon katsayısının 0,70 olması, bu ölçeği yanıtlayanlar arasındaki değişkenliğin %70'inin ölçülen özelliğe bağlı gerçek değişkenliğe, %30'unun ise rastgele hatalara bağlı olduğunu gösterir (68).

İki uygulama arasındaki zaman aralığı iyi ayarlanmalıdır. Süre çok kısa olursa ölçek maddelerinin kolayca hatırlanmasına bağlı güvenirlik katsayısı yüksek çıkabilir. Tam tersi süre çok uzun olursa ölçülen özellik değişikliğe uğrayabileceğinden güvenirlik katsayısı düşük çıkabilir. Dolayısıyla, iki uygulama arasındaki zaman aralığı ölçülen özelliğe göre iki-üç ile dört-altı hafta arasında olabilmektedir. Test-tekrar test için gerekli olan katılımcı sayısı ile ilgili fikir birliği olmamakla birlikte;

çalışmalarda genellikle minimum 30 kişiye ulaşılmıştır (64,69). Çalışmamızda test-tekrar test yöntemi iki hafta ara ile 30 klinisyenin katılımı ile uygulanmıştır.

### **3.7.2. Madde toplam puan korelasyonu**

Madde toplam puan korelasyonu, lme aracının tamamından alınan toplam değer ile her bir maddenin aldığı değer arasındaki ilişkiyi ifade eder. Madde toplam puan korelasyonunun pozitif yönde ve yüksek olması, ölüm aracının iç tutarlılığının yüksek olduğu anlamına gelir ve maddelerin benzer davranışları rneklelediğini gösterir. Analiz yapabilmek için madde sayısının en az beş katı büyüklüğünde bir örnekleme yeterlidir (70,71).

Korelasyon katsayısı değerleri, 0,26-0,49: zayıf, 0,50-0,69: orta, 0,70-0,89: yüksek ve 0,90-1,00: Çok yüksek şeklinde değerlendirilir. Madde toplam puan korelasyonu değeri 0,20'nin altında olan maddelerin ölçeğe alınmaması; 0,20-0,30 arasında olan maddelerin zorunlu görülmesi halinde ölçeğe alınabileceği veya düzeltilmesi gerektiği; 0,30 ve üzerinde olan maddelerin ise bireyleri iyi bir şekilde ayırt ettiği belirtilir. Korelasyon katsayısı düşük olan maddenin ölçekten çıkarılması ile madde toplam puan korelasyonlarının yükselmesi durumunda o madde ölçekten çıkarılmalıdır (64,71).

### **3.7.3. Cronbach alfa güvenirlik katsayısı**

Cronbach alfa katsayısı, ölüm aracında yer alan her bir maddenin varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Cronbach tarafından geliştirilen yöntem, Likert tipi ölçeklerde kullanılır. Ölüm aracının; aynı özelliğin farklı öğelerini ölçen tutarlı maddelerden oluşması, güvenirlik katsayısının yüksek olmasını sağlar (66).

Ölçeğe ait Cronbach alfa katsayısı 0,00-0,39 ise ölçek güvenilir değil, 0,40-0,59 ise ölçek düşük derecede güvenilir, 0,60-0,79 ise ölçek oldukça güvenilir ve 0,80-1,00 ise ölçek yüksek derecede güvenilir şeklinde değerlendirilir. Ölçeğin güvenilir

kabul edilmesi için hesaplanan güvenilirlik katsayısının en az 0,70 ve üzerinde olması önerilir (64).

#### **3.7.4. Alt-üst grup ortalamalarına dayalı madde analizi**

Ölçekten alınan toplam puana göre oluşturulan alt ve üst %27'lik gruplarda her bir maddenin ortalama puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak değerlendirilmesi, madde analizi için başvurulan bir başka bir yoldur (70).

#### **3.8. CS-PAM'ın Geçerlik Analizleri**

Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği başka herhangi bir özellikle karıştırmadan doğru ölçebilme berecisidir (66). Geçerliğin ön koşulu, güvenilirliğin sağlanmasıdır. Güvenilir bir ölçek geçerli olmayabilir ancak ölçeğin güvenilir olmaması durumunda geçerliğini incelemeye gerek yoktur. Dolayısıyla güvenilirlik ve geçerlik kavramları birbirinden bağımsız düşünülmemelidir (66).

Davranışsal özelliklerin ölçülmesinde geçerliğin yeri önemlidir. Ancak davranışsal özellikleri ölçmek amacıyla kullanılan ölçüm araçlarının geçerliğini sağlamak zordur. Ölçekler, yeterli geçerliğe sahip doğrulukta ölçüm sonuçları verecek düzeye getirilebilirler (63). Ölçek geçerliğinin belirlenmesinde kullanılan yöntemler **Tablo 6**'da sunulmuştur. Çalışmamızda bu yöntemlerden; yüzeysel geçerlik (görünüş geçerliği), açıklayıcı faktör analizi ve bilinen gruplar karşılaştırılması uygulanmıştır. CS-PAM'ın geçerliği ayrıca Rasch analizi ile değerlendirilmiştir.



**Tablo 6.** Ölçek geçerliğinin belirlenmesinde kullanılan yöntemler (66,67)

<b>1. Yorumsal Geçerlik</b>	a. Yüzeysel Geçerlik (Görünüş Geçerliği) b. İçerik (Kapsam) Geçerliği
<b>2. Ölçüte Dayalı Geçerlik</b>	- Eşzaman Geçerliği - Yordama Geçerliği
<b>3. Yapı Geçerliği</b>	<b>a. Faktör Analizi</b> - Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) - Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) <b>b. Benzer Ölçek Geçerliği</b> <b>c. Bilinen Grupların Karşılaştırılması</b>

### **3.8.1. Yüzeysel geçerlik (görünüş geçerliği)**

Ölçüm aracının yapısının ne kadar işlevselliğe dönüştüğünü gösterir. Ölçekte yer alan maddelerin net bir şekilde incelenen konu ile ilgili bilgiye yönelik olduğuna dair uzman görüşüne başvurulmasıdır (64). Çalışmamızda CS-PAM’da yer alan ifadelerle dair uzman görüşüne başvurulmuş olup gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

### **3.8.2. Açıklayıcı faktör analizi (AFA)**

Faktör analizi, ölçümün kalitesini ve geçerliğini ortaya koymak için yapılan en önemli analizlerdendir. Faktör analizinde açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi olmak üzere iki temel uygulama söz konusudur. Hangi faktör analizinin kullanılacağı ve bu faktör analizinin hangi istatistiksel araçlarla yapılacağı önemlidir. Uygulanacak yöntem, çalışmanın sonuçlarını ve dolayısıyla ölçülen yapısal geçerliği etkileyecektir (55).

Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA), yeni oluşturulmuş veya uyarlaması yapılmış bir ölçeğin değişkenlerini temsil eden ifadelerin altında yatan faktör yapısını ortaya koymayı ve keşfetmeyi amaçlar. Yeni bir ölçek geliştirme ya da uyarlama çalışmasında ilk yapılacak olan AFA’dır (72). AFA için dört temel aşama:

- Veri tabanının faktör analizi için uygun olup olmadığının değerlendirilmesi
- Faktörleştirme
- Döndürme
- Faktörlerin isimlendirilmesi

**Faktör Analizine Uygunluk:** Veri tabanının faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek amacıyla yapılması gereken bazı testler ve sağlanması gereken koşullar vardır (55). Faktör analizi yapabilmek için örneklem büyüklüğü ölçüm aracında yer alan madde sayısının en az 5-10 katı olmalıdır (64).

Faktör analizine uygunluğu değerlendirmek için bir sonraki adım Barlett testidir. Barlett testi, korelasyon matrisinin istatistiksel olarak anlamlılığını değerlendirir. Bu testin istatistiksel olarak anlamlı çıkması beklenir. Barlett testinin sonucu ne kadar yüksek ise anlamlı çıkma olasılığı o kadar artar (72). Son adım olarak ise Kaiser-Meyer Olkin (KMO) değerine bakılmalıdır. KMO testi, madde/değişken değerlerinin tutarlılığını gösterir ve verilerin faktör analitik modeli ile modellenip modellenemeyeceğine ilişkin bir ölçüt sunar. KMO değeri 0,90-1,00 ise mükemmel; 0,80-0,89 ise iyi; 0,70-0,79 ise orta; 0,60-0,69 ise zayıf; 0,50-0,59 ise kötü; 0,50'nin altında ise kabul edilemez şekilde yorumlanır. KMO ve Barlett testleri, değişkenler arası ilişkinin gücünü ölçümlmek amacıyla korelasyon matrisinin faktör analizi için uygunluğunu değerlendirir (64).

**Faktörleştirme:** Faktör analizi, maddelerin faktör yük değerlerini kullanarak bir faktörleştirme ya da ortak faktör adı verilen yeni kavramları ortaya çıkarma süreci olarak tanımlanabilir (73). Amaç, ölçüm aracında yer alan değişkenler arasındaki ilişkileri yüksek derecede temsil eden az sayıda faktör elde etmektir. Özdeğer istatistiği bu amaçla kullanılır (74).

Faktörleştirme için kullanılan birçok teknik bulunur. Bunlardan “Temel Bileşenler Analizi [Principal Component Analysis (PCA)]” çok sık kullanılmaktadır. PCA'yı klasik faktör analizi yöntemlerinden ayıran asıl nokta, toplam varyans üzerinden hesaplama yapmasıdır. Dolayısıyla özgül varyans (faktörler üzerinde değişkenin kendisinde gözlenen varyans) ve hata varyansı da (veri setine ilişkin açıklanamayan kısım) hesaba katılmış olur (75). PCA ile ölçeğin tek boyutlu yapısı

değerlendirilebilir. PCA'nın amacı, varyansın büyük bir kısmını açıklayan bir faktör belirlemek, açıklanamayan varyansın oranını ve birden fazla faktörü işaret edip etmediğini incelemektir. Ölçüm aracının tek boyutlu olması için ana faktörün dışında ortaya çıkan diğer faktörlerin özdeğerinin  $<3$  olması istenir (72).

Faktör yük değeri, maddelerin faktörler ile olan ilişkisini açıklayan bir katsayıdır. Faktör yükü, standardize edilmiş regresyon katsayısı olup değişken ile faktör arasındaki korelasyonu gösterir. Maddelerin faktör yük değerlerinin yüksek olması beklenir. Faktör yük değeri işaretine bakılmaksızın 0,60 ve üzerinde ise yüksek düzeyde; 0,30-0,59 ise orta düzeyde bir büyüklükten söz edilir. Özdeğer, her bir faktörün faktör yüklerinin kareler toplamı ile hesaplanır (72).

Özdeğer katsayısı, her bir faktörün açıkladığı varyansı hesaplamak ve önemli olan faktör sayısına karar vermek için kullanılır. Özdeğer katsayısı 1'in üzerinde olan faktörler anlamlı kabul edilir. Özdeğer katsayısının yükselmesi, faktörün açıkladığı varyansın da yükselmesi anlamına gelir (64,74). Faktör sayısına karar vermek için "scree plot" (yamaç grafiği) yöntemi de kullanılabilir. Bu grafik faktör özdeğerlerine dayanarak çizilir. Grafikte yüksek ivme ile hızlı gerçekleşen düşüşlerin olduğu faktörler önemli kabul edilir (55).

**Döndürme:** Amaç, faktör analizi ile elde edilen faktörleri "bağımsızlık, yorumlamada açıklık ve anlamlılık" gibi özellikler açısından daha anlaşılır hale getirmektir. Faktörlere eksen döndürmesi (rotasyon) işlemi uygulanır. Eksenlerin döndürülmesi ile maddelerin bir faktöre ait yükleri artar, diğer faktörlere ait yükleri ise azalır. Bu şekilde, faktörler daha ilişkili oldukları maddeleri bulur ve kolay yorumlanabilir (73). Dik (orthogonal) ve eğik (oblique) olmak üzere iki tip döndürme yaklaşımı vardır. Dik döndürme faktörler arasında ilişki olmadığı, eğik döndürme ise faktörlerin birbiri ile ilişkisi olduğu düşünülüyor ise yapılır. Döndürme sonunda açıklanan toplam varyans değişmezken, faktörlerin açıkladıkları varyans değişir. Araştırmalarda sıklıkla dik döndürmede varimax veya quartimax, eğik döndürmede ise oblimin veya promax kullanılır. Yorumlama kolaylığı açısından genel kabul gören yöntem ise varimax döndürmedir (72).

Çalışmamızda faktör analizine uygunluk, Barlett testi ve KMO değeri ile değerlendirilmiştir. Faktörleştirme için, PCA yöntemi ile elde edilen özdeğer katsayısı ve yamaç grafiği kullanılmıştır. Döndürme için ise, varimax yöntemi tercih edilmiştir.

### **3.8.3. Doğrulayıcı faktör analizi (DFA)**

Daha önce kullanılmış bir ölçeğin, yeni yapılan bir çalışmada kullanıldığında orijinal faktör yapısına uygun olup olmadığını ve uygun ise bunun derecesini belirleyen yöntemdir. AFA ile keşfedilen faktör yapısı, DFA ile onaylanır. AFA ve DFA'nın aynı örneklem ile yapılmaması önerilir. AFA ile ortaya çıkan yapının tekrar test edilmesi gerekir. Bu amaçla, ölçüm aracının son versiyonunu içeren yeni bir veri toplanır ve DFA yapılır (55).

### **3.8.4. Bilinen grupların karşılaştırılması**

Ölçüm aracının dayandığı kurama göre, anlamlı olarak farklı puan alabilecek grupların belirlenmesi ve ölçme aracının her iki gruba da uygulanması sonucu gruplar arası farkların değerlendirilmesi esasına dayanır (56). Çalışmamızda, C-PAM puanları ile katılımcıların cinsiyeti, yaşı, tecrübesi, çalıştığı birim, çalıştığı birimdeki görevi ve özyönetim kavramı ile ilgili sorulara verilen yanıtlar arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

## **3.9. Rasch Analizi**

Rasch modeli Danimarkalı bir psikometrist, istatistikçi ve matematikçi olan Georg Rasch tarafından geliştirilmiştir. Günümüzde birçok ölçek çalışmalarında psikometrik özellikleri incelemek amacıyla Rasch modeli kullanılmaktadır. Rasch analizi, kişilerin yetenek düzeyi ile maddelerin zorluk düzeyini ortak bir eksen boyunca yerleştirmeye çalışır. Böylece bireyler ile maddeler arasında bulunan etkileşimi kullanır (76).

Kayıp verilerin olması Rasch analizinde sorun yaratmamaktadır. Çünkü Rasch analizi ile bir seferde sadece bir gözlem için işlem yapılır. Her gözlem için beklenen değer hesaplanır. Hesaplama sırasında kayıp veriler atlanır. Beklenen değer hesaplanırken; gözlenen değer, kişinin yetenek düzeyi ve maddenin zorluk düzeyi gibi parametreler kullanılır. Eğer bir madde yanıtlayan kişi tarafından boş bırakılmışsa, o madde için gözlenen değer olmadığı için beklenen değer de hesaplanmaz (77).

Gözlenen değer, katılımcının ölçüm aracında yer alan maddeye verdiği yanıt doğrultusunda aldığı ham puanıdır. Kişinin yetenek düzeyi, ölçüm aracında yer alan maddelerin zorluk düzeyi ve buna bağlı olarak kişilerin bu maddeleri ne ölçüde önemli bulduğu ile ilgilidir. Ölçüm aracında yer alan, zorluk düzeyi yüksek olan bir maddeyi önemli bulan kişinin, bu maddeye göre zorluk düzeyi düşük olanları da yüksek olasılıkla önemli bulması beklenir. Maddenin zorluk düzeyi, kişilerin o maddeyi önemli bulup bulmama ya da ne ölçüde önemli bulduğu ile ilgilidir. Zorluk düzeyi en yüksek olan madde, katılımcıların en az önemli bulduğu maddedir. Zorluk düzeyi en düşük olan madde, katılımcıların en önemli bulduğu maddedir (78).

Kişinin yetenek düzeyi ve maddenin zorluk düzeyi logit birim ile ifade edilir. Örneğin; ölçüm aracında yer alan 12. maddenin zorluk düzeyi:2,90 logit (zorluk düzeyi en yüksek olan madde) şeklindedir. Bu maddeyi aynı şekilde yanıtlayan (önemli: ham puan 3) iki katılımcıdan birinin beklenen değeri:3,13 logit (toplam ham puan 47), diğeri:3,46 logit (toplam ham puan 44) şeklindedir. Bu farklılığın sebebi, kişilerin yetenek düzeylerindeki farklılıktır. İlk katılımcının toplam ham puanı ikinci katılımcıya göre daha yüksek olup, yetenek düzeyi de daha yüksektir. Yetenek düzeyi düşük olan katılımcı, zorluk düzeyi yüksek olan bir maddeye yetenek düzeyi kendisine göre yüksek olan bir diğeri katılımcı ile aynı yanıtı vermiştir. Dolayısıyla bu madde için, gözlenen değerler aynı olmasına rağmen beklenen değerler farklıdır.

Ölçek ya da testler değerlendirilirken çoğu zaman maddelere verilen yanıtların ham puanları ile elde edilen toplam puanlar kullanılır. Ancak bu durum bazı sorunları da beraberinde getirir (77):

- Ölçeklerde kullanılan kategoriler arasındaki farkların eşit olmaması

- Maddelerin hepsinin eşit zorlukta olmaması
- Kayıp verilerle başa çıkamama
- Maddelere verilen beklenmedik cevapların belirlenememesi
- Örneklemden bağımsız madde zorluk düzeylerinin ve testten bağımsız kişi yetenek düzeylerinin kalibrasyon gerekliliği
- Ham puanların doğrusal ölçek üzerinde ifade edilmemiş olması
- Kişi ve madde puanları için ortak ölçek seçiminin gerekliliği

Sıralama ölçekli bir ankette yer alan maddeler kolaydan zora doğru sıralandığında verilen yanıtların da bu doğrultuda olması beklenir. Ancak bazen beklenmedik yanıtlar olabilir ve toplam puanın ham puanlarla hesaplanması sonucu bu durum göz ardı edilmiş olur. Rasch analizinde kişi yetenek düzeyi ve madde zorluk düzeyi için yapılan uyum istatistikleri [INFIT (Ağırlıklandırılmış Kareler Ortalaması) ve OUTFIT (Ağırlıklandırılmamış Kareler Ortalaması)] ile bu tür beklenmedik yanıtlar belirlenmektedir (77).

Sıklıkla klasik yöntemlerle değerlendirilen anket veya ölçek sonuçları ham puan olarak verildiğinde yukarıda belirtilen nedenlerden dolayı çoğu zaman gerçek ölçümler olmazlar. Dolayısıyla bireylerin, maddelerin veya grupların karşılaştırılmasında güvenilir sonuçlar vermezler. Sıralı ölçüm puanlarının yerine, Rasch dönüşümlü aralık ölçüm puanlarının kullanılması ve işlemlerin bu puanlar ile yapılması daha doğru olmaktadır. Ölçeklerin değerlendirilmesinde madde tepki kuramını kullanan yöntemlerden biri olan Rasch modeli kullanıldığında bahsedilen sorunlara çözüm getirilmiş olur (79).

Ölçüm araçları genellikle “Klasik Test Kuramı” (KTK) ya da “Madde Tepki Kuramı” (MTK) olarak adlandırılan iki temel test kuramı kapsamında geliştirilmektedir. “Örtük Özellikler Kuramı” olarak da adlandırılan MTK, KTK’nın bazı sınırlılıklarına alternatif olarak ortaya çıkmıştır. MTK’da, ölçüm aracında yer alan maddelere verilen yanıtlar ile doğrudan gözlenemeyen özellikler arasında var olduğu düşünülen ilişki matematiksel olarak ifade edilmeye çalışılır. Bilgi, beceri ve tutum gibi kavramların ölçülmesinde kullanılan ölçüm araçlarının toplam puanı KTK’ya göre her bir maddeye verilen yanıtların toplanması ile elde edilir. Test ve madde istatistikleri de benzer şekilde, toplam puan ve madde puanları ile yapılmaktadır.

Dolayısıyla maddelerin güçlük düzeyleri dikkate alınmamakta, her maddenin toplam puana katkısı aynı olmaktadır. Ancak MTK'ya göre ölçüm aracında yer alan her maddenin zorluk düzeyi ve her kişinin yetenek düzeyleri farklı olabilir. Dolayısıyla, kişilerin ölçüm aracından aldıkları toplam puan hesaplanırken bu özellikler dikkate alınır (80).

Rasch analizi, olasılıklardan faydalanan bir modeldir. Herhangi bir yetenek düzeyinde bulunan bir kişinin, gerçekleştirmesi beklenen bir göreve karşı ne yapabileceğinin olasılığı kestirilir. Rasch analizi ile madde zorluk düzeyi ve kişinin yetenek düzeyi arasındaki fark olarak elde edilen puanlar kavramsallaştırılır. Bu, bir bireyin bir ölçekte yer alan bir maddeye katılabilme olasılığının, katılamama olasılığına oranı ile sağlanır. Bu olasılık oranı, logaritma kullanılarak dönüştürülür. Böylece negatif sonsuzluktan pozitif sonsuzluğa doğru devam eden ve “logit” olarak adlandırılan değerler ortaya çıkar. Başarı olasılığının doğal logaritması olan logit Rasch analizinin ölçüm birimidir. Bu şekilde ham puanlar ile modelin yapısı arasında doğrusal bir ilişki elde edilir (76).

Rasch analizinde ele alınan temel özellikler:

- Geçerlik için madde zorluk yapısının ve madde uyum istatistiklerinin değerlendirilmesi
- Güvenirlik için kişi güvenirliliğinin, kişi ayırıcılık indeksinin ve madde güvenirliliğinin değerlendirilmesi

Kişi güvenirliliği, bir kişinin maddeleri yanıtlama şeklinin (ölçüm aracında yer alan ifadeleri ne ölçüde önemli bulduğu) ölçeğin genel zorluk yapısına uygunluğunu (katılımcıların ölçüm aracında yer alan ifadeleri ne ölçüde önemli bulduğu temeline dayalı maddelerin zorluk düzeyi) değerlendirmek amacıyla kullanılır. Kişi güvenirliliği örneklem büyüklüğünden bağımsız olup model uyumundan büyük ölçüde etkilenmez. Yüksek kişi güvenirlilik katsayısı elde etmek için, çeşitli yetenek düzeylerini (ölçüm aracında yer alan ifadeleri önemli bulma açısından maddelere farklı şekillerde yanıt veren ve böylece geniş aralıkta toplam ham puana sahip olan katılımcılar) içinde barındıran bir örneklem ve/veya uzun bir derecelendirme skalasına ya da daha fazla

maddeye sahip bir ölçek ile çalışmak gerekir. Rasch analizi ile elde edilen kişi güvenilirliği, geleneksel test güvenilirliğine eşdeğerdir (78).

Kişi güvenilirlik katsayısı için kabul edilebilir değerler 0,7-1,3 arasında olmakla birlikte 0,8 ve üzerinde olması istenir. Kişi güvenilirlik katsayısının 0,9 ve üstünde olması, ölçüm aracının katılımcıları üç veya dört düzeye ayırdığını; 0,8 ve üzerinde olması, iki veya üç düzeye ayırdığını; 0,5 ve üzerinde olması ise bir veya iki düzeye ayırdığını göstermektedir (78).

Kişi ayırıcılık indeksi, çalışmaya katılan kişileri sınıflandırmak amacıyla kullanılır. Kişiler, ölçüm aracından aldıkları puanlara göre kategorize edilebilirler. CS-PAM kullanılarak yapılan bir çalışmada katılımcılar düşük, orta ve yüksek destek düzeyine göre kategorize edilebilirler. Kişi ayırıcılık indeksinin düşük olması ( $<2$ , kişi güvenilirlik katsayısı $<0,8$ ), ölçüm aracının katılımcıları verdikleri yanıtlara göre kategorize etmek için yeterince hassas olmadığı anlamına gelir. Bu durumda ölçüm aracına daha fazla madde eklenmesi gerekebilir. Kişi ayırıcılık indeksinin 2'nin üzerinde olması katılımcıların en az üç düzeye, 3'ün üzerinde olması ise en az dört düzeye ayırabildiğini gösterir. Kişi güvenilirlik katsayısı ve kişi ayırıcılık indeksi birlikte değerlendirilmelidir (78).

Madde güvenilirliği, ölçüm aracında yer alan maddelerin kişileri ne derece ayırt ettiği ile ilgili olup madde güvenilirlik katsayısı ile değerlendirilir. Madde güvenilirlik katsayısının 0,9 ve üzerinde olması beklenir. Yüksek madde güvenilirlik katsayısı elde etmek için, çeşitli zorluk düzeylerinde maddeler barındıran bir ölçek ve/veya daha büyük bir örneklem ile çalışmak gerekir. Düşük madde güvenilirliğinin (madde güvenilirlik katsayısı $<0,9$ ) en önemli nedeni, madde zorluk düzeyini hiyerarşik bir hale getirmek için gerekli olan örneklem büyüklüğüne ulaşamamasıdır. Rasch analizi ile elde edilen madde güvenilirliğinin geleneksel bir karşılığı yoktur (78).

Madde uyum istatistikleri (INFIT ve OUTFIT), ölçüm aracında yer alan her bir madde için ayrı ayrı hesaplanır ve beraber değerlendirildiklerinde maddelere verilen yanıtların tutarlılıkları ve model uyumu ile ilgili bilgi verir. INFIT değeri, kişinin yetenek düzeyi ile benzer zorluk düzeyinde yer alan maddelere verdiği yanıtlara daha duyarlı olup daha çok merkezi bilgi sağlar. OUTFIT değeri, kişinin yetenek düzeyine



kıyasla daha zor ya da daha kolay olan maddelere verilen beklenmeyen yanıtlara daha duyarlıdır (78).

Uyum istatistiklerinin:

- 0,5'in altında olması, maddenin yüksek derecede öngörülebilir olduğunu gösterir. Bir diğer ifadeyle, klinisyenlerin destek düzeylerinden bağımsız olarak maddeye aynı cevapları verdiğini gösterir.
- 0,5-1,5 arasında olması, ölçümün etkin olduğunu gösterir.
- 1,5-2,0 arasında olması, diğer parametrelerle birlikte değerlendirildiği takdirde maddenin model uyumuna olumlu ya da olumsuz yönde etki etmeyebileceğini gösterir.
- 2,0'ın üstünde olması, maddenin ölçümü olumsuz yönde etkilediğini ve model uyumunu bozduğunu gösterir.

Rasch analizi ile ölçüm aracında yer alan maddelerin zorluk düzeyleri belirlenebilir. Böylece, maddeler zorluk düzeylerine göre sıralanabilir. Bir maddenin zorluk düzeyi, ölçüm aracını yanıtlayanların o maddeye ne ölçüde katıldığı hakkında fikir sağlar. CS-PAM açısından bakıldığında, madde zorluk yapısı değeri ne kadar yüksek olursa klinisyenin söz konusu ifadeye katılması ya da önemli bulması o kadar zor demektir. Madde zorluk düzeyinin, ölçüm aracının orijinal versiyonunun genel zorluk düzeyi ile uyumlu olması beklenir.

Çalışmamızda, Chicago Üniversitesi tarafından geliştirilen Winsteps programı kullanılarak Rasch analizi yapılmış; madde zorluk düzeyleri, madde uyum istatistikleri ve kişi güvenilirliği incelenmiştir.

### **3.10. İstatistiksel Değerlendirme**

Tanımlayıcı veriler için sayı, yüzde, ortalama±standart sapma, ortanca (25.-75. persentil) değerleri verilmiştir. Ölçümsel verilerin normal dağılıma uygunluğu, histogram grafikleri ve Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Gruplar

arası farklılığın istatistiksel değerlendirmesinde, non-parametrik Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi yapılmıştır. İki ölçümsel verinin karşılaştırılmasında, non-parametrik Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri  $p<0,05$  olarak kabul edilmiştir.

### **3.11. Etik Kurul Onayı ve Diğer İzinler**

CS-PAM, 2009 yılında Hibbard ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup ölçęin Türkçe'ye uyarlanması için gerekli izin Insignia Health ile imzalanan protokol ile alınmıştır (Ek 5). Araştırma için Marmara Üniversitesi Tıp Fakóltesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 07.12.2018 onay tarihli ve 09.2018.834 protokol numaralı etik kurul onayı alınmıştır (Ek 6). İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden 03.04.2019 tarihli ve 16867222-604.01.01 sayılı izin alınmıştır (Ek 7). Katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Sosyodemografik ve Özyönetim Kavramı ile İlgili Özelliklerin İncelenmesi

Çalışmamıza katılan ve toplam sayısı 210 olan klinisyenin %51,2'si (n=107) kadın olup; %47,9'u (n=100) ASM'de, %33,0'ı (n=69) iç hastalıkları anabilim dalında, %15,3'ü (n=32) aile hekimliği anabilim dalında ve %3,8'i (n=8) göğüs hastalıkları anabilim dalında çalışmaktadır. Klinisyenlerin %40,7'si (n=85) aile hekimi, %34,9'u (n=73) asistan hekim, %12,4'ü (n=26) uzman hekim, %2,4'ü (n=5) yan dal uzmanlığı alan hekim ve %9,6'sı (n=20) öğretim üyesidir. Klinisyenlerin yaş ortancası 33 yıl (28-48) iken mesleki tecrübe süresi ortancası 8 (3-22) yıl şeklindedir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri **Tablo 7**'de sunulmuştur.

**Tablo 7.** Klinisyenlerin sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	107	51,2
Erkek	102	48,8
<b>Çalışılan birim</b>		
Aile Sağlığı Merkezi	100	47,9
İç Hastalıkları Anabilim Dalı	69	33,0
Aile Hekimliği Anabilim Dalı	32	15,3
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	8	3,8
<b>Çalışılan birimdeki görev</b>		
Aile hekimi	85	40,7
Asistan hekim	73	34,9
Uzman hekim	26	12,4
Yan dal uzmanlığı alan hekim	5	2,4
Öğretim üyesi	20	9,6
	<b>Ortanca</b>	<b>25.-75. persentil</b>
<b>Yaş (yıl)</b>	33	28-48
<b>Mesleki tecrübe süresi (yıl)</b>	8	3-22

Klinisyenlerin %27,8'i (n=58, %95 GA:%22,0-34,1) özyönetim kavramını daha önce duyduğunu, %5,7'si (n=12, %95 GA:%3,2-9,5) özyönetim konusunda daha

önce bir eğitim aldığını belirtmiştir. Katılımcıların %62,2'si (n=130, %95 GA:%55,5-68,6) hasta özyönetimini destekleme konusunda önünde engeller olduğunu ifade etmiştir. “Hastalarımın hastalık süreçlerindeki özyönetimini artırmasını ve böylece daha aktif olmalarını isterim.” ifadesine, klinisyenlerin %94,3'ü (n=197) katıldığını, %5,2'si (n=11) emin olmadığını ve %0,5'i (n=1) katılmadığını belirtmiştir. Katılımcıların özyönetim kavramı ile ilgili sorulara verdiği yanıtlar **Tablo 8**'de sunulmuştur.

**Tablo 8.** Klinisyenlerin özyönetim kavramı ile ilgili sorulara verdiği yanıtların değerlendirilmesi

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Kronik hastalığı olan hastalara düzenli olarak hizmet verdiğinizi düşünüyor musunuz?	Evet	168	80,4
	Hayır	41	19,6
Daha önce özyönetim kavramını duydunuz mu?	Evet	58	27,8
	Hayır	151	72,2
Özyönetim konusunda daha önce herhangi bir eğitim aldınız mı?	Evet	12	5,7
	Hayır	197	94,3
Hastalarınızın hastalık süreçlerindeki özyönetimini desteklemenizin önünde engeller var mı?	Evet	130	62,2
	Hayır	79	37,8
<b>Toplam</b>		209	100

Klinisyenlerin hasta özyönetimini desteklemesinin önündeki engeller; %84,2 (n=176) hastaların bilgi ve farkındalığının yetersizliği, %83,7 (n=175) muayene ve kontroller esnasında yeterli zamanın olmaması ve %74,2 (n=155) hastaların bu konuda yardımcı olmayan tutum ve inanışlara sahip olması şeklindedir (**Tablo 9**).

**Tablo 9.** Klinisyenlerin hasta özyönetimini desteklemesinin önündeki engellerin değerlendirilmesi

	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Hastaların bilgi ve farkındalığının yetersizliği	176	84,2
Muayene ve kontroller esnasında yeterli zamanın olmaması	175	83,7
Hastaların bu konuda yardımcı olmayan tutum ve inanışlara sahip olması	155	74,2
Sağlık politikalarının destekleyici yönde olmaması	142	67,9
Elektronik veri tabanlarının uygun bir şekilde tasarlanmamış olması	68	32,5
Klinisyenin bu konudaki bilgi ve becerilerinin yeterli olmaması	66	31,6
Performans açısından ek bir katkısının olmaması	36	17,2

## **4.2. CS-PAM'ın Güvenirlik Analizleri**

### **4.2.1. CS-PAM'ın test-tekrar test güvenirliliği**

CS-PAM, aynı örnekleme iki hafta ara ile uygulanmış ve sonuçlar arasındaki korelasyon incelenmiştir. İki uygulama arasındaki korelasyon katsayısı 0,79 şeklindedir ( $p < 0,001$ ).

### **4.2.2. CS-PAM'ın madde toplam puan korelasyon katsayıları**

CS-PAM'ın madde toplam puan korelasyon katsayıları **Tablo 10**'da sunulmuştur. Değerler 0,45 ile 0,71 arasında değişmektedir.

**Tablo 10.** CS-PAM’ın madde toplam puan korelasyon katsayıları

<b>Maddeler</b>	<b>Spearman’s rho</b>	<b>p değeri</b>
1. Sağlık durumlarıyla ilişkili semptomları önlemeye veya azaltmaya yardımcı olacak eylemler gerçekleştirebilmeleri	0,57	<0,001
2. Sağlıklarıyla ilgili yeni durum ya da sorunlar ortaya çıktığında bunlara çözüm bulabilmeleri	0,58	<0,001
3. Kontrollerine gelirken sormak istedikleri soruların listesi ile gelmeleri	0,50	<0,001
4. Kronik sağlık sorunlarını kontrol altında tutmak için gerekli olan yaşam tarzı değişikliklerini yapabilmeleri ve bu değişiklikleri sürdürebilmeleri	0,60	<0,001
5. Ev ortamında uymaları gerektiğini söylediğiniz tıbbi tedavi önerilerini (beslenme, egzersiz, ilaç tedavisi...) sürdürebilmeleri	0,52	<0,001
6. Kendileri için reçetelendirilmiş her bir ilacı neden kullandıklarını bilmeleri	0,61	<0,001
7. Bir sağlık sorunları olduğunda, bu sorunla ne zaman kendi kendilerine başa çıkabileceklerini ya da ne zaman sağlık çalışanına gitmeleri gerektiğini belirleyebilmeleri	0,62	<0,001
8. Davranışlarından hangilerinin kronik sağlık sorunlarını iyileştirdiğini hangilerinin kötüleştirdiğini bilmeleri	0,67	<0,001
9. Kronik sağlık sorunları için hangi farklı tıbbi tedavi seçeneklerinin mevcut olduğunu bilmeleri	0,71	<0,001
10. Sormadığınız zamanlarda bile sağlıklarıyla ilgili endişelerini size anlatmaları	0,61	<0,001
11. Sağlık bakımlarıyla ilgili karar alma süreçlerine benimle birlikte tam bir ortak olarak katılmak istemeleri	0,67	<0,001
12. Sağlık seçenekleri ile ilgili internet, haberler ya da kitaplar aracılığıyla güvenilir bilgi kaynakları aramaları	0,45	<0,001
13. Uygulanan tedavi ya da işlemlerden önce hangi tedaviyi alacaklarını veya hangi işlemlerin yapılacağını ve nedenlerini bilmek istemeleri	0,66	<0,001

#### **4.3.3. CS-PAM’ın iç tutarlık güvenilirlik katsayıları**

CS-PAM’ın Cronbach alfa iç tutarlık güvenilirlik katsayısı, test-tekrar test için ulaşılan 30 kişilik örnekleme sırasıyla 0,81 ve 0,79’dır. Geçerliğin yapıldığı 209 kişilik örnekleme ise 0,90 olarak bulunmuştur.

#### 4.3.4. CS-PAM'ın alt-üst grup ortalamalarına dayalı madde analizi

Ölçekten alınan toplam puana göre alt %27 ve üst %27'yi oluşturan gruplarda her bir maddenin ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,001$ ) (Tablo 11).

**Tablo 11.** CS-PAM'ın alt-üst grup ortalamalarına dayalı madde analizi

Madde	Gruplar	Ortanca	25.-75. persentil	p değeri <sup>a</sup>
1	Alt grup	3	3-4	<0,001
	Üst grup	4	4-4	
2	Alt grup	3	3-3	<0,001
	Üst grup	4	4-4	
3	Alt grup	2	2-3	<0,001
	Üst grup	3	3-4	
4	Alt grup	3	3-4	<0,001
	Üst grup	4	4-4	
5	Alt grup	3	3-4	<0,001
	Üst grup	4	4-4	
6	Alt grup	3	2-3	<0,001
	Üst grup	4	4-4	
7	Alt grup	3	2-3	<0,001
	Üst grup	4	4-4	
8	Alt grup	3	2-3	<0,001
	Üst grup	4	4-4	
9	Alt grup	2	2-3	<0,001
	Üst grup	4	3-4	
10	Alt grup	2	1-3	<0,001
	Üst grup	3	3-4	
11	Alt grup	3	2-3	<0,001
	Üst grup	4	4-4	
12	Alt grup	2	1-2	<0,001
	Üst grup	3	2-3	
13	Alt grup	3	2-3	<0,001
	Üst grup	4	3-4	

<sup>a</sup>Mann-Whitney U testi

### 4.3. CS-PAM'ın Geçerlik Analizleri

#### 4.3.1. CS-PAM puanlarının dağılımı ve grupların karşılaştırılması

Katılımcıların CS-PAM'dan aldıkları ortalama puan±standart sapma; 63,1±12,5'dir. Katılımcıların ortanca puanı (25.-75. persentil) ise 61,9 (56,4-68,2) olup, minimum puan 26,6 ve maksimum puan 100,0'dır.

Katılımcılar cinsiyete göre değerlendirildiğinde, erkekler ve kadınlar arasında CS-PAM puan ortancaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Çalışılan birimlerden en yüksek CS-PAM puan ortancası 64,3 (60,2-75,2) ile aile hekimliği anabilim dalı iken, en düşük CS-PAM puan ortancası 57,7 (52,4-64,6) ile göğüs hastalıkları anabilim dalıdır ( $p=0,001$ ). Çalışılan birimdeki görev, yaş ve mesleki tecrübe süresi ile CS-PAM puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur ( $p<0,05$ ). (Tablo 12).

**Tablo 12.** Klinisyenlerin sosyodemografik özellikleri ile CS-PAM puanlarının ilişkisi

Sosyodemografik özellikler		Ortanca	25.-75. persentil	p değeri
Cinsiyet	Kadın	61,9	59,9-67,6	0,544 <sup>a</sup>
	Erkek	60,2	55,4-69,2	
Birim	ASM	63,6	56,9-69,9	0,001 <sup>b</sup>
	İç Hastalıkları	58,5	53,9-65,5	
	Aile Hekimliği	64,3	60,2-75,2	
	Göğüs Hastalıkları	57,7	52,4-64,6	
Görev	Aile hekimi	61,9	55,6-68,9	0,035 <sup>b</sup>
	Asistan hekim	60,2	54,6-65,5	
	Uzman hekim	67,6	56,9-72,4	
	Öğretim üyesi	61,9	56,9-72,4	
Yaş	35 yaş ve altı (n=112)	60,2	55,4-66,1	0,027 <sup>a</sup>
	35 yaş üstü (n=97)	63,6	56,9-72,4	
Tecrübe	10 yıl ve altı (n=116)	60,2	55,4-66,1	0,012 <sup>a</sup>
	10 yıl üstü (n=93)	63,6	56,9-72,4	

<sup>a</sup> Mann-Whitney U testi, <sup>b</sup> Kruskal-Wallis testi

Daha önce özyönetim kavramını duyma ile CS-PAM puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p=0,003$ ). Daha önce özyönetim



kavramını duyan klinisyenlerin CS-PAM puan ortancası (25.-75. persentil) 65,5 (58,1-73,1) iken, duymayanların ortancası 60,2 (55,4-66,4) şeklindedir. Kronik hastalığı olan hastalara düzenli olarak hizmet verme, özyönetim konusunda daha önce herhangi bir eğitim alma, hastaların özyönetimini destekleme konusunda engel olduğunu düşünme ve hastaların özyönetimini artırmasını isteme ile CS-PAM puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (**Tablo 13**). “Hastalarımın hastalık süreçlerindeki özyönetimini artırmasını ve böylece daha aktif olmasını isterim.” ifadesine katılma ile CS-PAM puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p=0,061$ ). Bu ifadeye katılan klinisyenlerin CS-PAM puan ortancası 61,9 (56,9-69,4) iken, katılmayanların ortancası 56,9 (51,3-63,2) şeklindedir.

**Tablo 13.** Klinisyenlerin özyönetim kavramı ile ilgili sorulara verdiği yanıtlar ile CS-PAM puanlarının ilişkisi

Özyönetim kavramı ile ilgili sorular		Ortanca	25.-75. persentil	p değeri <sup>a</sup>
Kronik hastalığı olan hastalara düzenli olarak hizmet verdiğinizi düşünüyor musunuz?	Evet	60,2	56,1-67,6	0,159
	Hayır	64,5	56,2-71,1	
Daha önce özyönetim kavramını duydunuz mu?	Evet	65,5	58,1-73,1	<b>0,003</b>
	Hayır	60,2	55,4-66,4	
Özyönetim konusunda daha önce herhangi bir eğitim aldınız mı?	Evet	65,5	62,3-65,5	0,134
	Hayır	61,6	55,4-68,9	
Hastalarınızın hastalık süreçlerindeki özyönetimini desteklemenizin önünde engeller var mı?	Evet	61,9	56,9-69,2	0,538
	Hayır	60,2	55,4-67,6	

<sup>a</sup> Mann-Whitney U testi, \*Emin değilim/Katılmıyorum

Hasta aktifliğinde, klinisyenlerin %59,8'i (n=125) düşük, %23,9'u (n=50) orta ve %16,3'ü (n=34) yüksek destek düzeyine sahiptir (**Tablo 14**).

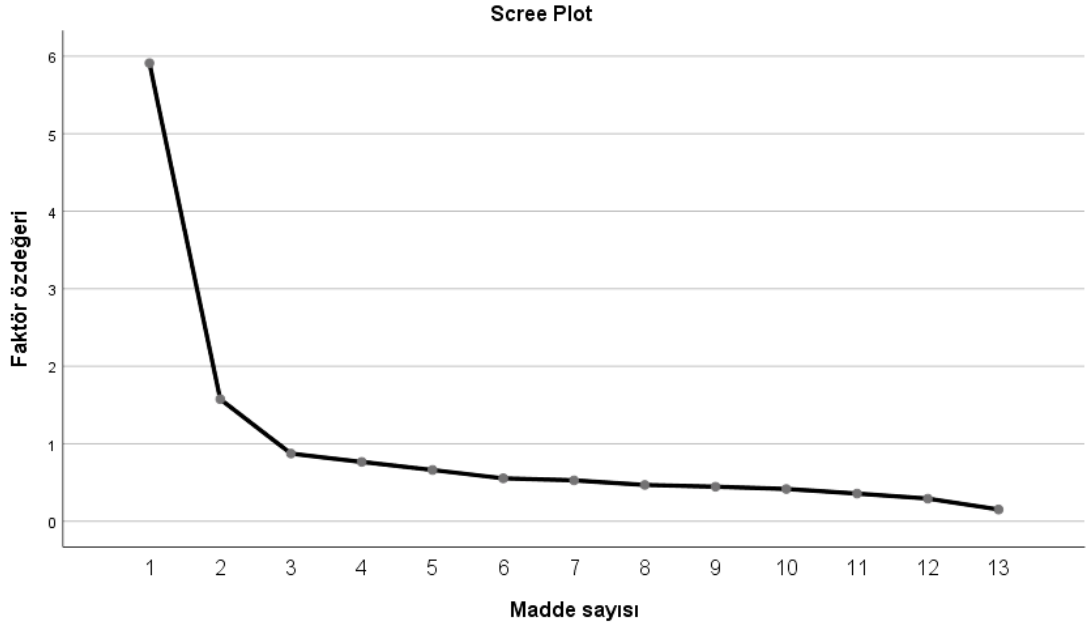
**Tablo 14.** Hasta aktifliğinde klinisyenlerin destek düzeylerinin dağılımı

<b>Klinisyenlerin destek düzeyleri</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>	<b>Açıklaması</b>
<b>Düzyey 1 (Düşük)</b>	125	59,8	Hastanın tıbbi tedavi ve önerilere uyması gerektiğine inanır.
<b>Düzyey 2 (Orta)</b>	50	23,9	Hastanın bağımsız kararlar alabileceğini ve kendi sağlığını yönetme konusunda eyleme geçebileceğini düşünür.
<b>Düzyey 3 (Yüksek)</b>	34	16,3	Hastanın sağlık bakım ekibinin bir parçası olabileceğini ve bağımsız olarak bilgi alabileceğini düşünür.
<b>Toplam</b>	209	100	

#### **4.3.2. CS-PAM'ın açıklayıcı faktör analizinin incelenmesi**

Örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygunluğunu değerlendiren KMO değeri: 0,91 olarak saptanmıştır. Korelasyon matrisinin istatistiksel olarak anlamlılığını değerlendiren Barlett testi sonucuna göre ise ki-kare değeri:1170,62 ve  $p<0,001$  olarak saptanmıştır.

Faktör sayısına karar vermek için kullanılan yöntemlerden biri olan ve faktör özdeğeri-madde ilişkisine dayanan scree plot (yamaç grafiği) **Şekil 1**'de gösterilmiştir. Şekilde görüldüğü üzere grafikte yüksek ivme ile hızlı gerçekleşen iki adet düşüş bulunmaktadır. Dolayısıyla döndürme öncesi iki alt boyutlu bir yapı ortaya çıkmıştır. Döndürme öncesi ortaya çıkan iki alt boyutun özdeğerleri sırasıyla 5,91 ve 1,58'dir.



**Şekil 1.** Faktör özdeğerine dayalı scree plot (yamaç grafiği)

Faktörleştirme için PCA yöntemi, döndürme için ise varimax yöntemi kullanılmıştır. Döndürme sonrası iki alt boyutlu yapının devam ettiği görülmüştür. Ortaya çıkan iki alt boyutun özdeğerleri sırasıyla 4,62 ve 2,87'dir. Birinci alt boyutun açıkladığı varyans %35,53 iken ikinci alt boyutun açıkladığı varyans %22,06'tür. Böylece toplam açıklanan varyans %57,59'dır. Birinci alt boyutta yer alan maddelerin faktör yükleri 0,88 ile 0,48 arasında; ikinci alt boyutta yer alan maddelerin faktör yükleri ise 0,79 ile 0,60 arasındadır (**Tablo 15**). CS-PAM'ın alt boyutlarında hesaplanan Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0,88 (1 ile 8 arası maddeler) ve 0,80 (9 ile 13 arası maddeler) şeklindedir.

**Tablo 15.** CS-PAM'ın açıklayıcı faktör analizi

<b>Maddeler</b>	<b>Maddelerin faktör yükü</b>	<b>Özdeğer</b>	<b>Açıkladığı varyans (%)</b>
<b>Birinci alt boyut</b>			
1. Sağlık durumlarıyla ilişkili semptomları önlemeye veya azaltmaya yardımcı olacak eylemler gerçekleştirebilmeleri	0,82	4,62	35,53
2. Sağlıklarıyla ilgili yeni durum ya da sorunlar ortaya çıktığında bunlara çözüm bulabilmeleri	0,61		
3. Kontrollerine gelirken sormak istedikleri soruların listesi ile gelmeleri	0,48		
4. Kronik sağlık sorunlarını kontrol altında tutmak için gerekli olan yaşam tarzı değişikliklerini yapabilmeleri ve bu değişiklikleri sürdürebilmeleri	0,88		
5. Ev ortamında uymaları gerektiğini söylediğiniz tıbbi tedavi önerilerini (beslenme, egzersiz, ilaç tedavisi...) sürdürebilmeleri	0,84		
6. Kendileri için reçetelendirilmiş her bir ilacı neden kullandıklarını bilmeleri	0,63		
7. Bir sağlık sorunları olduğunda, bu sorunla ne zaman kendi kendilerine başa çıkabileceklerini ya da ne zaman sağlık çalışanına gitmeleri gerektiğini belirleyebilmeleri	0,75		
8. Davranışlarından hangilerinin kronik sağlık sorunlarını iyileştirdiğini hangilerinin kötüleştirdiğini bilmeleri	0,66		
<b>İkinci alt boyut</b>			
9. Kronik sağlık sorunları için hangi farklı tıbbi tedavi seçeneklerinin mevcut olduğunu bilmeleri	0,72	2,87	22,06
10. Sormadığınız zamanlarda bile sağlıklarıyla ilgili endişelerini size anlatmaları	0,68		
11. Sağlık bakımlarıyla ilgili karar alma süreçlerine benimle birlikte tam bir ortak olarak katılmak istemeleri	0,60		
12. Sağlık seçenekleri ile ilgili internet, haberler ya da kitaplar aracılığıyla güvenilir bilgi kaynakları aramaları	0,79		
13. Uygulanan tedavi ya da işlemlerden önce hangi tedaviyi alacaklarını veya hangi işlemlerin yapılacağını ve nedenlerini bilmek istemeleri	0,68		
<b>Açıklanan toplam varyans</b>			<b>57,59</b>

#### 4.4. CS-PAM'ın Rasch Analizi ile Değerlendirilmesi

##### 4.4.1. Güvenirliğin değerlendirilmesi

Rasch analizi ile güvenilirlik, kişi ayırıcılık indeksi ve kişi güvenilirlik katsayısı aracılığıyla değerlendirilmektedir. Ayrıca bakılan bir diğer parametre de madde güvenilirlik katsayısıdır.

CS-PAM'ın kişi güvenilirlik katsayısı 0,86 olarak; madde güvenilirlik katsayısı ise 0,99 olarak bulunmuştur. Kişi ayırıcılık indeksinin ise 2,45 olduğu görülmüştür. Ortaya çıkan değerler, kişi ve madde güvenilirliğinin sağlandığını ve ölçüm aracının katılımcıları üç gruba ayırdığını göstermektedir.

##### 4.4.2. Geçerliliğin değerlendirilmesi

CS-PAM'ın madde zorluk yapısı değerleri, zorluk düzeyi en yüksek olandan en düşük olana doğru **Tablo 16**'da sunulmuştur. Değerler, Rasch analizinin ölçüm birimi olan logit formunda ve 0-100 arasında değişen dönüştürülmüş biçimde ifade edilmiştir. Zorluk düzeyi en yüksek olan ve katılımcıların en az önemli bulduğu ifade ölçeğin 12 numaralı maddesidir (Sağlık seçenekleri ile ilgili internet, haberler ya da kitaplar aracılığıyla güvenilir bilgi kaynakları aramaları). Zorluk düzeyi en düşük olan ve katılımcıların en önemli bulduğu ifade ölçeğin 5 numaralı maddesidir [Ev ortamında uymaları gerektiğini söylediğiniz tıbbi tedavi önerilerini (beslenme, egzersiz, ilaç tedavisi...) sürdürebilmeleri].

CS-PAM'ın madde uyum istatistikleri **Tablo 16**'da sunulmuştur. Madde 12 dışında kalan maddelerin INFIT ve OUTFIT değerleri 0,5 ile 1,5 arasındadır. Madde 12'nin INFIT değeri 1,57 iken, OUTFIT değeri 1,79'dur. Madde 12 aynı zamanda madde zorluk yapısı değeri en yüksek olan maddedir (**Tablo 16**).

**Tablo 16.** CS-PAM'ın madde uyum istatistikleri ve madde zorluk yapısı değerleri

Madde	INFIT	OUTFIT	Madde zorluk yapısı değerleri*
12	1,57	1,79	2,90 (69)
10	1,19	1,17	1,69 (60)
3	1,33	1,46	0,97 (55)
9	0,97	0,94	0,95 (55)
13	0,77	0,76	0,63 (53)
11	0,87	0,84	0,13 (49)
2	1,00	1,14	-0,18 (47)
6	1,05	0,97	-0,47 (45)
8	0,76	0,72	-0,83 (42)
7	0,83	0,79	-0,95 (41)
1	0,82	0,82	-1,16 (40)
4	0,78	0,62	-1,80 (35)
5	0,89	0,79	-1,88 (34)

\* Logit (0-100 şeklinde dönüştürülmüş değer)

**Şekil 2**, CS-PAM'ın kişi-madde haritasını göstermektedir. Şeklin ortasında yer alan kesik çizginin sağ tarafında maddelerin zorluk düzeylerinin, sol tarafında ise kişilerin ölçüm aracından aldıkları toplam puanın logit ölçüm birimi cinsinden ortalamaya göre yaygınlığını görmektedir. Hem maddelerin hem de kişilerin ortalamasının bir standart sapma mesafede yoğunlaştığı görülmektedir.

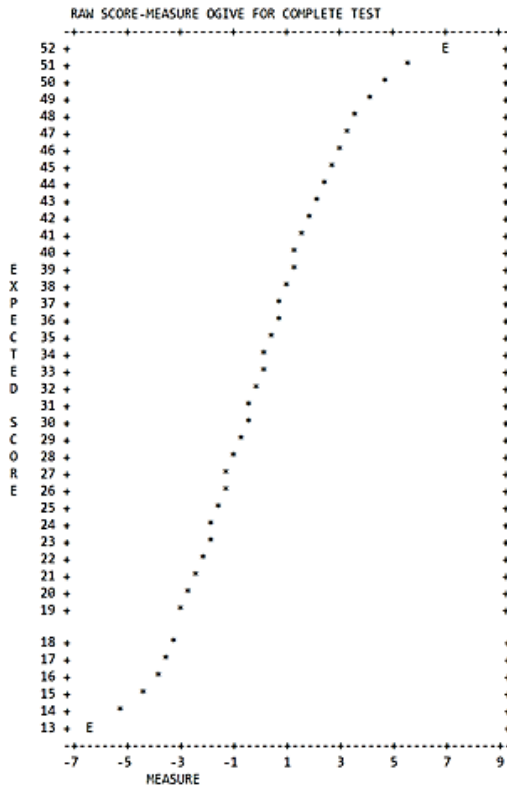


Şekil 2. CS-PAM'ın kişi-madde haritası\*

\*[M (ortalama), S (ortalamadan bir standart sapma mesafe), T (ortalamadan iki standart sapma mesafe), MEASURE: Logit birimi ile ölçüm değerleri, PERSON-MAP-ITEM: Kişi Madde Haritası

**Şekil 3**, CS-PAM'ın toplam puanları ve logit karşılıkları arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Daha düşük toplam puanlar arası mesafelerin logit aralıkları daha dar iken, daha yüksek toplam puanlar arası mesafelerin logit aralıkları daha geniş görünmektedir.

Ölçekte yer alan 13 maddeden ham puanlarla alınabilecek en düşük toplam puan 13, en yüksek toplam puan ise 52'dir. Rasch analizi ile yapılan değerlendirmede 13 puan -6,54 logit; 52 puan ise 7,07 logit olmaktadır. En yüksek ve en düşük logit değerleri arasında 13,61 birim bulunmaktadır. Her bir kişinin ölçekten aldığı logit skorların 0-100 aralığına dönüştürülmesi için  $100/13,61$  işlemi uygulanmış ve bulunan 7,34753857 sayısı bir birim logit karşılığı olarak bulunmuştur. Böylece her bir kişinin logit skorunun -6,54'e (en düşük puan: 0) olan mesafesi hesaplanarak birim logit karşılığı ile çarpılır ve ölçekten aldığı puan hesaplanmış olur. Örneğin; bir katılımcının toplam ham puanı 47 iken, Rasch analizi ile aldığı puan 3,31 logit olarak bulunmuştur. Bu kişinin en düşük logit puan olan -6,54'e olan mesafesi 9,85'tir.  $9,85 \times 7,34753857$  sonucu yaklaşık olarak 72,37'ye denk gelmektedir.



**Şekil 3.** CS-PAM'ın toplam puanları ve logit karşılıkları arasındaki ilişki



## 5. TARTIŞMA

Çalışmamız, CS-PAM'ı Türkçeye uyarlamak üzere geçerliğini ve güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Çalışmamız, 100'ü Maltepe ilçesinde yer alan ASM'lerde görev yapmakta olan aile hekimi, 110'u Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Göğüs Hastalıkları ve İç Hastalıkları kliniklerinde görev yapmakta olan asistan hekim, uzman hekim ve öğretim üyesi olmak üzere 210 klinisyenin katılımı ile gerçekleştirilmiştir.

### 5.1. CS-PAM'ın Güvenirliğinin Değerlendirilmesi

CS-PAM'ın güvenirligi; test-tekrar test güvenirligi, madde toplam puan korelasyon katsayıları, iç tutarlılık güvenirlilik katsayıları, alt-üst grup ortalamalarına dayalı madde analizi ve Rasch analizi ile elde edilen kişi güvenirligi, kişi ayıricılık indeksi ve madde güvenirligi aracılığıyla değerlendirilmiştir.

#### 5.1.1. Test-tekrar test güvenirligi

CS-PAM, iki hafta ara ile 30 klinisyene uygulanmıştır. İki uygulama arasındaki korelasyon katsayısı 0,79 olarak bulunmuştur. Test-tekrar korelasyon katsayısının en az 0,70 olması önerilmektedir (68). Dolayısıyla, CS-PAM'ın zamana bağlı olarak kararlı ölçümler verdiği görülmektedir.

#### 5.1.2. Madde toplam puan korelasyon katsayıları

CS-PAM'ın madde toplam puan korelasyon katsayıları, en düşük 0,45 ile en yüksek 0,71 arasında değişmektedir. Madde toplam puan korelasyon katsayıları 0,30 ve üzerinde olan maddelerin bireyleri iyi bir şekilde ayırt ettiği belirtilir (64,71). CS-PAM'ın madde toplam puan korelasyon katsayılarının her bir madde için 0,30'un

üzerinde olduğu saptanmıştır. Böylece her bir maddenin benzer davranışları örneklediği ve toplam puana katkı sunduğu görülmüştür.

### **5.1.3. İç tutarlık güvenilirlik katsayıları**

CS-PAM'ın Cronbach alfa iç tutarlık güvenilirlik katsayısı, test-tekrar test için ulaşılan 30 kişilik örnekleme sırasıyla 0,81 ve 0,79'dir. Tüm örneklemin değerlendirildiği 209 kişide ise 0,90 olarak bulunmuştur. CS-PAM, Hibbard ve arkadaşları tarafından birinci basamakta görev yapmakta olan Amerikalı ve İngiliz katılımcılar ile 2009 yılında geliştirilmiştir. Bu çalışmada, CS-PAM'ın Cronbach alfa iç tutarlık güvenilirlik katsayısı 0,86 olarak bulunmuştur (17). CS-PAM'ın Flemenkçe uyarlaması, Rademakers ve arkadaşları tarafından kronik hastalığı olanlara hizmet veren klinisyenlerin katılımı ile 2015 yılında Hollanda'da yapılmıştır. Bu çalışmada üç farklı örneklem grubu seçilmiş olup, Cronbach alfa iç tutarlık güvenilirlik katsayıları; birinci grupta 0,97 olarak, ikinci grupta 0,82 olarak ve üçüncü grupta 0,83 olarak bulunmuştur (81). Çalışmamızda elde edilen Cronbach alfa iç tutarlık güvenilirlik katsayısının, ölçeğin orijinalinde ve Hollanda versiyonunda elde edilen değerler ile benzer olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, CS-PAM'ın aynı özelliğin öğelerini ölçen tutarlı maddelerden oluştuğu görülmüştür.

### **5.1.4. Alt-üst grup ortalamalarına dayalı madde analizi**

CS-PAM'ın kişileri ayırt etmede yeterli olup olmadığını belirlemek amacıyla, ölçekten alınan toplam puana göre oluşturulan alt ve üst %27'lik gruplarda her bir maddenin ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Yapılan analiz sonucunda ölçüm aracında yer alan tüm maddelerin ortancalarının, gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farka sahip olduğu bulunmuştur.

CS-PAM'da yer alan tüm maddelerin, destek düzeyi açısından en yüksek toplam puanları alan 56 klinisyeni ve en düşük toplam puanları alan 56 klinisyeni ayırt edebildiği görülmüştür.

### **5.1.5. Rasch analizi ile güvenilirliğin değerlendirilmesi**

Çalışmamızda, CS-PAM'ın kişi güvenilirlik katsayısı 0,86 olarak; kişi ayıricılık indeksi ise 2,45 olarak saptanmıştır. Kişi güvenilirlik katsayısının 0,8 ve üzerinde olması, ölçüm aracının katılımcıları üç veya dört düzeye ayırdığını göstermektedir. Kişi ayıricılık indeksinin 2'nin üzerinde olması, ölçüm aracının katılımcıları en az üç düzeye ayırabildiğini gösterir (78). Rasch analizi ile yapılan değerlendirme, CS-PAM'ın kişi güvenilirliğinin sağlandığını ve ölçüm aracının katılımcıları üç gruba ayırdığını göstermektedir.

Hibbard ve arkadaşları, CS-PAM'ın kişi güvenilirlik katsayısını 0,80 olarak bulmuştur. Ayrıca, hasta aktifliğinde klinisyenlerin destek düzeylerinin ölçüm aracından aldıkları puanlara göre düşük, orta ve yüksek olarak üç düzeyde incelenebileceği belirtilmiştir (17). Rademakers ve arkadaşları ise CS-PAM'ın Flemenkçe versiyonunda kişi güvenilirlik katsayısını 0,82 olarak bulmuştur (81). Çalışmamızda Rasch analizi elde edilen kişi güvenilirlik katsayısının, ölçeğin orijinalinde ve Flemenkçe versiyonunda elde edilen değerler ile benzer olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda madde güvenilirlik katsayısı 0,99 olarak bulunmuştur. Ortaya çıkan bu değer, madde güvenilirliğinin sağlandığını ve madde zorluk düzeyinin hiyerarşik bir yapıya sahip olduğunu göstermektedir.

### **5.2. CS-PAM'ın Geçerliğinin Değerlendirilmesi**

CS-PAM)'ın geçerliği; yüzeysel geçerlik (görünüş geçerliği), açıklayıcı faktör analizi, bilinen gruplar karşılaştırılması ve Rasch analizi ile elde edilen madde zorluk yapısı ve madde uyum istatistikleri aracılığıyla değerlendirilmiştir.

### **5.2.1. Klinisyenlerin CS-PAM puanları ile ilişkili olabilecek faktörler**

Çalışmamıza katılan klinisyenlerin, CS-PAM)'dan aldıkları ortalama puan±standart sapma; 63,1±12,5'dir. Katılımcıların ortanca puanı (25.-75. persentil) ise 61,9 (56,4-68,2) olup, minimum puan 26,6 ve maksimum puan 100,0'dır.

Hibbard ve arkadaşlarının çalışmasında, katılımcıların CS-PAM puan ortalaması 69,0±12,1 olup, ölçüm aracından alınan puanlar 10-100 arasındadır (17). Rademakers ve arkadaşlarının Hollanda'da yaptıkları çalışmada, pratisyen hekimlerin ortalama puanı 63,7±10,6 olarak, diğer birinci basamak çalışanlarının puanı 67,2±10,5 olarak, tüm katılımcıların puan ortalaması ise 65,1±10,7 olarak bulunmuştur (81). NHS England çalışmasına göre, tüm katılımcıların CS-PAM puanları 36,4 ile 100 arasında olup, ortalaması 72,4±13,6'dır. En yüksek puan ortalamasına 75,9 ile hemşireler sahiptir. Ardından 71,7 puan ile diğer sağlık personeli ve 70,1 ile hekimler gelmektedir (53). Hartmann ve arkadaşları, 2015 yılında Hollanda'da, pulmoner rehabilitasyon hizmeti sağlayan sağlık çalışanlarının hasta özyönetimi konusundaki düşüncelerini ve tutumlarını CS-PAM'ı kullanarak değerlendirmişlerdir. Bu çalışmada, katılımcıların CS-PAM puan ortalaması 66,5±11,9 olarak bulunmuştur (82). Alvarez ve arkadaşları, 2016 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde, çoğunluğunu aile hekimlerinin oluşturduğu birinci basamak sağlık çalışanlarının katılımıyla kesitsel tipte bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada, katılımcıların CS-PAM puan ortalaması 66,1 olarak bulunmuştur (18). Özellikle İngiltere'de hasta hekim işbirliğini güçlendirmek adına destekleyici politikaların olması, burada yapılan çalışmalardan elde edilen puanların yüksek olmasını sağlamış olabilir (53). Çalışmamızda bulunan CS-PAM puan ortalamasının, diğer çalışmalara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Bunun bir sebebi, çalışmamızda yer alan katılımcıların tamamının hekimlerden oluşması olabilir. Ülkemizde, hastaların muayene ve kontroller sırasında sıklıkla hekimlerle iletişim içinde olması, çalışmayı doktorlarla sınırlamamızın en önemli nedenidir. Çalışmaya katılanların hasta özyönetimini destekleme konusunda en sık belirttikleri engeller olan; hastaların bilgi ve farkındalığının yetersizliği, muayene ve kontroller esnasında yeterli zamanın olmaması ve hastaların bu konuda yardımcı olmayan tutum ve inanışlara sahip olması

altta yatan sebepler olabilir. Ancak bu sebeplerin daha iyi aydınlatılabilmesi için tercihen kalitatif çalışmalarla derinlemesine incelenmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda, erkeklerin CS-PAM puan ortancası, kadınlardan düşük olmakla birlikte (sırasıyla 60,2 ve 61,9) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. NHS England çalışmasında, kadın ve erkek hekimlerin CS-PAM puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (sırasıyla 70,2 ve 69,7) (53). Hartmann ve arkadaşlarının çalışmasında, kadınların CS-PAM puan ortalaması  $68,0 \pm 11,8$  iken, erkeklerin  $61,0 \pm 10,8$ 'dir ve bu fark anlamlı bulunmuştur (82). Alvarez ve arkadaşlarının çalışmasında, kadınların CS-PAM puan ortalaması 68,2 iken, erkeklerin 62,8'dir ve bu fark anlamlı bulunmuştur (18). Gee ve arkadaşları, 2019 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde diyabet eğitimi veren klinisyenlerin hasta özyönetimi konusundaki düşüncelerini değerlendirmek amacıyla bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada, cinsiyete göre CS-PAM puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir (kadınlar:  $77,7 \pm 13,2$  ve erkekler:  $79,1 \pm 12,6$ ) (83). Erkek ve kadın klinisyenlerin CS-PAM puanları açısından, literatürde farklı sonuçlar elde edilmiştir. Hartmann ve arkadaşları, bu ilişkiyi kadınların erkeklere göre hastaları ile daha fazla empati kurmaları ve işbirliği içinde olmaları ile açıklamışlardır. Ancak bu ilişkinin daha büyük örneklerle yapılacak olan çalışmalarla desteklenmesi gerektiğini belirtmişlerdir (82). Çalışmamızda kadın ve erkek katılımcıların oranı birbirine yakın olmakla birlikte, CS-PAM puanları da yakın bulunmuştur. Birinci ve üçüncü basamak olarak ayrı ayrı değerlendirildiğinde, cinsiyetler arasında CS-PAM puanı açısından yine istatistiksel olarak anlamlı bir bulunmamıştır. Katılımcıların benzer tıp eğitimi alması ve benzer sosyodemografik özelliklere sahip hastalara hizmet vermesi dolayısıyla böyle bir sonuç elde etmiş olabiliriz.

Çalışmamızda, 35 yaş ve altındaki hekimlerin CS-PAM puan ortancası 60,2 olup, 35 yaş üstündeki hekimlerin ise 63,6'dır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı olup, aynı ilişki 10 yıl ve altında tecrübesi olanlar ile 10 yıl üstünde tecrübesi olanlar arasında da bulunmaktadır. NHS England çalışmasında, 35 yaş ve altındaki hekimlerin CS-PAM puan ortalaması, 35 yaş üstündeki hekimlere göre daha düşük olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla 65,9 ve 70,2). NHS England çalışmasında, hekimlerin mesleki tecrübe süresi arttıkça CS-PAM puan ortalamalarının arttığı ancak

bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (53). Alvarez ve arkadaşları ile Gee ve arkadaşlarının çalışmalarında klinisyenlerin yaşları ve tecrübeleri ile CS-PAM puanları arasında bir ilişki bulunmamıştır. Alvarez ve arkadaşlarının çalışmasında yaş grupları onar yıllık, tecrübe grupları ise beşer yıllık olarak oluşturulmuştur. Gee ve arkadaşlarının çalışmasında yaş için 50 yıl, tecrübe için ise 20 yıl sınır alınmıştır. Diğer çalışmalara göre farklı kesim noktaları alınması, sonuçları etkilemiş olabilir (18,83). NHS England çalışmasında, daha genç yaşta olan klinisyenlerin daha az temsil edildiği ve böylece sonuçlara etki etmiş olabileceği belirtilmektedir. Elde ettiğimiz sonuçlar, yaş ve tecrübenin yüksek derecede korelasyona sahip olması, yaş ve tecrübenin artması ile klinisyenin deneyiminin ve kendine olan güveninin artması ile açıklanabilir.

Araştırmamızda, çalışılan birimlerden en yüksek CS-PAM puan ortancasına 64,3 ile aile hekimliği anabilim dalı, en düşük CS-PAM puan ortancasına ise 57,7 ile göğüs hastalıkları anabilim dalı sahiptir. CS-PAM puan ortancası, ASM'de 63,6 ve iç hastalıkları anabilim dalında 58,5 şeklindedir. Literatürde, bu bulgumuzu kıyaslayabilecek bir çalışma bulunmamaktadır. Göğüs hastalıkları ve iç hastalıkları, kronik hastalığı olanlara hizmet veren bölümler olsa da verilerin üçüncü basamak sağlık merkezinden toplanmış olması sonuçları etkilemiş olabilir. Ülkemizde hastalar, üçüncü basamak sağlık merkezlerine sevk gerekmeksizin kendileri randevu alarak başvurabilmektedir. Randevu sürelerinin kısa olması, hastalara hizmet verecek yeterli sayıda hekim bulunmaması ve dolayısıyla iş yükünün artması gibi faktörler bu sonuca katkı sunmuş olabilir. Çalışmamızda, uzman hekimlerin CS-PAM puan ortancası 67,9 iken, asistan hekimlerin 60,2'dir. NHS England çalışmasında, uzman hekimlerin CS-PAM puan ortalaması, eğitimi devam eden hekimlere göre daha yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla 70,9 ve 66,3) (53). Uzmanlaşma sürecinde yaşın, özgüvenin, deneyimin ve tecrübenin artması, aynı hastalarla daha uzun süre çalışma sonucunda ilişki kurmanın ve destek planları oluşturmanın kolaylaşması gibi faktörler bu sonucu etkilemiş olabilir.

Katılımcılara hasta özyönetiminin ne olduğuna dair kısaca bilgilendirme yapıldıktan sonra, daha önce bu kavramı duyup duymadıkları sorulmuştur. Katılımcıların yalnızca %27,8'i özyönetim kavramını duyduğunu beyan etmiştir. Bu

konuda herhangi bir eğitim aldığını beyan edenler ise %5,7 oranındadır. Özyönetim kavramından daha önce haberdar olanların oransal olarak düşük olması ve CS-PAM puanının daha yüksek olması göz önünde bulundurulursa, klinisyenlerin özyönetim konusunda bilgilendirilmesi önem arz etmektedir.

Katılımcıların hasta özyönetimini destekleme konusunda karşılaştığı engellerin neler olduğu sorulduğunda alınan ilk üç yanıt; hastaların bilgi ve farkındalığının yetersizliği, muayene ve kontroller esnasında yeterli zamanın olmaması ile hastaların bu konuda yardımcı olmayan tutum ve inanışlara sahip olması şeklindedir. NHS England çalışmasında da katılımcılara benzer bir soru yöneltilmiştir. Klinisyenler, hastalarının özyönetimini destekleme konusunda sistemden, hastalardan ve kendilerinden kaynaklanan bazı engeller olduğunu bildirmiştir. Bunlardan bazıları; muayene ve kontroller esnasında yeterli zamanın olmaması, kaynakların ve destek hizmetlerinin yetersiz olması, sistemden kaynaklanan süreçler, hastaların daha aktif bir rol üstlenme konusundaki isteksizlikleri ile klinisyenlerin hasta aktifliği konusundaki bilgi ve becerileri ile ilgili sorunlardır (53).

Klinisyenler, bu sorunların aşılabilmesi için bazı öneriler de bildirmiştir. Bunlardan bazıları; daha fazla desteklenmeye ihtiyacı olan hastalar için daha uzun muayene süresi ayarlanması, sağlık hizmet sunumunun hastaları özyönetim konusunda destekleyecek şekilde tasarlanması, hastaların sağlıklarını yönetme konusunda daha aktif bir rol üstlenmeleri için eğitimler düzenlenmesi ve bu eğitimlerin motivasyonel görüşme teknikleri ile iletişim becerilerini kullanılarak desteklenmesi (53).

Hasta özyönetiminin ve aktifliğinin artırılması için çözüm önerileri üç ana başlıkta toplanabilir; klinisyenlerin daha fazla desteklenmesi ve motive edilmesi, sağlık sisteminin ve politikalarının hasta hekim işbirliğini destekleyici yönde geliştirilmesi ile hastaların sağlık bakım süreçlerine katılmaları için desteklenmesi (53).

### **5.2.2. Yapı geçerliği**

CS-PAM'ın yapı geçerliği, AFA ile ortaya konmuştur. AFA, yeni oluşturulmuş veya uyarlaması yapılmış bir ölçeğin değişkenlerini temsil eden ifadelerin altında yatan

faktör yapısını ortaya koymayı ve keşfetmeyi amaçlar. Yeni bir ölçek geliştirme ya da uyarlama çalışmasında ilk yapılacak olan AFA'dır (72). Çalışmamızda AFA için sırasıyla; veri tabanının faktör analizi için uygun olup olmadığının değerlendirilmesi, faktörleştirme, döndürme ve faktörlerin isimlendirilmesi aşamaları uygulanmıştır.

Veri tabanının faktör analizi için uygun olup olmadığının değerlendirilmesi amacıyla, Barlett testi sonucuna ve KMO değerine bakılmıştır. Korelasyon matrisinin istatistiksel olarak anlamlılığını değerlendiren Barlett testi sonucuna göre ki-kare değeri:1170,62 ve  $p < 0,001$  olarak saptanmıştır. Barlett testi sonucu, istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygunluğunu değerlendiren KMO değeri: 0,90 olarak saptanmıştır. Bu değer, mükemmel olarak yorumlanabilir. Barlett testi sonucu ve KMO değeri, veri tabanının faktör analizine uygun olduğunu göstermektedir.

Faktörleştirme amacıyla “Temel Bileşenler Analizi [Principal Component Analysis (PCA)]” kullanılmıştır. Çalışmamızda, faktör sayısına karar vermek için faktör özdeğeri-madde ilişkisine dayanan scree plot (yamaç grafiği) yöntemi de kullanılmıştır. Grafikte yüksek ivme ile hızlı gerçekleşen düşüşlerin olduğu faktörler önemli kabul edilir (55). Yamaç grafiğinde, birincisi daha belirgin olmak üzere yüksek ivme ile hızlı gerçekleşen iki adet düşüş olduğu görülmüştür. Döndürme öncesi ortaya çıkan iki alt boyutun özdeğerleri sırasıyla 5,91 ve 1,58 olarak saptanmıştır.

Faktör analizi ile elde edilen faktörleri daha anlaşılır hale getirmek için eksen döndürmesi (rotasyon) işlemi için, varimax yöntemi kullanılmıştır (73). Döndürme sonrası iki alt boyutlu yapının devam ettiği görülmüştür. Ortaya çıkan iki alt boyutun özdeğerleri sırasıyla 4,62 ve 2,87'dir. Birinci alt boyutun açıkladığı varyans %35,53 olarak, ikinci alt boyutun açıkladığı varyans %22,06 olarak, toplam açıklanan varyans ise %57,59 olarak saptanmıştır. Özdeğer katsayısı 1'in üzerinde olan faktörler anlamlı kabul edilir. Özdeğer katsayısının yükselmesi, faktörün açıkladığı varyansın da yükselmesi anlamına gelir. Özellikle birden fazla alt boyuta sahip ölçeklerde, açıklanan varyansın %50'nin üzerinde olması faktör analizinin önemli bir kriteridir (64,74). CS-PAM'ın Türkçe versiyonunda, ortaya çıkan iki alt boyutun özdeğer katsayılarının 1'in üzerinde olduğu ve toplam açıklanan varyansın %50'nin üzerinde olduğu görülmüştür.



Birinci alt boyutta yer alan maddelerin (1 ile 8 arası maddeler) faktör yükleri 0,88 ile 0,48 arasında; ikinci alt boyutta yer alan maddelerin (9 ile 13 arası maddeler) faktör yükleri ise 0,79 ile 0,60 arasındadır. Faktör yük değeri 0,60 ve üzerinde ise yüksek düzeyde; 0,30-0,59 ise orta düzeyde bir büyüklükten söz edilir (72). Birinci alt boyutta yer alan maddelerden yalnızca üçüncü maddenin (Kontrollerine gelirken sormak istedikleri soruların listesi ile gelmeleri) faktör yükü 0,48 olup, orta düzeyde bir büyüklüğe sahiptir. Ölçüm aracında yer alan diğer maddelerin faktör yükleri 0,60'ın üzerinden olup, yüksek düzeyde bir büyüklüğe sahiptir. CS-PAM'ın alt boyutlarında hesaplanan Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0,88 ve 0,80 şeklindedir. Bu değerler, her iki alt boyutun da yüksek iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin birinci alt boyutunda yer alan ifadeler, "**Hasta Sorumluluğu**" başlığı altında toplanabilir. Bu alt boyutta; hastaların semptomlarını azaltmak için eylemde bulunmaları, sağlıklarıyla ilgili yeni bir durum ortaya çıktığında çözüm bulmaları, yaşam tarzı değişikliği yapmaları, önerilen tıbbi tedavileri sürdürmeleri ve davranışlarının sonuçlarını bilmeleri gibi hastaların sorumluluğu kapsamında yer alan ifadeler bulunmaktadır. Ölçeğin ikinci alt boyutunda yer alan ifadeler, "**Ortak Karar Verme**" başlığı altında toplanabilir. Bu alt boyutta; hastaların sağlıklarıyla ilgili endişelerini anlatmaları, karar alma süreçlerine tam bir ortak olarak katılmak istemeleri ve uygulanan tedavi ya da işlemlerden önce bunların ne olduğunu nedenleriyle birlikte bilmek istemeleri gibi hasta ve klinisyen etkileşimi kapsamında yer alan ifadeler bulunmaktadır.

CS-PAM'ın orijinali olan İngilizce versiyonu, Hibbard ve arkadaşları tarafından oluşturulmuştur. Ölçeğin geçerliği ve güvenilirliği, Amerika Birleşik Devletleri'nde ve İngiltere'de görev yapmakta olan klinisyenlerin katılımıyla çalışılmıştır (17). Hibbard ve arkadaşları, CS-PAM'ın tek boyutlu bir yapıya sahip olduğunu varsaymıştır. Ölçeğin güvenilirliği, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısına ve Rasch analiziyle kişi güvenilirliğine bakılarak; geçerliği, Rasch analiziyle madde zorluk yapısına ve madde uyum istatistiklerine bakılarak değerlendirilmiştir. CS-PAM'ın Flemenkçe versiyonu, Rademakers ve arkadaşları tarafından Hollanda'da görev yapmakta olan klinisyenlerin katılımıyla çalışılmıştır (81). Bu çalışmada da benzer

analizler yapılmış olup, her iki çalışmada da ölçeğin yapı geçerliliği faktör analizi ile değerlendirilmemiştir.

CS-PAM'ın tek boyutlu yapıya sahip olma durumu, PCA yöntemiyle sınınmıştır. Elde edilen ana faktörün özdeğeri 5,91 iken, diğer faktörün özdeğeri 1,58'dir. Ölçüm aracının tek boyutlu olması için, ana faktörün dışında ortaya çıkan diğer faktörlerin özdeğerinin  $<3$  olması istenir (72). Bu tek faktörün açıkladığı varyans %45,47'dir. Tek faktörlü ölçeklerde açıklanan varyansın %30 ve daha fazla olması yeterli görülebilir (70). Tek faktörlü yapıya ait maddelerin faktör yükleri 0,35 ile 0,80 arasındadır. Faktör yükleri değerlendirilirken, örneklem büyüklüğü de dikkate alınmalıdır. Örneklem sayısı 300'ün üzerinde ise 0,3 ve üzeri faktör yükü anlamlı kabul edilirken; 300'ün altında 0,4 ve üzeri, 200'in altında 0,5 ve üzeri faktör yükü anlamlı kabul edilir (55).

Faktör özdeğerleri ve açıklanan varyans, tek boyutlu yapı için uygun görünmektedir. Ancak örneklem sayısı, faktör yükleri ve kavramsal çerçeve göz önünde bulundurulduğunda, CS-PAM'ın Türkçe versiyonunun iki boyutlu olarak ele alınmasını öneriyoruz. Alt boyutlar değerlendirilirken, o boyutta yer alan maddelere verilen yanıtların puanları (önemli değil:1 puan, biraz önemli:2 puan, önemli:3 puan, çok önemli:4 puan ve bilemiyorum/değerlendiremiyorum: boş bırakılmalı) toplanıp, yanıtlanan madde sayısına bölünerek ortalaması alınır. Çalışmamızda, alt boyutların puan ortalamalarının bağımsız değişkenler ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi olduğu da gözlenmiştir.

AFA ile keşfedilen faktör yapısı, DFA ile onaylanır. AFA ve DFA'nın aynı örneklem ile yapılmaması önerilir. AFA ile ortaya çıkan yapının tekrar test edilmesi gerekir. Bu amaçla, ölçüm aracının son versiyonunu içeren yeni bir veri toplanır ve DFA yapılır (55). Çalışmamızda, CS-PAM Türkçeye uyarlanmış ve faktör yapısı keşfedilmiştir. CS-PAM'ın Türkçe versiyonunda ortaya çıkan yapı, yeni bir veri toplanarak DFA ile onaylanmalıdır.

### **5.2.3. Rasch analizi ile geçerliğin değerlendirilmesi**

CS-PAM'ın madde zorluk yapısı değerleri (0-100 arasında) ve madde zorluk sıralaması, İngilizce ve Flemenkçe çalışmalarından elde edilen değerler ile karşılaştırmalı olarak **Tablo 17**'de sunulmuştur.

CS-PAM'ın madde zorluk yapısı değerleri; Türkçe versiyonunda 34-69 arasında; İngilizce versiyonunda 34-68 arasında; Flemenkçe versiyonunda ise 38-66 arasında değişmektedir (**Tablo 17**). CS-PAM'ın Türkçe versiyonunun genel madde zorluk yapısı değerleri, ölçüm aracının orijinali olan İngilizce versiyonu ve Flemenkçe versiyonu ile uyumludur. CS-PAM açısından bakıldığında, madde zorluk yapısı değeri ne kadar yüksek olursa klinisyenin söz konusu ifadeye katılması ya da önemli bulması o kadar zor demektir. Zorluk düzeyi en yüksek olan madde, katılımcıların en az önemli bulduğu; zorluk düzeyi en düşük olan madde, katılımcıların en önemli bulduğu maddedir.

CS-PAM'ın Türkçe versiyonunun genel madde zorluk yapısı değerleri, ölçeğin orijinal versiyonu ile uyumlu olsa da bazı maddelerde göze çarpan farklılıklar bulunmaktadır. Ölçüm aracının 12. maddesi (Sağlık seçenekleri ile ilgili internet, haberler ya da kitaplar aracılığıyla güvenilir bilgi kaynakları aramaları) zorluk düzeyi en yüksek olan madde olup, çalışmamızda (değeri:69) klinisyenlerin en az önemli bulduğu ifadedir. CS-PAM'ın İngilizce (değeri:62) ve Flemenkçe (değeri:62) versiyonunda da benzer şekilde zorluk düzeyi en yüksek olan ikinci maddedir (17,81). Çalışmamıza katılan klinisyenler bu ifadeyi Amerikalı ve Hollandalı meslektaşlarına göre, kronik sağlık sorunu olan hastaları açısından daha az önemli bulmuştur. Çalışmamıza katılan klinisyenler, hastaların özellikle internet ortamında sağlıkları ile ilgili soru ya da sorunlara yanıt aramalarının onları yanlış yönlendirdiğini ve kendilerini zor durumda bıraktıklarını ifade etmiştir. Dolayısıyla klinisyenlerin bu ifadeyi en az önemli bulmasının bir sebebi, hastalarının güvenilir bilgi kaynaklarına ulaşmaları ve bu bilgileri yorumlamaları açısından olumsuz deneyimlere sahip olmaları olabilir.

**Tablo 17.** CS-PAM'ın madde zorluk yapısının Amerika ve Hollanda çalışmalarıyla karşılaştırılması (17,81)

CS-PAM Türkçe		CS-PAM İngilizce		CS-PAM Flemenkçe	
Madde Sıralaması	Madde Değerleri	Madde Sıralaması	Madde Değerleri	Madde Sıralaması	Madde Değerleri
12	69	3	68	3	66
10	60	12	62	12	62
3	55	9	53	9	55
9	55	13	52	13	54
13	53	10	51	10	52
11	49	11	50	5	50
2	47	2	48	2	48
6	45	7	48	11	48
8	42	6	46	6	47
7	41	5	39	7	42
1	40	8	39	4	39
4	35	4	38	1	39
5	34	1	34	8	38

Ölçüm aracının onuncu (Sormadığınız zamanlarda bile sağlıklarıyla ilgili endişelerini size anlatmaları) (değeri:60) maddesinde yer alan ifade, çalışmamıza katılan klinisyenler tarafından Amerikalı (değeri:51) ve Hollandalı (değeri:52) meslektaşlarına göre daha az önemli bulunmuştur (17,81). Çalışmamıza katılan klinisyenler, özellikle muayene için ayrılan zamanın kısıtlı olmasından yakınmaktadır. Dolayısıyla hastaların endişelerini anlatmaları muayene süresinin uzamasına yol açabileceğinden bu ifade klinisyenler tarafından daha az önemli bulunmuş olabilir. Ölçüm aracının birinci (Sağlık durumlarıyla ilişkili semptomları önlemeye veya azaltmaya yardımcı olacak eylemler gerçekleştirebilmeleri) (değeri:40) maddesinde yer alan ifade, çalışmamıza katılan klinisyenler tarafından Amerikalı (değeri:34) meslektaşlarına göre daha az önemli bulunmuştur (17). Ülkemizde genel sağlık sigortası kapsamında herkesin sağlık güvencesinin olması ve muayene ücretlerinin özellikle birinci basamak başvurularında göreceli olarak düşük olması sağlık kuruluşlarına yapılan başvuru sayısını artırabilir. Dolayısıyla çalışmamıza katılan klinisyenler, hastalar tarafından sağlık kuruluşlarına yapılan başvuru sayısının artmaması için sorunlarına kendi kendilerine çözüm bulabilecek eylemler gerçekleştirmelerini daha fazla destekliyor olabilir.

Ölçüm aracının üçüncü (Kontrollerine gelirken sormak istedikleri soruların listesi ile gelmeleri) (değeri:55) maddesinde yer alan ifade, çalışmamıza katılan klinisyenler tarafından Amerikalı (değeri:68) ve Hollandalı (değeri:66) meslektaşlarına göre daha önemli bulunmuştur. CS-PAM'ın İngilizce ve Flemenkçe versiyonunda ise bu ifade, zorluk düzeyi en yüksek olan maddedir (17,81). Çalışmamıza katılan klinisyenler, hastaların sormak istedikleri soruların bir kısmını çoğu zaman unuttuklarını ifade etmiştir. Bu ifadeyi daha önemli bulmalarının nedeni bu olabilir. Ölçüm aracının yedinci (Bir sağlık sorunları olduğunda, bu sorunla ne zaman kendi kendilerine başa çıkabileceklerini ya da ne zaman sağlık çalışanına gitmeleri gerektiğini belirleyebilmeleri) (değeri:41) maddesinde yer alan ifade, çalışmamıza katılan klinisyenler tarafından Amerikalı (değeri:48) meslektaşlarına göre daha önemli bulunmuştur (17). Çalışmamıza katılan klinisyenler, hastalar tarafından sağlık kuruluşlarına yapılan başvuru sayısının artmaması için sağlık sorunları ile kendi kendilerine başa çıkabilmelerini daha fazla destekliyor olabilir.

CS-PAM'ın İngilizce versiyonunda, benzer zorluk yapısı değerlerine sahip olan maddelerin benzer içeriğe/kapsama sahip olduklarına değinilmiştir. Bu şekilde dört kapsam üzerinde durulmuştur. Birinci kapsam (madde 3 ve 12), hastaların bağımsız bir şekilde bilgi arayabileceği ile ilgilidir. İkinci kapsam (madde 9, 13, 10 ve 11), hastaların sağlık bakım ekibinin bir parçası olabileceği ile ilgilidir. Üçüncü kapsam (madde 2, 7 ve 6), hastaların bağımsız bir şekilde kararlar verebileceği ve eyleme geçebileceği ile ilgilidir. Dördüncü kapsam (madde 5, 8, 4 ve 1), hastaların tıbbi tedavi önerilerine uyması gerektiği ile ilgilidir (17). CS-PAM'ın Flemenkçe versiyonunda, birinci kapsam (madde 3 ve 12) ve üçüncü kapsam (madde 5, 2, 11, 6 ve 7), İngilizce versiyon ile benzer şekilde değerlendirilmiştir. İkinci kapsam (madde 9, 13 ve 10), hastaların muayene ve işlemler sırasında aktif bir rol alabileceği ile ilgilidir. Dördüncü kapsam (madde 4, 1 ve 8), hastaların sağlık durumlarıyla ilişkili semptomları önlemek veya en aza indirmek için yeterli bilgiye sahip olması ve uygun davranması gerektiği ile ilgilidir (81).

CS-PAM'ın Türkçe versiyonunda, maddeler zorluk yapısı değerlerine göre benzer içerik/kapsam yönünden ele alınabilir. Birinci kapsam (madde 12), hastaların bağımsız bir şekilde bilgi arayabileceği ile ilgilidir. İkinci kapsam (madde 10, 3, 9 ve

13), hastaların muayene ve işlemler sırasında aktif bir rol alabileceği ile ilgilidir. Üçüncü kapsam (madde 11, 2, 6, 8 ve 7), hastaların bağımsız bir şekilde kararlar verebileceği ve eyleme geçebileceği ile ilgilidir. Dördüncü kapsam (madde 1, 4 ve 5), hastaların tıbbi tedavi önerilerine uyması gerektiği ile ilgilidir.

CS-PAM'ın madde uyum istatistikleri, İngilizce ve Flemenkçe çalışmalarından elde edilen değerler ile karşılaştırmalı olarak **Tablo 18'**de sunulmuştur. Madde uyum istatistikleri (INFIT ve OUTFIT), ölçüm aracında yer alan her bir madde için ayrı ayrı hesaplanmaktadır. INFIT ve OUTFIT değerleri, katılımcılar tarafından maddelere verilen yanıtların tutarlılıkları ve model uyumu ile ilgili bilgi verir. INFIT değeri, kişinin yetenek düzeyi ile benzer zorluk düzeyinde olan maddelere verdiği yanıtlara daha duyarlıdır. OUTFIT değeri, kişinin yetenek düzeyine kıyasla daha zor ya da daha kolay olan maddelere verilen beklenmeyen yanıtlara daha duyarlıdır (78).

CS-PAM'ın Türkçe versiyonunda, INFIT değerleri 0,76-1,57 arasında; OUTFIT değerleri ise 0,62-1,79 arasındadır. CS-PAM'ın orijinali olan İngilizce versiyonunda, INFIT değerleri 0,78-1,26 arasında; OUTFIT değerleri ise 0,62-3,07 arasındadır (17). CS-PAM'ın Flemenkçe versiyonunda, INFIT değerleri 0,76-1,25 arasında; OUTFIT değerleri ise 0,79-1,25 arasındadır (81) (**Tablo 18**).

**Tablo 18.** CS-PAM'ın madde uyum istatistiklerinin, Amerika ve Hollanda çalışmalarıyla karşılaştırılması (17,81)

CS-PAM Türkçe		CS-PAM İngilizce		CS-PAM Flemenkçe	
Madde	INFIT-OUTFIT	Madde	INFIT-OUTFIT	Madde	INFIT-OUTFIT
12	1,57-1,79	3	1,20-3,07	3	1,25-1,25
10	1,19-1,17	12	1,09-1,10	12	1,09-1,11
3	1,33-1,46	9	0,79-0,72	9	0,82-0,81
9	0,97-0,94	13	1,11-1,00	13	0,98-0,97
13	0,77-0,76	10	0,78-0,75	10	1,06-1,09
11	0,87-0,84	11	1,04-1,00	5	1,15-1,15
2	1,00-1,14	2	1,02-0,93	2	1,02-1,05
6	1,05-0,97	7	1,26-1,28	11	0,89-0,86
8	0,76-0,72	6	0,88-0,86	6	1,03-1,04
7	0,83-0,79	5	1,08-0,98	7	1,10-1,10
1	0,82-0,82	8	0,81-0,73	4	0,91-0,92
4	0,78-0,62	4	0,85-0,62	1	0,84-0,81
5	0,89-0,79	1	1,04-0,94	8	0,76-0,79

Çalışmamızda, madde 12 dışında kalan maddelerin INFIT ve OUTFIT değerleri 0,5 ile 1,5 arasındadır. Uyum istatistiklerinin 0,5-1,5 arasında olması, ölçümün etkin olduğunu göstermektedir (78). Madde 12'nin INFIT değeri 1,57 iken, OUTFIT değeri 1,79'dur. Madde 12 aynı zamanda madde zorluk yapısı değeri en yüksek olan maddedir. Madde 12'de yer alan 'güvenilir bilgi kaynakları aramaları' ifadesinden önce 'internet' kelimesi gelmektedir ve bu ifade veri toplama sürecinde görüldüğü üzere klinisyen üzerinde bir önyargıya yol açabilir. Klinisyenlerin önemli bir kısmı ayrıca, hastaların özellikle internet ortamında sağlıkları ile ilgili soru ya da sorunlara yanıt aramalarının onları yanlış yönlendirdiğini ve kendilerini zor durumda bıraktıklarını ifade etmiştir. Dolayısıyla katılımcılar, hastaları açısından bu ifadeyi önemli bulmamış ve beklenmedik yanıt vermiş olabilirler. Uyum istatistiklerinin 1,5-2,0 arasında olması, diğer parametrelerle birlikte değerlendirildiği takdirde maddenin model uyumuna olumlu ya da olumsuz yönde etki etmeyebileceğini gösterir (78).

CS-PAM'ın Flemenkçe versiyonunda, bütün maddelerin uyum istatistikleri 0,5 ile 1,5 arasındadır (81). CS-PAM'ın İngilizce versiyonunda üçüncü maddenin OUTFIT değeri 3,07 olup, diğer tüm maddelerin INFIT ve OUTFIT değerleri 0,5 ile 1,5 arasındadır. Uyum istatistiklerinin 2,0'ın üstünde olması, maddenin ölçümü olumsuz yönde etkilediğini ve model uyumunu bozduğunu gösterir (78). Ancak Hibbard ve arkadaşları, OUTFIT ile ilgili problemlerin, INFIT ile ilgili problemlere göre daha az sorun yaratacağını belirtmiştir. Dolayısıyla, bu madde ölçüm aracından çıkarılmamıştır (17).

### 5.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

CS-PAM kullanılarak yapılan önceki çalışmalar, sadece hekimlere değil kronik hastalığı olanlara hizmet veren hemşire ve diğer sağlık personeli gibi diğer sağlık çalışanlarına da uygulanmıştır. Ülkemizde, hastaların muayene ve kontroller sırasında sıklıkla hekimlerle iletişim halinde olması nedeniyle çalışmamıza yalnızca birinci ve üçüncü basamakta hizmet veren hekimler dahil edilmiştir. Bu nedenle çalışma verilerinden yola çıkarak hekim dışı sağlık çalışanlarına yönelik bir çıkarım yapılamamaktadır. Ayrıca örneklemin gelişigüzel yolla seçilmiş olması sonuçların, kronik hastalığı olanlara hizmet veren tüm klinisyenlere genellenebilmesini engellemektedir. Veriler kişisel beyana dayalı olarak toplanmıştır. Bu nedenle, katılımcıların hasta özyönetimi konusundaki beyanlarının gerçek davranışlarını ne derece yansıttığı da bilinmemektedir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hasta Aktivlik Düzeyinde Klinisyen Desteği Ölçüm Aracı'nın dil geçerliği Dünya Sağlık Örgütü kriterlerine uygun olarak sağlanmıştır. Ölçüm aracı, iki hafta ara ile 30 klinisyene uygulanmıştır. İki uygulama arasındaki korelasyon katsayısı 0,79 olup, zamana bağlı olarak kararlı ölçümler verdiği görülmüştür. Ölçüm aracının madde toplam puan korelasyon katsayıları en düşük 0,45 ile en yüksek 0,71 arasında olup, her bir maddenin benzer davranışları örneklediği ve toplam puana katkı sunduğu görülmüştür. Ölçüm aracının Cronbach alfa iç tutarlık güvenilirlik katsayısı 0,90 olup, aynı özelliğin öğelerini ölçen tutarlı maddelerden oluştuğu görülmüştür. Alt-üst grup ortalamalarına dayalı madde analizi ile ölçüm aracında yer alan tüm maddelerin, destek düzeyi açısından en yüksek toplam puanları alan 56 klinisyeni ve en düşük toplam puanları alan 56 klinisyeni ayırt edebildiği görülmüştür. Ölçüm aracının kişi güvenilirlik katsayısı 0,86 olarak; kişi ayırıcılık indeksi 2,45 olarak; madde güvenilirlik katsayısı 0,99 olarak bulunmuştur. Dolayısıyla Rasch analizi ile yapılan değerlendirmede kişi ve madde güvenirlığının sağlandığı görülmüştür.

Katılımcıların ölçüm aracından aldıkları puanlar ile yaş, mesleki tecrübe süresi, çalışılan birim, çalışılan birimdeki görev ve özyönetim kavramını duyma gibi değişkenler arasında ilişki olduğu görülmüştür. Ölçüm aracının yapı geçerliğini değerlendirmek için açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Barlett testi sonucuna göre ki-kare değeri:1170,62 ve  $p < 0,001$  olarak; KMO değeri: 0,90 olarak saptanmıştır. Döndürme sonrası, ortaya çıkan iki alt boyutun özdeğerlerinin sırasıyla 4,62 ve 2,87 olduğu görülmüştür. Birinci alt boyutun açıkladığı varyans %35,53 olarak, ikinci alt boyutun açıkladığı varyans %22,06 olarak, toplam açıklanan varyans ise %57,59 olarak saptanmıştır. Birinci alt boyutta yer alan maddelerin (1 ile 8 arası maddeler) faktör yüklerinin 0,88 ile 0,48 arasında; ikinci alt boyutta yer alan maddelerin (9 ile 13 arası maddeler) faktör yüklerinin ise 0,79 ile 0,60 arasında olduğu görülmüştür. Alt boyutlar için hesaplanan Cronbach alfa değerleri sırasıyla 0,88 ve 0,80 şeklindedir. Alt boyutlar kavramsal olarak değerlendirildiğinde, birinci alt boyut "**Hasta Sorumluluğu**" başlığı altında; ikinci alt boyut "**Ortak Karar Verme**" başlığı altında toplanmıştır.

Ölçüm aracının Rasch analizi ile belirlenen madde zorluk yapısı değerleri 34-69 arasında değişmektedir. Ölçüm aracının 12. maddesi (Sağlık seçenekleri ile ilgili internet, haberler ya da kitaplar aracılığıyla güvenilir bilgi kaynakları aramaları) zorluk düzeyi en yüksek olan madde olup, katılımcıların en az önemli bulduğu ifadedir. Ölçüm aracının beşinci maddesi (Ev ortamında uymaları gerektiğini söylediğiniz tıbbi tedavi önerilerini (beslenme, egzersiz, ilaç tedavisi...) sürdürebilmeleri) zorluk düzeyi en düşük olan madde olup, katılımcıların en önemli bulduğu ifadedir. Ölçüm aracının Rasch analizi ile belirlenen INFIT değerleri 0,76-1,57 arasında; OUTFIT değerleri ise 0,62-1,79 arasındadır. Madde 12 dışında kalan maddelerin INFIT ve OUTFIT değerleri 0,5 ile 1,5 arasındadır. Uyum istatistiklerinin 0,5-1,5 arasında olması, ölçümün etkin olduğunu göstermektedir.

CS-PAM'ın Türkçe versiyonunda ortaya çıkan yapının, yeni bir örnekleme veri toplanarak doğrulayıcı faktör analizi ile onaylanması gerekmektedir. CS-PAM kullanılarak yapılan diğer çalışmalarda, hekim olmayan ancak kronik sağlık sorunu olan hastalara hizmet veren sağlık çalışanları da araştırmalara dahil edilmiştir. CS-PAM'ın Türkçe versiyonunun güvenilirliği, diğer sağlık çalışanlarının da dahil edilmesi ile planlanacak olan çalışmalarda değerlendirilebilir.

Sonuç olarak, Hasta Aktiflik Düzeyinde Klinisyen Desteği Ölçüm Aracı'nın (CS-PAM) kronik sağlık sorunu olan hastaların özyönetimi hakkında, ülkemizde çalışan klinisyenlerin düşüncelerini değerlendirmede kullanılacak geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu saptanmıştır. Ölçüm aracı, klinisyenlere yönelik hasta özyönetimi ve aktifliği ile ilgili uygun müdahalelerin planlanmasında ve müdahalenin etkinliğinin değerlendirilmesinde kullanılabilir. Klinisyenlerin, kronik sağlık sorunu olan hastaların özyönetimini destekleme konusunda karşılaştıkları engeller ve altında yatan inanç ve tutumlar ise niteliksel araştırmalar yapılarak değerlendirilmelidir. Böylece hem hastalara hem de klinisyenlere uygulanacak olan müdahalelerin planlanması hem de müdahalenin etkinliğinin artırılması sağlanabilir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). Editörler: Üner S, Balcılar M, Ergüder T. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara, 2018.
2. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva, World Health Organization; 2018.
3. GBD 2017 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1859–922.
4. Ulusal Hastalık Yükü Çalışması 2013. T.C. Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2013.
5. Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and Measuring Activation in Patients and Consumers. *Health Serv Res*. 2004;39(4p1):1005–26.
6. Hibbard JH. Patient-Centered Care. In: Mas N, Wisbaum W, editors. *The Triple Aim for the Future of Health Care*. Madrid: FUNCAS; 2015. p. 121–37.
7. Hibbard JH, Cunningham PJ. How engaged are consumers in their health and health care, and why does it matter? *Res briefs Cent Stud Heal Syst Chang*. 2008;(8):1–9.
8. Lorig K. Self-management of chronic illness: a model for the future. *Generations*. 1993;17:11–4.
9. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med*. 2003;26(1):1–7.
10. Hibbard JH, Mahoney ER, Stock R, Tusler M. Do increases in patient activation

- result in improved self-management behaviors? *Health Serv Res.* 2007;42(4):1443–63.
11. 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.
  12. Hibbard JH, Mahoney ER, Stockard J, Tusler M. Development and testing of a short form of the patient activation measure. *Health Serv Res.* 2005;40(6p1):1918–30.
  13. Greene J, Hibbard JH, Sacks R, Overton V, Parrotta CD. When patient activation levels change, health outcomes and costs change, too. *Health Aff.* 2015;34(3):431–7.
  14. Hibbard JH, Gilbert H. Supporting people to manage their health. An introduction to patient activation. First Edit. The King's Fund; 2014.
  15. Raising the Profile of Long Term Conditions Care: A Compendium of Information. UK Department of Health, London, 2008.
  16. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff.* 2001;20(6):64–78.
  17. Hibbard JH, Collins PA, Mahoney E, Baker LH. The development and testing of a measure assessing clinician beliefs about patient self-management. *Heal Expect.* 2010;12(1):65–72.
  18. Alvarez C, Greene J, Hibbard JH. The role of primary care providers in patient activation and engagement in self-management: a cross-sectional analysis. *BMC Health Serv Res.* 2016;16(1):85–92.
  19. Smith R. Polytomous mean-square fit statistics. *Rasch Measurement Transactions.* 1996;10(3):516–7.
  20. Bastas-Bratkic D, Weismuller PC, Brady M. Assessing Clinicians'

- Endorsement of Patient Activation in Health Management. *J Nurse Pract.* 2018;14(6):e127–30.
21. Deniz ZK. Psikometrik Ölçüm Aracı Uyarlama. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 2007;40(1):1–16.
  22. Global Health Estimates 2016: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva, World Health Organization; 2018.
  23. Murray CJL. Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. *Bull World Health Organ.* 1994;72(3):429–45.
  24. Koşar C. Hasta Aktiflik Düzeyi Ölçüm Aracı'nın (Patient Activation Measure) Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2015.
  25. Dentzer S. The “triple aim” goes global, and not a minute too soon. *Health Aff.* 2013;32(4):638.
  26. Terry PE, Fowles JB, Xi M, Harvey L. The ACTIVATE study: results from a group-randomized controlled trial comparing a traditional worksite health promotion program with an activated consumer program. *Am J Heal Promot.* 2011;26(2):64–73.
  27. Richmond D, Bell-Johnson E, Richetto P, Gadson S. The race is on: beneficiary 400 IM PAM-led coaching results: measure, categorize, coach, remeasure. Baltimore; 2010, <https://www.yumpu.com/en/document/read/38550116/pam-led-coaching-results-insignia-health>.
  28. Lawson KL, Jonk Y, O'Connor H, Riise KS, Eisenberg DM, Kreitzer MJ. The impact of Telephonic Health Coaching on Health Outcomes in a High-risk Population. *Global Adv Health Med.* 2013;2(3):40-7.
  29. Hibbard JH, Greene J, Tusler M. Improving the outcomes of disease management by tailoring care to the patient's level of activation. *Am J Manag Care.* 2009;15(6):353–60.

30. Druss BG, Zhao L, Von Esenwein SA, Bona JR, Fricks L, Jenkins-Tucker S, et al. The Health and Recovery Peer (HARP) Program: A Peer-Led Intervention to Improve Medical Self-Management for Persons with Serious Mental Illness. *Schizophr Res.* 2011;118(1–3):264–70.
31. Lorig K and Alvarez S. Re: Community-based diabetes education for Latinos. *Diabetes Educ.* 2011;37(1):128.
32. Lorig K, Ritter PL, Laurent DD, Plant K, Green M, Jernigan VB, et al. Online diabetes self-management program: a randomized study. *Diabetes Care.* 2010;33(6):1275-81.
33. Lorig K, Ritter PL, Villa FJ, Armas J. Community-based peer-led diabetes self-management: a randomized trial. *Diabetes Educ.* 2009;35(4):641-51.
34. Frosch DL, Rincon D, Ochoa S, Mangione CM. Activating Seniors to Improve Chronic Disease Care: Results from a Pilot Intervention Study. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58(8):1496-503.
35. Deen D, Lu WH, Rothstein D, Santana L, Gold MR. Asking questions: The effect of a brief intervention in community health centers on patient activation. *Patient Educ and Couns.* 2011;84(2):257-60.
36. Parchman ML, Zeber JE, Palmer RF. Participatory decision making, patient activation, medication adherence, and intermediate clinical outcomes in type 2 diabetes: a STARNet study. *Ann Fam Med.* 2010;8(5):410-7.
37. Solomon M, Wagner SL, Goes J. Effects of a Web-based intervention for adults with chronic conditions on patient activation: online randomized controlled trial. *J Med Internet Res.* 2012;14(1):e32.
38. Kirby SE. An exploration of the reasons for frequent readmissions in patients with chronic disease: activation from frequent flyers to self-management. University of New South Wales, PHD dissertation, Sydney, 2012.
39. Mitchell SE, Gardiner PM, Sadikova E, Martin JM, Jack BW, Hibbard JH, et al. Patient activation and 30-day post-discharge hospital utilization. *J Gen Intern*

- Med. 2014;29(2):349-55.
40. Mukoro F. Summary of the evidence on performance of the patient activation measure (PAM). In: National Health Service; 2012.
  41. Hibbard JH, Greene J, Tusler M. Improving the outcomes of disease management by tailoring care to the patient's level of activation. *Am J Manag Care*. 2009;15(6):353–60.
  42. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA*. 2002;288(15):1909–14.
  43. Fiscella K, Meldrum S, Franks P, Shields CG, Duberstein P, McDaniel SH, et al. Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Med Care*. 2004;42(11):1049–55.
  44. UK General Medical Council. *Self Care. A National View in 2007*. UK Department of Health, London, 2008.
  45. Hasman A, Coulter A, Janet A. *Education for Partnership. Developments in Medical Education*. Picker Institute Europe; 2006.
  46. Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Zapert K, Peugh J, et al. Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. *Health Aff (Millwood)*. 2005;Suppl Web:509–25.
  47. Coulter A. *Engaging Patients in their Healthcare: How is the UK Doing Relative to Other Countries*. Picker Institute Europe; 2006.
  48. Holam 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.
  49. Dixon A, Hibbard JH, Tusler M. How do People with Different Levels of Activation Self-Manage their Chronic Conditions? *Patient*. 2009;2(4):257–68.
  50. Royal College of Physicians. *Doctors in society: medical professionalism in a changing world*. Report of a Working Party of the Royal College of Physicians

of London. London: RCP, 2005.

51. Blakeman T, Macdonald W, Bower P, Gately C, Chew-Graham C. A qualitative study of GPs' attitudes to self-management of chronic disease. *Br J Gen Pract.* 2006;56(527):407–14.
52. MacDonald W, Rogers A, Blakeman T, Bower P. Practice nurses and the facilitation of self-management in primary care. *J Adv Nurs.* 2008;62(2):191–9.
53. How much do clinicians support patient activation? NHS England, 2015.
54. Demetra B-B, Weismuller PC, Brady M. Assessing Clinicians' Endorsement of Patient Activation in Health Management. *J Nurse Pract.* 2018;14(6):e127–30.
55. Yaşlıoğlu MM. Sosyal Bilimlerde Faktör Analizi ve Geçerlilik: Keşfedici ve Doğrulayıcı Faktör Analizlerinin Kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Derg.* 2017;46:74–85.
56. Çapık C, Gözüm S, Aksayan S. Intercultural Scale Adaptation Stages, Language and Culture Adaptation: Updated Guideline. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi.* 2018;26(3):199–210.
57. World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments, [https://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/translation/en/](https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/). Erişim Tarihi: 14.11.2019.
58. Coster WJ, Mancini MC. Recommendations for translation and cross-cultural adaptation of instruments for occupational therapy research and practice. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo.* 2015;26(1):50–7.
59. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & Quick DASH Outcome Measures. *Institute for Work & Health.* 2007;1(1):1–45.



60. Jesus LMT, Valente AR. Cross-cultural adaptation of health assessment instruments, <http://sweet.ua.pt/lmtj/lmtj/JesusValente2016.pdf>. Erişim Tarihi: 14.11.2019.
61. Borsa JC, Damásio BF, Bandeira DR. Cross-Cultural adaptation and validation of psychological instruments: Some considerations. *Paidéia*. 2012;22(53):423–32.
62. Erkuş A. Ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında karşılaşılan sorunlar. *Türk Psikoloji Bülteni*. 2007;13(40):17-25.
63. Drost EA. Validity and reliability in social science research. *Educ Res Rev*. 2011;38(1):105-23.
64. Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi. 4. Baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım; 2006.
65. Bademci V. Tartışmayı Sonlandırmak: Cronbach'ın Alfa Katsayısı, İki Değerli Ölçümlenmiş Maddeler ile Kullanılabilir. *Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2006;13:438-46.
66. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004;30(3):211-16.
67. Karakoç FY, Dönmez L. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 2014;13(40):39–49.
68. Koo TK, Mae YL. A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *J Chiropr Med*. 2016;15(2):155–63.
69. Weir JP. Quantifying test-retest reliability using the intraclass correlation coefficient and the SEM. *J Strength Cond Res*. 2005;19(1):231–40.
70. Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler için veri analizi el kitabı: İstatistik, araştırma deseni SPSS uygulamaları ve yorum. 8. Baskı. Ankara: Pegem Akademi; 2007. 167–182 p.
71. Şencan H. Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenirlik ve geçerlik. 1. Baskı.

Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2005.

72. Büyüköztürk Ş. Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*. 2002;32(32):470–83.
73. Tabachnick BG & Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*, 4th ed. Boston: Allyn and Bacon, MA; 2001.
74. Kalaycı Ş. Faktör analizi. SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri. Ankara: Asil Yayın & Dağıtım; 2010. 321–331 p.
75. Gorsuch RL. Common factor analysis versus component analysis: Some well and little known facts. *Multivariate Behavioral Research*. 1990;25(1):33-9.
76. Boone WJ. Rasch analysis for instrument development: why, when, and how? *CBE-Life Sciences Education*. 2016;15(rm4):1-7.
77. Elhan AH, Atakurt Y. Ölçeklerin değerlendirilmesinde niçin Rasch analizi kullanılmalıdır? *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2005;58(1):47-50.
78. Linacre JM. *A User's Guide to Winsteps® Rasch-Model Computer Programs*. Beaverton, Oregon, 2019.
79. Tennant A, McKenna SP, Hagell P. Application of Rasch analysis in the development and application of quality of life instruments. *Value in Health*. 2004;7:S22-S26.
80. Xitao F. Item response theory and classical test theory: An empirical comparison of their item/person statistics. *Educ Psychol Meas*. 1998;58(3):357–81.
81. Rademakers J, Jansen D, Hoek van der L, Heijmans M. Clinicians' beliefs and attitudes toward patient self-management in the Netherlands; translation and testing of the American Clinician Support for Patient Activation Measure (CS-PAM). *BMC Health Serv Res*. 2015;15(1):138.
82. Stoilkova-Hartmann A, Janssen DJA, Franssen FME, Spruit MA, Wouters

EFM. Attitudes of healthcare professionals providing pulmonary rehabilitation toward partnership in care. *Hear Lung*. 2015;44(4):347–52.

83. Gee JP, Scarbrough J, Bowker D, Keller T. Diabetes Educators Beliefs About Patient Self-Management and Strategies Used to Support Persons With Diabetes. *Diabetes Educ*. 2019;45(2):174–83.



## 8. EKLER

### EK 1. Hekimlere Yönelik Bilgilendirme ve Onam Formu

#### Gönüllü Bilgilendirme Formu

Sayın Katılımcı,

“Hasta Aktiflik Düzeyinde Klinisyen Desteği Ölçüm Aracı'nın (Clinician Support For Patient Activation Measure) Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması” adlı bu çalışma Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olan Prof. Dr. Pınar Ay'ın ve Doç. Dr. Seyhan Hidroğlu'nun danışmanlığında, Asistan Dr. Ercan Kulak tarafından yürütülecektir. Bu çalışmaya katılımınız tamamen gönüllülük esasına dayanır. Lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz ve katılmaya karar vermeden önce anlamadığımız her hangi bir şey varsa çekinmeden sorunuz.

Araştırma İstanbul ili Maltepe ilçesinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde ve Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İç Hastalıkları ve Göğüs Hastalıkları Anabilim Dallarında çalışmakta olan klinisyenler ile yapılacaktır. Çalışmanın amacı; klinisyenlerin, hastaların özyönetimi hakkındaki düşüncelerini ölçmek için güvenilir bir ölçüm aracı olan The Clinician Support for Patient Activation Measure (CS-PAM)'ı (Hasta Aktiflik Düzeyinde Klinisyen Desteği Ölçüm Aracı) Türkçe'ye uyarlamak, geçerlik ve güvenilirliğini test etmektir. Araştırma verileri, uygulanması yaklaşık 5 dk süren anket formu aracılığıyla toplanacaktır.

Anketin birinci kısmında katılımcıların sosyodemografik özellikleri (cinsiyeti, yaşı, doğum tarihi, mezuniyet yılı) ve mesleki özellikleri (çalıştığı birim, çalıştığı birimdeki görevi, kronik hastalığı olan hastalara düzenli olarak hizmet verme durumu) yer almaktadır. Daha sonraki sorular ise özyönetim kavramı ve becerisi üzerine odaklanmaktadır. Anketin ikinci kısmında ise 13 maddeden oluşan Hasta Aktiflik Düzeyinde Klinisyen Desteği Ölçüm Aracı bulunmaktadır.

Anket sırasında katılımcıların isimleri alınmayacak olup veriler anonim olarak değerlendirilecektir. Bu çalışmanın içinde olmak isteyip istemediğinize bağımsız ve etki altında kalmadan karar verebilirsiniz.

**Bu araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz veya endişeniz varsa, lütfen iletişime geçiniz:**

Dr. Ercan Kulak  
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Tel: 05536026682  
E-posta: ercan.kulak@hotmail.com

#### GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

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

Gönüllünün adı-soyadı, imzası

Açıklamaları yapan araştırmacının adı-soyadı, imzası

## EK 2. Sosyodemografik ve Özyönetim Kavramı ile İlgili Özellikler Formu

### 'HASTA AKTİFLİK DÜZEYİNDE KLİNİSYEN DESTEĞİ ÖLÇÜM ARACI'NIN (CLINICIAN SUPPORT FOR PATIENT ACTIVATION MEASURE) TÜRKÇEYE UYARLANMASI: GEÇERLİK VE GUVENİRLİK ÇALIŞMASI' ANKET FORMU

Tarih: Anket No:

#### SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLER

1.Çalıştığınız birim neresidir?

- Aile Sağlığı Merkezi
- İç Hastalıkları Anabilim Dalı
- Aile Hekimliği Anabilim Dalı
- Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

2. Çalıştığınız birimdeki göreviniz nedir?

- Pratisyen Doktorum
- Asistan Doktorum
- Uzman Doktorum
- Yan Dal Asistan Doktorum
- Öğretim üyesiyim

3.Cinsiyetiniz nedir?

- Kadın
- Erkek

4.Doğum tarihi (yıl.....)

5.Mezuniyet yılınız nedir?.....

6.Kronik hastalığı olan hastalara düzenli olarak hizmet verdiğinizi düşünüyor musunuz?

- Evet
- Hayır

7.Daha önce öz-yönetim kavramını duydunuz mu? Cevabınız evet ise nereden duydunuz?

- Evet..... duydum
- Hayır

## ÖZYÖNETİM KAVRAMI İLE İLGİLİ SORULAR

8.Özyönetim konusunda daha önce herhangi bir eğitim aldınız mı?

- a. Evet
- b. Hayır

9.Hastalarımızın hastalık süreçlerindeki özyönetimini desteklemenizin önünde engeller var mı?

- a. Evet
- b. Hayır

10.Aşağıdakilerden hangisi/hangileri, hastalarımızın hastalık süreçlerindeki özyönetimini desteklemenizi engeller? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Hastaların bilgi ve farkındalığının yetersizliği
- Hastaların bu konuda yardımcı olmayan tutum ve inanışlara sahip olması
- Muayene ve kontroller esnasında yeterli zamanın olmaması
- Sağlık politikalarının destekleyici yönde olmaması
- Elektronik veri tabanlarının uygun bir şekilde tasarlanmamış olması
- Performans açısından ek bir katkısının olmaması
- Benim bu konudaki bilgi ve becerilerimin yeterli olmaması
- Diğer.....  
.....  
.....  
.....

11.Hastalarımızın hastalık süreçlerindeki özyönetimini artırmasını ve böylece daha aktif olmasını isterim.

- Katılıyorum
  - Emin değilim
  - Katılmıyorum
-

### EK 3. Hasta Aktiflik Düzeyinde Klinisyen Desteği Ölçüm Aracı'nın (CS-PAM) Türkçe Formu

#### Hasta Aktiflik Düzeyinde Klinisyen Desteği Ölçüm Aracı

Klinisyenler hastaları hakkında farklı görüşler ve beklentilere sahiptir. Lütfen aşağıdaki ifadeleri size ve uygulamalarımıza göre değerlendirip uygun şekilde yanıtlayınız. Eğer ifade size uygun değilse, **"bilemiyorum/değerlendiremiyorum"** seçeneğini seçiniz.

Bir klinisyen olarak, **kronik sağlık sorunu** olan hastalarınız açısından aşağıdaki ifadeler sizin için ne kadar önemlidir?

	Önemli değil	Biraz önemli	Önemli	Çok önemli	Bilemiyorum/ Değerlendiremiyorum
1. Sağlık durumlarıyla ilişkili <b>semptomları</b> önlemeye veya azaltmaya yardımcı olacak eylemler gerçekleştirebilmeleri					
2. Sağlıklarıyla ilgili yeni durum ya da sorunlar ortaya çıktığında bunlara çözüm bulabilmeleri					
3. Kontrollerine gelirken sormak istedikleri soruların listesi ile gelmeleri					
4. Kronik sağlık sorunlarını kontrol altında tutmak için gerekli olan yaşam tarzı değişikliklerini yapabilmeleri ve bu değişiklikleri sürdürebilmeleri					
5. Ev ortamında uymaları gerektiğini söylediğiniz tıbbi tedavi önerilerini (beslenme, egzersiz, ilaç tedavisi...) sürdürebilmeleri					
6. Kendileri için reçetelendirilmiş her bir ilacı neden kullandıklarını bilmeleri					
7. Bir sağlık sorunları olduğunda, bu sorunla ne zaman kendi kendilerine başa çıkabileceklerini ya da ne zaman sağlık çalışanına gitmeleri gerektiğini belirleyebilmeleri					
8. Davranışlarından hangilerinin kronik sağlık sorunlarını iyileştirdiğini hangilerinin kötüleştirdiğini bilmeleri					
9. Kronik sağlık sorunları için hangi farklı tıbbi tedavi seçeneklerinin mevcut olduğunu bilmeleri					
10. Somadığınız zamanlarda bile sağlıklarıyla ilgili endişelerini size anlatmaları					
11. Sağlık bakımlarıyla ilgili karar alma süreçlerine benimle birlikte tam bir ortak olarak katılmak istemeleri					
12. Sağlık seçenekleri ile ilgili internet, haberler ya da kitaplar aracılığıyla güvenilir bilgi kaynakları aramaları					
13. Uygulanan tedavi ya da işlemlerden önce hangi tedaviyi alacaklarını veya hangi işlemlerin yapılacağını ve nedenlerini bilmek istemeleri					

## EK 4. Özgün Clinician Support for Patient Activation Measure İngilizce Formu



Clinicians have different views and expectations about their patients. Please respond to the statements below as they apply to you and your practice. If the statement does not apply, select N/A.

As a Clinician, how important is it to you that your patients with chronic conditions:

1.	Are able to take actions that will help prevent or minimize symptoms associated with their health condition(s).	Not Important	Somewhat Important	Important	Extremely Important	N/A
2.	Are able to figure out solutions when new situations or problems arise with their health condition(s).	Not Important	Somewhat Important	Important	Extremely Important	N/A
3.	Bring a list of questions to their office visit.	Not Important	Somewhat Important	Important	Extremely Important	N/A
4.	Are able to make and maintain lifestyle changes needed to manage their chronic condition.	Not Important	Somewhat Important	Important	Extremely Important	N/A
5.	Can follow through on medical treatments you have told them they need to do at home.	Not Important	Somewhat Important	Important	Extremely Important	N/A
6.	Know what each of their prescribed medications is for.	Not Important	Somewhat Important	Important	Extremely Important	N/A
7.	Are able to determine when they need to go to a medical professional for care and when they can handle the problem on their own.	Not Important	Somewhat Important	Important	Extremely Important	N/A
8.	Understand which of their behaviors make their chronic condition better and which ones make it worse.	Not Important	Somewhat Important	Important	Extremely Important	N/A
9.	Understand the different medical treatment options available for their chronic condition(s).	Not Important	Somewhat Important	Important	Extremely Important	N/A
10.	Tell you the concerns they have about their health even when you do not ask.	Not Important	Somewhat Important	Important	Extremely Important	N/A
11.	Want to be involved as a full partner with me in making decisions about their care.	Not Important	Somewhat Important	Important	Extremely Important	N/A
12.	Look for trustworthy sources of information about their health and health choices, such as on the web, news stories, or books.	Not Important	Somewhat Important	Important	Extremely Important	N/A
13.	Want to know what procedures or treatments they will receive and why <u>before</u> the treatments or procedure are performed.	Not Important	Somewhat Important	Important	Extremely Important	N/A

Insignia Health. "Patient Activation Measure; Copyright © 2003-2018, University of Oregon. All Rights reserved." Contact Insignia Health at [www.insigniahealth.com](http://www.insigniahealth.com)



## EK 5. Ölçeği Geliştiren Kurumdan Alınan İzin Belgesi

### Appendix C

#### WORK FOR HIRE AND ASSIGNMENT AGREEMENT

Whereas Insignia Health, LLC ("Assignee") retained the services of the Marmara University School of Medicine ("Assignor") to translate the CS-PAM into Turkish for Licensee's Participant messaging (collectively, the "Work");

Whereas Assignor desires Assignee to possess all rights that Assignor may have in the Work; and

NOW THEREFORE, for good and valuable consideration, the sufficiency of which the parties hereby recognize, the parties agree as follows:

#### 1. RIGHTS IN THE WORK.

A. The Work, whether completed or not, constitutes and will constitute a work specially ordered or commissioned by Assignee, and accordingly Assignee and Assignor expressly acknowledge and agree that the Work is and shall be considered a "work made for hire" for Assignee, and that Assignee is and shall be considered the author of the Work for all purposes and the owner of all rights in and to such material, including copyrights, trademarks, trade secret, and other rights thereto.

B. If the Work is not considered a work made for hire for Assignee or if Assignor otherwise possesses any rights in the Work, Assignor hereby assigns, and agrees to assign in the future, all right, title, and interest, including copyright, trademark, and trade secret, in and to the Work to Assignee. Assignor will, upon request, execute, acknowledge, and deliver to Assignee such additional documents as Assignee may deem necessary to evidence and effectuate Assignee's rights under this Agreement, and grants to Assignee the right, as attorney-in-fact, to execute, acknowledge, deliver and record in the U.S. Copyright office, or elsewhere, any and all such documents. Assignor covenants and agrees not to make any claim or bring any action that will or might interfere with or derogate from Assignee's said rights. Assignor waives any "moral rights" or "droit moral" throughout the world.

C. This Section 1 shall survive any termination or expiration of this Agreement.

2. **FURTHER ASSURANCES.** Assignor agrees that upon request of Assignee, at any time and from time to time, Assignor will execute, acknowledge, and deliver to Assignee such additional documents as Assignee may deem necessary to evidence and effectuate Assignee's rights under this Agreement, and grants to Assignee the right, as attorney-in-fact, to execute, acknowledge, deliver, and record in the U.S. Copyright office, U.S. Patent & Trademark Office, and elsewhere, any and all such documents.

3. **CONTRACTOR STATUS, TAXES.** Assignor is an independent contractor and acknowledges sole responsibility for any and all taxes incurred in connection with its provision of the services contemplated under this Agreement, including unemployment, social security, withholding, and other taxes and levies of any kind. The parties are not agents or joint venturers, and neither has the authority to bind the other to any third person or otherwise to act in any way as the representative of the other.

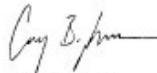
4. **MISCELLANEOUS.** Except as herein provided, this Agreement cancels and supersedes all prior negotiations and understandings relating to ownership of and/or rights in the Work, and contains all of the terms, covenants, conditions, representations, and warranties of the parties. This Agreement shall be governed by the laws of Oregon and/or the United States, as applicable. The courts in Oregon, in the county of Multnomah, shall have exclusive jurisdiction to determine any dispute arising out of or related to this Agreement. Assignor waives any defense based on lack of jurisdiction or forum non conveniens. This Agreement may not be modified except by a written instrument signed by Assignor and Assignee. No waiver

The signatures below acknowledge agreement to the foregoing:

Insignia Health, LLC

Licensee

SIGN:



PRINT:

Craig B. Swanson

TITLE:

President, COO

DATE:

October 11, 2018

SIGN:



PRINT:

N. PINAR AY

TITLE:

Prof, MD, MPH

DATE:

2<sup>nd</sup> October, 2018

## EK 6. Etik Kurul İzni



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	09.2018.834
	PROJE ADI	Hasta Aktiflik Düzeyinde Klinisyen Desteği Ölçüm Aracının (Clinician Support For Patient Activation Measure) Türkiye'ye Uyarlanması Geçerlik Ve Güvenlik Çalışması
	SORUNLU ARAŞTIRICI İVYANIADI	Prof. Dr. Pınar AY

KARAR BİLGİLERİ	Tarih : 07.12.2018
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvurusu dnyaya ve ilgili bşlgülerle araştırılması gerektiren, insan, yabancılık ve yabancılık dışındaki diğer canlı türleri üzerinde ve gerektirilmemesinde sakınca bulunmadığı gibi Kararlanmıştır. Araştırmanın ayarlanmasına ay bşlgisi de karar verilmiştir. Özetinde belirtilen raporun her türlü genetik değişiklikleri planlanmamıştır. Sağlık riski veya genetik değişikliklerine Etik Kurulu bildirilerek projeye başlanmasını gerektirmez.

Unvan / Adı / Soyadı	Unvanlı Duru	Kurumu / EA Eyrığı	Unvanlı Duru	Unvanlı Duru	Unvanlı Duru	İmza
Prof. Dr. Hacer DİRSEKİNELİ	Kemaneşli	M.E. Tıp Fakültesi Beykoz	Var	Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Talat ERGUN	Doçmanlı	M.E. Tıp Fakültesi Beykoz	Var	Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Prof. Dr. Adil KARALP	Farmakoloji	M.E. Tıp Fakültesi Ege	Var	Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Sefa GÖRKEY	Tıp Tarihi ve Etik	M.E. Tıp Fakültesi Ege	Var	Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Prof. Dr. Hediye KAYA	Fenoloji	M.E. Tıp Fakültesi Ege	Var	Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. M. Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.E. Tıp Fakültesi Ege	Var	Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Prof. Dr. Sema SARDAS	Etiket	M.E. Emekli Fak. Ege	Var	Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Prof. Dr. Bekir DOĞAN	Diş Hekimi	M.E. Diş Hekimliği Fak. Ege	Var	Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Buse Merve ATASOY	Kadın Hastalıkları	M.E. Tıp Fakültesi Ege	Var	Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Erol KARAAOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	M.E. Tıp Fakültesi Ege	Var	Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Doç. Dr. Mehmet KIRAT	Diş Hekimi	İzmirli Ün. Diş Hekimliği Fak. Ege	Var	Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Çiğdem SERT	Halk Sağlığı	M.E. Tıp Fakültesi Ege	Var	Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
Doç. Dr. Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Ankara Ün. Tıp Fak.	Var	Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Pinar Meryem TİBER	Biyofizik	M.E. Tıp Fakültesi Ege	Var	Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<i>[Signature]</i>
Çocuk Hastalıkları	Sağlık Bakanlığı	Serbest	Var	Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	

Aslı Gibidir.  
14. 02. 2019  
Mutlu ERDEM  
*[Signature]*

## EK 7. Kurum İzni



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 16867222-604.01.01  
Konu : Dr. Ercan KULAK'ın Tez Çalışması

MARMARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Personel Daire Başkanlığına)  
(Marmara Üniversitesi Göztepe Yerleşkesi Rektörlük Binası 34722 Kadıköy/İstanbul)

İlgi : a) 28/02/2019 tarihli ve 71211201-1900057357 sayılı yazınız.  
b) 28/03/2019 tarihli ve 64222187-604.01.01-2371 sayılı yazısı.  
c) 28/03/2019 tarihli ve 43766128-604.01.01-6294 sayılı yazısı.

İlgi a) sayılı yazınız ile Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Dr. Ercan KULAK'ın "Hasta Aktiflik Düzeyinde Klinisyen Desteği Ölçüm Aracının (Clinician Support for Patient Activation Measure) Türkçeye Uygulanması: Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması" konulu tez çalışmasını, Persdik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Maltepe İlçesi Aile Sağlığı Merkezlerinde yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Araştırma ile ilgili Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığının ilgi b) sayılı yazısında; "Bilindiği üzere aile hekimliği uygulaması kapsamında görev yapan aile hekimleri 25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin "Kayıtların Tutulma Şekli ve Muhafazası" başlıklı 31 inci Maddesinin 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakımla yükümlü olduğu vatandaşlara ait bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuat çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamaya yükümlüdür." hükmü ile 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan "Hasta Hakları Yönetmeliği" nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23' üncü Maddesinin 1 inci fıkrasında yer alan "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebi ile edinilen bilgiler, kamu ile mütasade edilen haller dışında, hiç bir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden aile hekimine kayıtlı nüfus ile ilgili veriler şahıslar veya yasal varislerinin izni olmadan üçüncü kişiler ile paylaşılamaz" denilmektedir.

Soyunvan mahallesi Mevlana Cadde No: 85 34015 Zeytinburnu/İstanbul

Telefon: Faks No: 0 212 638 33 99

e-Posta: selmin.nazligul@saqlik.gov.tr İnt. Adresi:

selmin.nazligul@beyogusabirlik.gov.tr

Evrensel elektronik imza adresine <http://e-belge.saglik.gov.tr/admin/index.php?module=01c3d312-a776-4a6a-b86e-a039b668886> kodu ile erişilebilir.

Bu belge 5078 sayılı elektronik imza kanunu göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

İlgi İşleri Selmin NAZLIGÜL

TİBBİ SEKRETER

Telefon No: 0 212 638 33 99

Bu bağlamda söz konusu araştırmanın yapılması yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla ve Pendik EAH'nin ilgili c) sayılı yazısına istinaden Müdürlüğümüz tarafından onaylanmış olup, konunun çalışmada adı geçen kişiye tebliği hususunda;  
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.  
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN  
Müdür a.  
Başkan

Ek:  
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı'nın Görüş Yazısı

Permin GÖRECEK  
İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Sağlık Bakanlığı  
GÜVENLİ ELEKTRONİK İMZALI  
ASLI İLE AYNIYDUR  
03/10/2013

Seyrâzım ruahhalisi Nevlâni Caddesi No: 85 54015 Zeytinburnu/İstanbul

Teklif No: Fako No: 0 212 638 33 99

e-Posta: sekinis.naslilgisi@saqlik.gov.tr İnt. Adresi:

sekinis.naslilgisi@beykozulbilgi.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 01c3d312-a77e-4a6e-b86e-a076b86b8866 koda ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5079 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Selmin NAZLIOĞLU

TIBBİ SEKRETER

Tel: 0 212 638 33 99

## EK 8. İntihal Raporu

### HASTA AKTİFLİK DÜZEYİNDE KLİNİSYEN DESTEĞİ ÖLÇÜM ARACI'NIN (CLINICIAN SUPPORT FOR PATIENT ACTIVATION MEASURE) TÜRKÇEYE UYARLANMASI: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

#### ORJİNALLİK RAPORU

% <b>14</b>	% <b>10</b>	% <b>6</b>	% <b>11</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

#### BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<a href="http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080">www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>2</b>	<a href="http://toad.halileksi.net">toad.halileksi.net</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>3</b>	Submitted to Marmara University Öğrenci Ödevi	% <b>1</b>
<b>4</b>	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	% <b>1</b>
<b>5</b>	<a href="http://toad.edam.com.tr">toad.edam.com.tr</a> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>6</b>	<a href="http://halksagligiokulu.org">halksagligiokulu.org</a> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>
<b>7</b>	<a href="http://acikerisim.deu.edu.tr">acikerisim.deu.edu.tr</a> İnternet Kaynağı	<% <b>1</b>