

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ANTALYA'DA BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE
KAYITLI BULAŞICI OLMAYAN HASTALIK TANISI
OLAN YETİŞKİN BİREYLERİN HASTALIĞA UYUMU
VE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLERİN İNCELENMESİ

Betül BEKTAŞ

YÜKSEK LİSANS

2023-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ANTALYA'DA BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE
KAYITLI BULAŞICI OLMAYAN HASTALIK TANISI
OLAN YETİŞKİN BİREYLERİN HASTALIĞA UYUMU
VE İLİŞKİLİ DEĞİŞKENLERİN İNCELENMESİ

Betül BEKTAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Ayla TUZCU

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2023-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼ne;

Bu alışma j¼rimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Programında Y¼ksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir. 15/06/2023

İmza

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Ayla TUZCU
Akdeniz niversitesi

ye : Dr. Öğr. Üyesi Leyla MUSLU
Akdeniz niversitesi

ye : Doç. Dr. Fatma BAşALAN İZ
S¼leyman Demirel Üniversitesi

Bu tez, Enstit¼ Y¼netim Kurulunca belirlenen yukarıdaki j¼ri yeleri tarafından uygun g¼r¼lm¼ř ve Enstit¼ Y¼netim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Melike CENGİZ

Enstit¼ M¼d¼r¼

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Betül BEKTAŞ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Ayla TUZCU

TEŐEKKÖR

Yüksek lisans öğrenimim süresince gelişimime katkı sağlayan, mesleki gelişimim için bilgi ve emeğini hiçbir zaman esirgemeyen, bu eğitim sürecinde bana güç veren ve destek olan değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Ayla TUZCU'ya,

Lisans ve Yüksek lisans eğitimim boyunca ders aldığım, gelişimime katkı sağlayan ve emek veren değerli hocalarıma,

Yüksek lisans eğitimimin her aşamasında destek sağlayan Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına,

Veri toplama sürecinde araştırmaya katılmayı kabul eden ve değerli vakitlerini bana ayıran tüm katılımcılara,

Bütün hayatım boyunca desteklerini, sevgilerini esirgemeyen, beni bu günlere getiren sevgili annem Fatma YILDIRIM'a, babam Sabri YILDIRIM'a ve ikiz kardeşim Bahadır YILDIRIM'a,

Her koşulda yanımda olan, sevgisini, sabrını, her anlamda desteğini esirgemeyen sevgili eşim Özgür BEKTAŞ'a,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada Antalya’da bir Aile Sağlığı Merkezi (ASM)’ne kayıtlı en az bir Bulaşıcı Olmayan Hastalık (BOH) tanısı olan yetişkin bireylerin hastalığa uyum düzeyi ve hastalığa uyumla ilişkili olabilecek bazı sosyodemografik özellikler ve sağlık öyküsü ile ilişkili faktörleri incelemek hedeflenmiştir.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan çalışmaya en az bir BOH tanısı olan 329 birey alınmıştır. Veriler; demografik özellikler, sağlık öyküsü formu ve Kronik Hastalığa Uyum Ölçeği (KHUÖ) ile toplandı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Pearson Korelasyon analizi, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis varyans analizi ve Multiple Linear Regresyon kullanıldı.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 58.76 ± 6.79 olup, %62.6’sı kadın, %53.19’u ilkokul mezunu ve %28’inin gelir düzeyi düşüktür. Katılımcıların %71.7’i kardiyovasküler, %59.6’ı diyabet, %26.1’i solunum yolu hastalıkları ve %3’ü kanser hastasıdır. Çalışmamızda KHUÖ toplam puan ortalaması 100.01 ± 11.08 ’dır. Bireylerin %97.6’sı sürekli ilaç kullanmakta ve %94.5’i düzenli sağlık kontrollerini yaptırmaktadır. BOH’lu bireylerin hastalığa uyum düzeyi ile solunum yolu hastalığına sahip olma, sağlık kontrollerini düzenli yaptırma, sürekli ilaç kullanıma ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Formu (WHOQOL-BREF-TR)’nun genel durum (algılanan sağlık, yaşam kalitesi) ve psikolojik boyutu düzeyleri anlamlı şekilde ilişkilidir ($p < 0.05$).

Sonuç: Katılımcıların hastalığa uyum toplam puan ortalaması ortalamanın üzerindedir. ASM’de görevli sağlık çalışanları tarafından BOH’a uyum düzeyi düşük olan riskli bireylerin (sağlık kontrollerini düzenli yaptırmayan, uzun süreli ilaç kullanmayan, ruhsal çökkünlük yaşayan) belirlenerek, gereksinimlerine uygun eğitim verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bulaşıcı olmayan hastalıklar, birinci basamak sağlık hizmetleri, uyum, hasta

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to examine the level of adjustment to illness of adult individuals with at least one Non-Communicable Disease (NCD) diagnosis registered in a Family Health Center (FHC) in Antalya as well as some socio-demographic characteristics and health history-related factors that may be related to adjustment to illness.

Method: This descriptive study included 329 individuals diagnosed with at least one NCD. Data were collected using Demographic characteristics, a health history form and the Adaptation to Chronic Illness Scale (ACIS). Descriptive statistics, Pearson Correlation analysis, Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis analysis of variance and Multiple Linear Regression were used to analyze the data.

Findings: The mean age of the participants was 58.76 ± 6.79 , 62.6% of them were female, 53.19% were primary school graduates and 28% had a low level of income. 71.7% of the participants had cardiovascular disease, 59.6% had diabetes, 26.1% had respiratory diseases and 3% suffered from cancer. In the present study, the total mean score of ACIS was 100.01 ± 11.08 . 97.6% of the participants were regularly taking drugs and 94.5% of them had regular health checks. The level of adjustment to illness of individuals with NCD was significantly associated with having a respiratory disease, regular health checks, regular drug use, and the general status (perceived health, quality of life) and psychological dimension levels of WHOQOL-BREF-TR ($p < 0.05$).

Conclusion: ACIS total mean score of the participants was above the average. It is recommended for healthcare professionals in the FHC to identify risky individuals with low adjustment to NCD (who do not have regular health checks, do not use drugs for a long term, have depression) and provide training to them according to their needs.

Key words: Noncommunicable diseases, primary health care, adaptation, patient

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ	iiiv
SİMGELER ve KISALTMALAR	iiiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Tanımı ve Epidemiyolojisi	3
2.2. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Risk Faktörleri	7
2.2.1. Değiştirilebilir Davranışsal Risk Faktörleri	7
2.2.2. Metabolik Risk Faktörleri	10
2.3. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önemi	12
2.4. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Uyum Süreci	12
2.5. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Uyumu Etkileyen Psikososyal Faktörler	13
2.6. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Uyumun Geliştirilmesi ve Hemşirenin Rolü	14
3. GEREÇ ve YÖNTEM	16
3.1. Araştırmanın Tipi	16
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	16
3.3. Araştırmanın Evreni	16
3.4. Araştırmanın Örneklemi	16
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	17
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	17
3.6.1. Bağımlı Değişkenler	17
3.6.2. Bağımsız Değişkenler	17
3.7. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	18

3.7.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	18
3.7.2. Kronik Hastalığa Uyum Ölçeği (KHUÖ)	20
3.8. Verilerin Toplanması	20
3.9. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	21
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	23
3.11. Araştırma İzni ve Etik Kurul Onayı	23
4. BULGULAR	24
4.1. Tüm Bireylerin Demografik Özellikleri ve Sağlık Öyküsü'nün Değerlendirmesi	24
5. TARTIŞMA	40
5.1. BOH'lu bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum ve WHOQOL-BREF-TR Puanları	40
5.2. Katılımcıların Kronik Hastalıklara Uyumun Toplam Puanıyla İlişkili Demografik ve Sağlık Öyküsü Faktörlerinin İncelenmesi	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	44
6.1. BOH'lu Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Kronik Hastalığa Uyum Düzeylerinin Sonuçları	44
6.2. BOH'lu Bireylerin Demografik, Sağlık Öyküsü ve WHOQOL-BREF-TR Yaşam Kalitesinin Kronik Hastalığa Uyum Düzeyiyle Karşılaştırmasına Yönelik Sonuçlar	44
6.3. Multiple Linear Regresyon Analizi Sonuçlarına Göre Katılımcıların Demografik ve Sağlık Öyküsü Değişkenlerinin Kronik Hastalığa Uyum Düzeyiyle İlişkisi	45
6.4. Uygulamaya Yönelik Öneriler	45

6.5. Araştırmacılara Öneriler	46
KAYNAKLAR	47
EKLER	55
EK-1. Tanıtıcı Bilgi Formu	
EK-1-A. Demografik Özellikler	
EK-1-B. Sağlık Öyküsü	
EK-2. WHOQOL-BREF-TR Soruları	
EK-3. Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği	
EK-4. WHOQOL – BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği için Erhan ESER’den izin Talebi Yazısı	
EK-5. Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği için Derya ATİK’ten İzin Talebi Yazısı	
EK-6. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakóltesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı	
EK-7. Antalya İl Sağlık Müdürlüğü İzni	
ÖZGEÇMİŞ	69

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.1.	BKI Ölçümü Sınıflandırması	19
Tablo 3.2.	Araştırmada Değerlendirilen Parametreler ve Uygulanan Testler	22
Tablo 3.3.	Multiple Linear Regresyon Analizinde Kullanılan Değişkenlere Ait Tanımlar	22
Tablo 4.1.	Katılımcıların Demografik ve Sağlık Öyküsü Değişkenleri	24
Tablo 4.2.	Katılımcıların Demografik Faktörler ile KHUÖ Puan Ortalamaları İlişkisi	27
Tablo 4.3.	Katılımcıların KHUÖ Puan Ortalamaları ile Sağlık Öyküsü Faktörleri Arasındaki İlişki	32
Tablo 4.4.	Katılımcıların WHOQOL-BREF-TR Puan Ortalamalarının Dağılımları	36
Tablo 4.5.	Katılımcıların KHUÖ Puan Ortalamaları ile WHOQOL-BREF-TR Puanlarının Karşılaştırması	36
Tablo 4.6.	Kronik Hastalıklara Uyum ile İlişkili Faktörlerin Multiple Linear Regresyon Analizi	38

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1.	BOH'lara Bağlı Toplam Ölüm Yüzdesi (Dünya ile Kıyaslama)	4
Şekil 2.2.	70 Yaş Altındaki BOH Ölümlerinin Yüzdesi (Dünya ile Kıyaslama)	4
Şekil 2.3.	Yaşa Standardize Edilmiş BOH Ölümleri	5
Şekil 2.4.	Türkiye'de BOH'lara bağlı Toplam Ölüm Yüzdesi	6
Şekil 2.5.	Türkiye'de Cinsiyete Göre 70 Yaşın Altında BOH'a Bağlı Ölümünün Yüzdesi	6
Şekil 2.6.	On Beş Yaş ve Üzeri Bireylerin Her Gün Tütün ve Tütün Mamulü Kullanma Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı ve Uluslararası Karşılaştırması	8
Şekil 2.7.	On Beş Yaş ve Üzeri Bireylerde Kişi Başına Düşen Mutlak Alkol Tüketimi Miktarının Ülkelere Göre Dağılımı	10

SİMGELER ve KISALTMALAR

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BOH	: Bulaşıcı Olmayan Hastalık
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KHUÖ	: Kronik Hastalığa Uyum Ölçeği
WHOQOL-BREF-TR	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi-BREF Türkçe Formu

1. GİRİŞ

Kronik hastalıklar olarak da bilinen bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) genetik, fizyolojik, çevresel ve davranışsal faktörlerin bir kombinasyonunun sonucu olarak ortaya çıkan ve uzun süreli olma eğiliminde olan hastalıklardır. Başlıca BOH türleri kardiyovasküler hastalıklar (kalp krizi ve felç gibi), kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları (kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve astım gibi) ve diyabettir (WHO, 2022a).

Dünya genelindeki tüm ölümlerin %74'ünün nedeni BOH'dır. Her yıl 17 milyon insan 70 yaşından önce BOH'dan dolayı ölmektedir. Bu ölümlerin %86'sı düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir (WHO, 2022a). Dünya'da BOH ölümlerinin nedenlerini sırasıyla 17.9 milyon kişiyle kardiyovasküler hastalıklar, bunu kanser (9,3 milyon), kronik solunum yolu hastalıkları (4.1 milyon) ve diyabet (2 milyon) izlemektedir Bu dört hastalık grubu, tüm erken BOH ölümlerinin %80'inden fazlasını oluşturmaktadır (WHO, 2022a). Türkiye'de ise ölümlerin %90'ı BOH'dan kaynaklanmaktadır (WHO, 2019). Bu ölümlerinin büyük bir çoğunluğunu %36'lık oranla kardiyovasküler hastalıklar, %28 ile kanser, %7 ile solunum yolu hastalıkları ve %6 ile diyabet oluşturmaktadır (WHO, 2019).

BOH'lar genellikle kötü beslenme, tütün kullanımı, fazla alkol ve fiziksel aktivite yetersizliği gibi yaşam biçimi davranışlarına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (Acar Vaizoğlu, 2019; Rector, 2018). BOH, fizyolojik fonksiyonların yavaşlamasına ve geri dönüşü olmayan değişikliklere sebep olur. Ayrıca BOH'lar yaşam döneminin uzun bir yerini kapsayan, uzun süreli gözlem, tıbbi bakım ve tedavinin sürekli olmasını gerektiren hastalıklardır (Gülseven ve Oğuz, 2014; Mollaoğlu, 2012)

Hastalığa Uyum, BOH'ın yönetilmesinde ve bireyin bakımında oldukça önemlidir (Gülseven ve Oğuz, 2014). Bireyin hastalığa uyumu hastalık ve tedavi ile ilgili faktörlerin tümünü etkileyebilmektedir (Durna, 2012). BOH süresince hastaların yaşadıkları uyum problemleri, hastalığın etkin yönetilememesi ve istenilen hedeflere ulaşılamamasına bağlı olarak; hastaneye yatış sıklığı, komplikasyon gelişme riski ve bunlara bağlı ölüm oranlarını arttırmaktadır (Akdemir ve Birol, 2005; Koşar ve Büyükkaya Besen, 2015).

Literatür’de BOH’u olan bireylerde hastalık belirtileri ve tedavisinin; bireyin hastalığı nasıl algıladığını, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirememesini, beden imajındaki değişiklikleri, aile ilişkilerinin bozulmasını, ölüm korkusunun yaşanmasını hastalığa uyumunu olumsuz etkileyen faktörler olarak belirtilmektedir (Özdemir ve Taşçı, 2008; Mollaoğlu, 2012; Özkan Tuncay ve ark., 2018; Hançerlioğlu ve ark., 2019). Bu faktörlerin etkisini en az düzeye indirmek ve hastalık sürecini kontrol etmek için BOH’lu bireylerin ciddi yaşam tarzı değişiklikleri yapması istenmektedir. Yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesi ise uzun süreli destek ve danışmanlığı gerektirir (Durna, 2012). Bir hastalığa uyumun sağlanabilmesi için öncelikle hastanın hastalığıyla ilgili inançlarını, tutumlarını, davranışlarını ve korkularını anlamak gerekmektedir. Uyumdaki zorlukları anlamak, uygun baş etme yöntemlerini geliştirmek, destekleyici bakım müdahalelerini planlamak bireyin yaşam kalitesi açısından oldukça önemlidir (Atik ve Karatepe, 2016). BOH’lu bireylerin hastalığa uyum düzeyi ve etkili faktörlerin belirlenmesi; hastalık sürecindeki olumsuz etkilerin, bakım maliyetlerinin ve komorbid durumların azaltılması için yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Bu çalışma Antalya’da bir ASM’ye kayıtlı en az bir BOH tanısı olan bireylerin hastalığa uyumu ve hastalığa uyumla ilişkili olabilecek bazı değişkenlerin (demografik, sağlık öyküsü) incelemesi için planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Tanımı ve Epidemiyolojisi

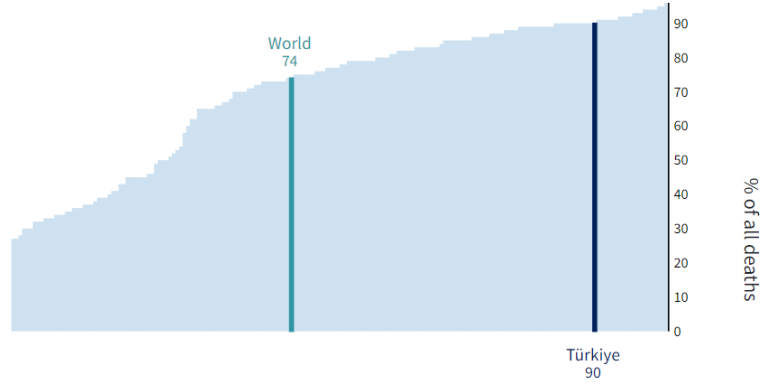
Kronik hastalıklar olarak da bilinen bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) genetik, fizyolojik, çevresel ve davranışsal faktörlerin bir kombinasyonunun sonucu olarak ortaya çıkan ve uzun süreli olma eğiliminde olan hastalıklardır (WHO, 2022a). BOH, iyileşmenin genellikle tam olarak görülmediği yavaş ilerleyen, sürekli ve genellikle kalıcı sakatlıklara yol açan, oluşmasında sosyo-ekonomik, kişisel özellikler ve genetik etkenlerin rol oynadığı, genellikle non-enfeksiyöz karakterde olan hastalıklardır şeklinde tanımlamıştır (Bilir ve Erbaydar Paksoy, 2015).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından BOH dört ana hastalıkla ele alınmaktadır. Bu hastalıklar; kardiyovasküler hastalıklar (koroner arter hastalığı, serebrovasküler hastalık, romatizmal kalp hastalığı), kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları (kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve astım) ve diyabettir (Durna, 2012; WHO, 2022a).

Dünya'daki ölüm nedenlerinin en başında BOH yer almaktadır. BOH dünyada her yıl 41 milyon insanın ölümüne sebep olmakta ve bu da küresel ölümlerin %74'ine denk gelmektedir. (WHO, 2022a). Her yıl 17 milyon insan, 70 yaşından önce BOH'dan kaynaklı ölmektedir ve bu erken ölümlerin %86'sı düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir (WHO, 2022a). BOH'dan kardiyovasküler hastalık, kanser, diyabet veya kronik solunum yolu hastalıklarından herhangi birinden ölüm oranının 2019 yılında 30 ve 70 yaşları aralığında ise %15.63 olduğu bildirilmektedir (WHO, 2021).

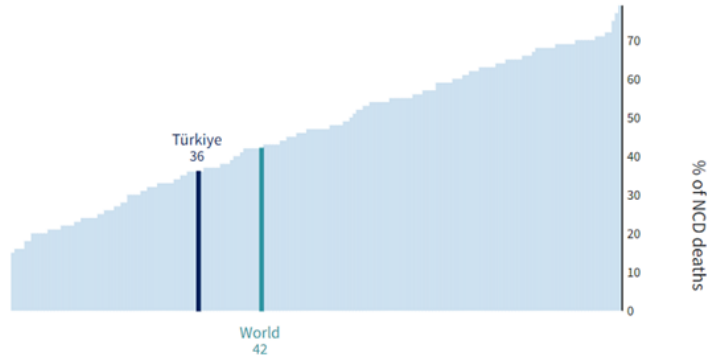
Dünya'da BOH'a bağlı toplam ölüm yüzdesi %74'dür bu oran Türkiye'de %90 olduğu görülmektedir (WHO, 2019) (Şekil 2.1). Dünya'da BOH nedenli 70 yaş altındaki ölümlerin oranı %42, Türkiye'de ise bu oran %36'dır (WHO, 2019) (Şekil 2.2).

Percentage of total deaths due to NCDs



Şekil 2.1. BOH'lara Bağlı Toplam Ölüm Yüzdesi (Dünya ile Türkiye Karşılaştırması)

Percentage of NCD deaths occurring under 70 years

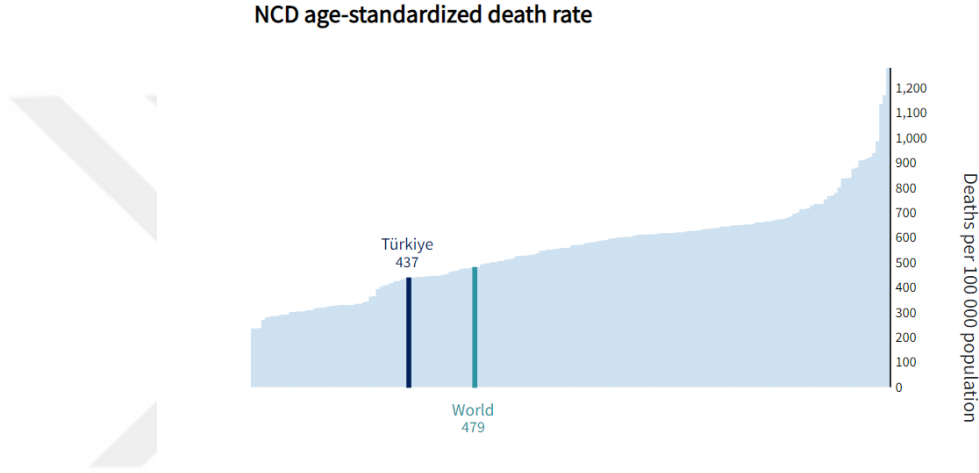


Şekil 2.2. 70 Yaş Altındaki BOH Ölümünün Yüzdesi (Dünya ile Türkiye Karşılaştırması)

Dünya’da BOH ölümlerinin nedenlerini sırasıyla kardiyovasküler hastalıklar (17.9 milyon), kanser (9 milyon), solunum yolu hastalıkları (3.9 milyon) ve diyabet (1.6 milyon) izlemektedir (WHO, 2022a).

Dünya’da yaşa standardize edilmiş BOH ölümlerinin her yüz bin de 479 kişi, Türkiye’de ise 437 kişi olduğu bildirilmektedir (WHO, 2019) (Şekil 2.3).

Türkiye’de BOH ölümlerinin büyük bir çoğunluğunu %36’lık oranla kardiyovasküler hastalıklar oluşturur, bu oranı %28 ile kanser, %7 ile solunum yolu hastalıkları ve %6 ile diyabet takip etmektedir (WHO, 2019).

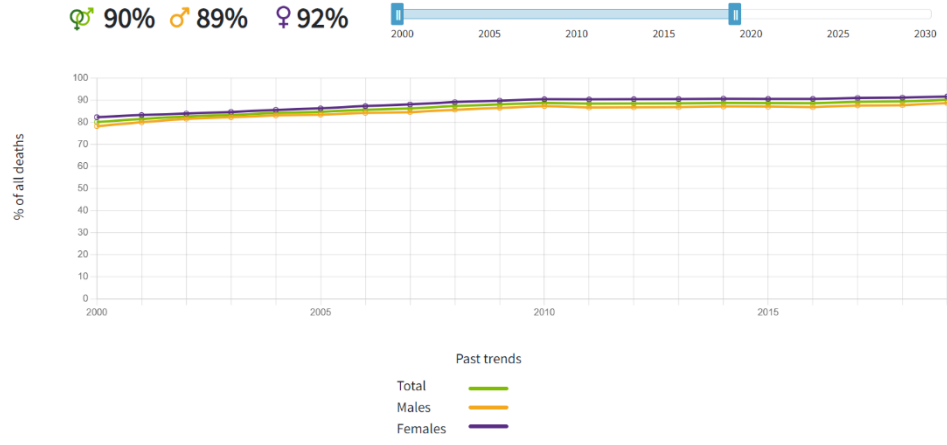


Şekil 2.3. Yaşa Standardize Edilmiş BOH Ölümleri (Dünya ile Türkiye Karşılaştırması)

Türkiye’de ölümlerin %90’ının BOH kaynaklıdır ve cinsiyete göre değerlendirdiğimizde kadınlarda bu oran (%92), erkeklere %89 göre yüksektir (WHO, 2019) (Şekil 2.4).

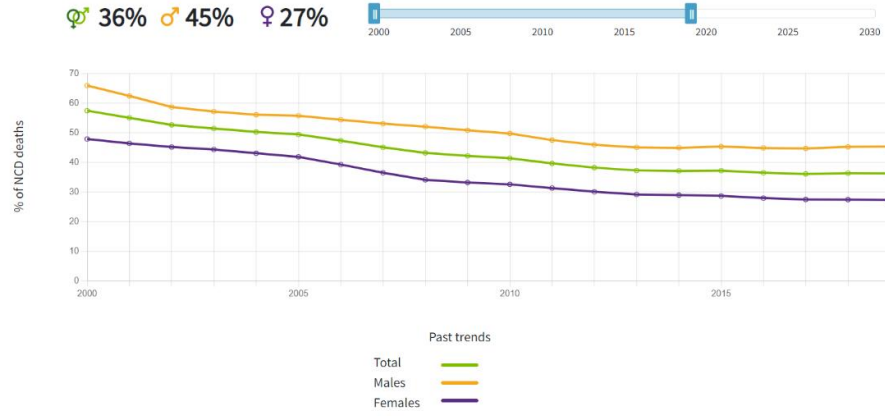
Türkiye’de 70 yaş altındaki BOH kaynaklı ölümleri cinsiyete göre bakıldığında erkeklerde bu oran %45, kadınlarda %27’dir (WHO, 2019) (Şekil 2.5).

Percentage of total deaths due to NCDs



Şekil 2.4. Türkiye'de BOH'lara bağlı Toplam Ölüm Yüzdesi

Percentage of NCD deaths occurring under 70 years



Şekil 2.5. Türkiye'de Cinsiyete Göre 70 Yaşın Altında BOH'a Bağlı Ölümünün Yüzdesi

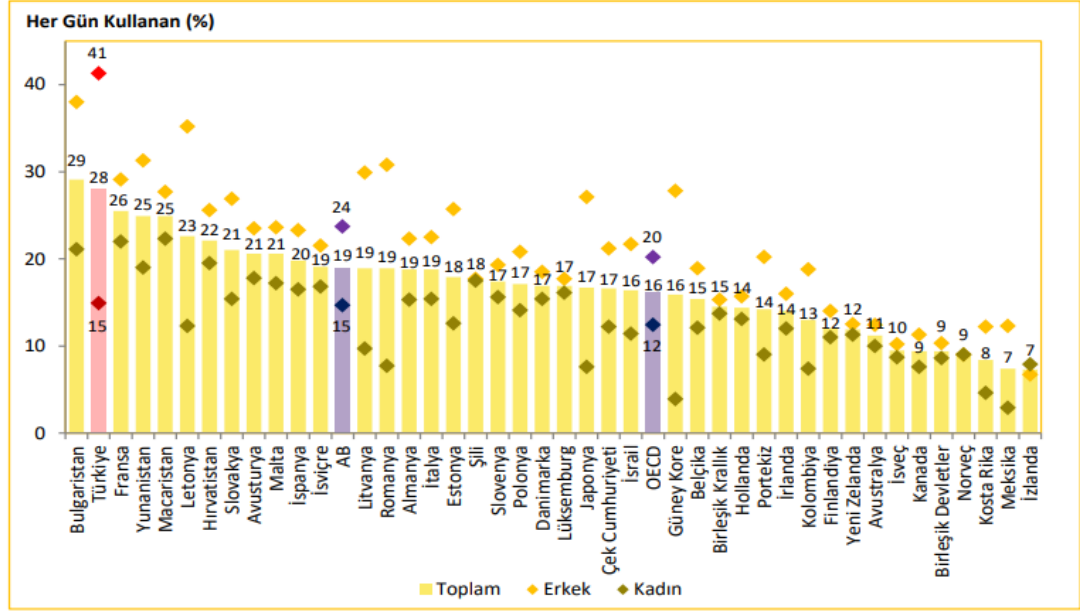
2.2. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Risk Faktörleri

2.2.1. Değiştirilebilir Davranışsal Risk Faktörleri

Tütün kullanımı, fiziksel hareketsizlik, sağlıksız beslenme ve alkolün zararlı kullanımı gibi değiştirilebilir davranışların tümü BOH riskini artırır (WHO, 2022b).

Tütün kullanımı

Tütünün içerdiği nikotin, yüksek oranda bağımlılık yapar. Sigara içme tütün kullanımının en sık görülen biçimidir. Bir sağlık tehlikesi olarak tütün, dumandan ikincil etkilenme, dumansız ve dumanlı tütün kullanımı, daha az dumanlı tütün birlikte kullanımı ve tütün tarımında çalışmadan kaynaklanan etkilenim riskini de içermektedir (Acar Vaizoğlu, 2019). Tütün kullanımı kardiyovasküler hastalıklar, solunum yolu hastalıkları ve kanserler için önemli bir risk faktörüdür. Yılda 8 milyondan fazla insan tütün kullanımı sebebiyle ölmektedir (WHO, 2022b). Türkiye’de tütün ve tütün mamülleri kullanımı 2012’de %23.2 iken 2017’de ise %29.2 olduğu görülmektedir. Erkeklerin tütün ve tütün ürünleri kullanımı, kadınlara göre iki kat daha fazladır. Tütün ve tütün mamulü kullanım oranı 2012 yılında %23.2 iken 2017 yılında bu oran %29.2’lere çıktığı görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018). Tütün ve tütün mamulü kullanım oranı 2020 yılında %28 olduğu görülmekte cinsiyete göre değerlendirdiğimizde erkeklerin oranı kadınların iki katından daha fazladır (Sağlık Bakanlığı, 2023) (Şekil 2.6).



Şekil 2.6. On Beş Yaş ve Üzeri Bireylerin Her Gün Tütün ve Tütün Mamulü Kullanma Durumunun Ülkelere ve Cinsiyete Göre Dağılımı ve Uluslararası Karşılaştırması

Fiziksel Hareketsizlik

Fiziksel hareketsizlik, dünya çapında BOH ve ölümler için önde gelen risk faktörlerinden biridir. Kanser, kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet riskini %20 ile %30 oranında artırmaktadır. Küresel nüfus daha aktif olsaydı, yılda dört ila beş milyon ölümün önlenilebileceği tahmin edilmektedir. Dünya genelinde her dört yetişkinden birinin yeterince fiziksel aktivite yapmadığı bildirilmektedir. Ülkelerin ekonomik olarak geliştikçe, değişen ulaşım modelleri, iş ve eğlence için artan teknoloji kullanımı bireylerin hareketsizliğini artırmakta ve fiziksel aktivite yetersizlik seviyesi %70'e kadar çıkabilmektedir (WHO, 2022c). DSÖ verilerine göre Amerika ve Doğu Avrupa bölgeleri en yüksek hareketsizlik prevalansları olan bölgelerdir (Acar Vaizoğlu, 2019). Türkiye'de yetersiz fiziksel aktivite oranı %39 olup bu oran kadınlarda %36, erkeklerde %42'dir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023).

Ortalama olarak günde 30 dakikaya eşdeğer fiziksel aktivitenin iskemik kalp hastalığı riskini %30, diyabet riskini %27 azalttığı düşünülmektedir. Düzenli orta düzeyde

egzersize katılma konusunda en temel sorun güdülenme olup bununla birlikte kronik hastalıklara bağlı kısıtlılıkların bulunmasıdır (Acar Vaizoğlu, 2019).

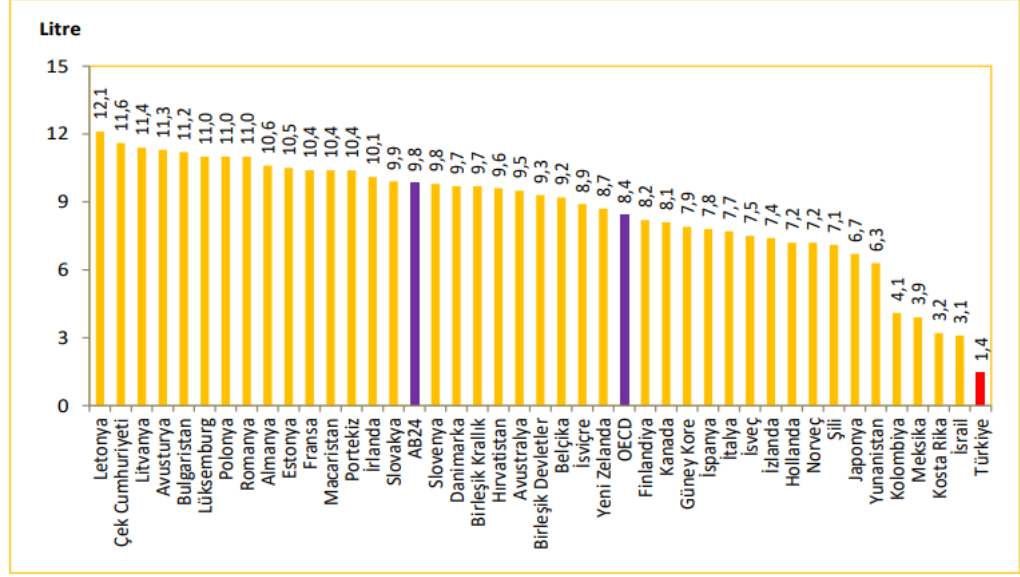
Sağlıksız Beslenme

Sağlıksız beslenme, BOH için önemli bir değiştirilebilir davranışsal risk faktörüdür. Metabolik sendrom olarak bilinen bir dizi bozukluğun obezite, hipertansiyon, dislipidemi ve bozulmuş glikoz veya insülin metabolizmasının ortaya çıkmasında sağlıksız beslenmenin önemli etkisi vardır (Alberti ve ark., 2005; Olatona ve ark., 2018).

Akdeniz diyetinin, sağlık durumu ve BOH'lar üzerinde önemli etkisi vardır. Bu diyetin özelliği zeytinyağı, baklagiller, rafine olmayan tahıllar, meyve ve sebze ve balığın yüksek düzeyde tüketimidir. Orta ve düşük miktarda tüketilmesi gereken besin kaynakları arasında süt ve süt ürünleri, et ve et ürünleri bulunmaktadır. Tuz kısıtlaması için de toplumsal önlemlerin alınmasına gerek vardır (Acar Vaizoğlu, 2019). Türkiye'de 2008 yılında tuz tüketimi günde 18 gram, 2017 yılında ise bu oranın 9 grama düştüğü belirlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023).

Alkol kullanımı

Alkolün kullanımı yüksek bir hastalık yüküne neden olur, toplumlar için önemli sosyal ve ekonomik sonuçları vardır. Alkol tüketimi ile alkol bağımlılığının, karaciğer hastalıkları, bazı kanserler, kardiyovasküler hastalıklar gibi diğer BOH ve ayrıca şiddet ve yol kazalarından kaynaklanan yaralanmalar dahil olmak üzere bir dizi zihinsel ve davranışsal bozukluk arasında nedensel bir ilişki olduğu iyi bilinmektedir (WHO, 2022d). Türkiye'de alkol tüketimi miktarı uluslararası kullanım miktarı ile karşılaştırıldığında oldukça düşük olup yılda 1.4 litredir (Sağlık Bakanlığı, 2023) (Şekil 2.7).



Şekil 2.7. 15 yaş ve Üzeri Bireylerde Kişi Başına Düşen Mutlak Alkol Tüketimi Miktarının Ülkelere Göre Dağılımı

2.2.2. Metabolik Risk Faktörleri

BOH riskini artıran dört temel risk faktörü vardır (WHO, 2022a).

Artan Kan Basıncı

Artan kan basıncı, yüksek prevalansı ve yol açtığı hastalık riski artışına bağlı olarak bütün dünyadaki en önemli sağlık sorunlarından birisidir (Şenuzun ve Özer, 2012; WHO, 2023a). Ayrıca küresel ölümlerin önemli nedenlerinden biridir (WHO, 2023a). Hipertansiyon, arterin içindeki kan basıncının artışı ile karakterize genetik, davranışsal etmenler ve metabolik bozuklukların birlikte rol aldığı bir sendromdur (Şenuzun ve Özer, 2012; WHO, 2023a). Hipertansiyon, altta yatan nedenlerle birlikte sağlığı tehdit eden kardiyovasküler hastalıklar için en yaygın risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Şenuzun ve Özer, 2012; WHO, 2023a). Yüksek kan basıncının her yıl küresel olarak 7.5 milyon ölüme sebep olduğu açıklanmaktadır. 40-69 yaş grubunda her 10mmHg artışın tüm gelir gruplarındaki inme hızında iki kat değişiklik ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur (Acar Vaizoğlu, 2019).

Fazla kilo ve obezite

Fazla kilo, çeşitli fiziksel engellere ve psikolojik sorunlara yol açmasının yanı sıra, bireylerin kardiyovasküler hastalık, kanser ve diyabet dahil olmak üzere bir dizi kronik hastalıklara yakalanma riskini önemli ölçüde artırmaktadır. Vücut ağırlığının artmasıyla birlikte bu hastalıklardan birden fazlasının gelişme riski (komorbidite) de artar (WHO, 2020). İşlenmiş gıdalar ve hazır yemekler giderek yaygınlaşmakta, ev dışında restoran, cafe vb. yerlerde beslenmek ve özellikle fast food hayatımızın önemli bir parçası haline gelmiştir. Fazla kilo ve obezitenin 2008'de dünya çapında yaklaşık 1,5 milyar yetişkini etkilediği 2030'da 2.16 milyar yetişkinin aşırı kilolu ve 1.12 milyar obez olacağı tahmin edilmektedir (Popkin ve ark., 2013; WHO, 2020). Küresel hastalık yüküne göre 2017'de aşırı kilolu veya obez olmanın bir sonucu olarak her yıl 4 milyondan fazla insanın ölmesiyle obezite sorunu salgın boyutlarına ulaşmıştır (WHO, 2020). Obezite nedenli sağlık sorunlarının görülme riskini düşürebilmek için sağlıklı kilonun korunması veya fazla kilolu olanların daha fazla kilo almasının önlenmesi gerekmektedir (CDC, 2022).

Hiperglisemi (Yüksek Kan Şekeri Seviyeleri)

Yüksek kan şekeri olarak da adlandırılan hiperglisemi, uyumsuz diyabetin yaygın bir etkisi olup özellikle sinirler ve kan damarları olmak üzere vücudun bir çok sisteminde ciddi hasara yol açmaktadır (WHO, 2023b). Hastada hiperglisemi semptomları (susuzluk hissi, poliüri, kilo kaybı, bulanık görme) görüldüğünde alınan kan örneğinde glukoz değerinin 200mg/dL ve daha yüksek olmasıdır. Tip1 diyabetli hastaların çoğunda semptomatik ve plazma glukoz konsantrasyonları > 200 mg/dL'nin üzerinde seyretmektedir. Ayrıca Tip 2 diyabetli bazı hastalar hiperglisemi ve > 200mg/dL kan glukoz ile başvurmaktadır (Hamit ve Yıldız Pehlivan, 2022).

Hiperlipidemi (Kandaki Yüksek Yağ Seviyeleri)

Hiperlipidemi, insan vücudundaki yüksek lipid seviyelerini tanımlayan çeşitli genetik ve edinilmiş bozuklukları içeren bir durum olup kanda kolesterol ve trigliseritler gibi çok fazla lipid (veya yağ) olduğu anlamına gelmektedir. Hiperlipidemi, kolesterol değerinin 200mg/dL üzerinde olması; LDL (>130 mg/dL)'nin yüzde 90'ın üzerinde veya HDL(<40 mg/dL) yüzde 10'un altında olması olarak da tanımlanır. Özellikle yüksek LDL,

ateroskleroz ve buna bağlı vasküler hastalığın gelişimine neden olan en yaygın risk faktörlerindendir (Hill & Bordoni, 2022).

2.3. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önemi

BOH'lar genellikle kötü beslenme, tütün kullanımı, fazla alkol ve fiziksel aktivite yetersizliği gibi yaşam biçimi davranışlarına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (Acar Vaizoğlu, 2019; Rector, 2018). BOH, fizyolojik fonksiyonların yavaşlamasına ve geri dönüşü olmayan değişikliklere sebep olmaktadır. Ayrıca BOH'lar yaşam döneminin uzun bir dönemini kapsayan, uzun süreli gözlem, tıbbi bakımın ve tedavinin sürekli olmasını gerektiren hastalıklardır (Gülseven ve Oğuz, 2014; Mollaoğlu, 2012). BOH bir ya da daha fazla vücut sistemini etkileyen; duyuşsal algılamada, harekette, bilişsel fonksiyonlarda ve sosyal becerilerde zayıflamaya neden olan hastalıklardır (Durna, 2012; Vural Doğru ve Karadakovan, 2016).

BOH'dan kaynaklı olarak bireyin bağımsızlığı azalmakta, sağlık algısı ve sosyal etkinlikleri kısıtlanmaktadır (Durna, 2012). BOH ve komplikasyonları bireyin fonksiyonel kapasitesini azaltır, aktif hayatlarını sınırlar, çalışma performansı ve iş üretimini düşürür, yaşam kalitesini bozar ve sosyal izolasyona yol açar (Chang ve Amanda, 2008; Durna, 2012).

DSÖ'nün BOH'ların önlenmesi ve kontrolü stratejisi ile ilgili 2013-2020 eylem planı raporunda; BOH'un hızla yükselen insidansı nedeniyle küresel hastalık yükünün arttığı ve bu hastalıklar 2030 için en önde gelen ölüm sebebi olacağı belirtilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2013). BOH'ların artmasında temel etkenler; dünya nüfusunun yaşlanması, çevresel etkenlerle birlikte yaşam şeklindeki değişiklikler, obezite, kalp yetmezliği, koroner kalp hastalığı ve AIDS gibi epidemilerdir (Durna, 2012; Gülseven ve Oğuz, 2014).

2.4. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Uyum Süreci

Uyum süreci, BOH'lu hastalarda hastalığın yönetilmesinde ve bireyin bakımında önemlidir. Bireylerin hastalıklarına uyumu, kronik bir duruma vücutun ve aklın yanıtı anlamında kullanılmaktadır (Gülseven ve Oğuz, 2014). BOH'lara sahip bireylerin öz yönetimine bağlı olarak hastalığa uyumunu etkileyen durumların; hastalık belirtileri ve

tedavisi, bireyin hastalığı nasıl algıladığına, günlük yaşam aktivitelerini engellemesine, beden imajında değişikliklerin olmasına, aile ilişkilerinde bozulmaya, ölüm korkusu yaşaması olduğu belirtilmektedir (Hançerlioğlu ve ark., 2019; Mollaoğlu, 2012; Özdemir ve Taşçı, 2008; Özkan Tuncay ve ark., 2018).

Hastalığa uyum, hastanın sağlık çalışanının öneri ve talimatlarını yerine getirdiği pasif bir yaklaşım tarzını ifade eder (CMSA, 2006). Bireyden olumlu yönde uyum göstermesi beklenirken birey tersi yönde davranış ve durumlar sergilerse durumu kötüleşir (Atik ve Karatepe, 2016; Gülseven ve Oğuz, 2014; Hançerlioğlu ve ark., 2019). Bireyin hastalığa uyumunun oluşması için durumun ne olduğunu anlayabilmesi, bu durum ile nasıl baş edebileceğine karar vermesi ve içerisinde bulunduğu duruma anlam verebilmesi önemlidir. Uyum süreci süreklilik gösteren bir durumdur. (CMSA, 2006; Gülseven ve Oğuz, 2014).

Bireylerin hastalığa uyumu; bilgi vermek, hastanın inançlarını değiştirmek, etkili iletişim kurmak ve önyargısını azaltmakla arttırılabilir (Atreja ve ark., 2005). Manav ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında yetişkinlerin bilgi düzeylerinin kronik hastalığa uyumda olumlu etkisinin olduğu bildirilmiştir. Hastaların hastalığına uyumu ihtiyaçlarının anlaşılması ve güvene dayalı bir ilişkinin sağlanması ile arttırılabilir (Barbera ve ark., 2011).

Bireylerin hastalığa uyumlu olması mortaliteyi azaltır, yaşam kalitesini artırır ve sağlık harcamalarını azaltır (Jerant ve ark., 2005). Sağlık personeli-hasta ilişkilerinin, hastaların hastalığa uyumlarını büyük ölçüde etkileyebileceğini göstermektedir. Bu ilişki, sağlık çalışanının ilaç dozları hakkında hastaya uygun bilgi verme, hastaya yeterli zaman ayırma, hastayla empati kurma ve hastanın endişelerine saygı gösterme becerisine dayanabilir (Rezaei ve ark., 2023).

2.5. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Uyumu Etkileyen Psikososyal Faktörler

BOH ve komplikasyonları hastaların hayatlarını sınırlar, çalışma hayatlarını zorlaştırır, yaşam kalitesini bozar ve sosyal izolasyona neden olur. Sadece hastaların değil ailenin yaşam tarzını ve aile bireyleri ile ilişkisini de çok etkiler (Türkmen, 2012). BOH'u olan bireylere hastalık tablosuna ek olarak, tedaviyle ilgili kısıtlamalar (diyet, gelecek ile ilgili

planlar), beden imajında değişiklikler, bağımlılığın artması, ölüm tehdidi, aile içindeki rollerin değişmesi, ekonomik sorunlar, sosyal aktivitelerde azalma, sağlık çalışanları ile iletişim eksikliği gibi çeşitli psikososyal faktörler hastalığa uyumu etkileyebilmekte ve uyum güçlüğüne neden olmaktadır (Baines ve ark., 2005; Mollaoğlu, 2012). Montgomery ve arkadaşlarının çalışmasında (1999), hastalık ve tedavi hakkında bilgilendirmenin iyi yapıldığı hastaların psikolojik sorunlara daha az maruz kaldığı ve tedaviye daha iyi uyum sağladıkları saptanmıştır (Montgomery ve ark., 1999). Meme kanseri olan bireylerin daha az cerrahi girişimlerin sonucunda daha iyi vücut imaj kaygısı, ve cinsel işlevlikle sonuçlanabileceğini gösterdi. Hastaların uyumlarında sosyal desteğin, bilişsel terapinin ve destekleyici bilgilerin psikososyal etkilerinin daha olumlu olduğu belirtilmektedir (Kumar ve Matto, 2022). BOH’u olan bireylerin fiziksel engel tehditi altında olmaları ve vücut imajının bozulma ihtimalinin uyumlarını etkilediği ifade edilmektedir (Heled, 2021). Japonya’da yapılan bir çalışmada tıp 2 diyabet hastalarında dengeli bir aile işleyişinin diyabetin iyi bir şekilde kontrol edilmesini sağladığı görölmüştür (Takenaka ve ark., 2013).

2.6. BOH’da Uyumun Geliştirilmesi ve Hemşirenin Rolü

Hemşirelik mesleği bireylerin sağlıklı bir yaşamın sürdürölmesini, sağlığın geliştirilmesini ve iyileştirilmesini sağlayan bir meslektir (ICN, 2008). Hemşireler sağlıklı beslenmeyeve sağlıklı yaşamı destekleyerek yaşam biçimine katkıda bulunur; BOH’lu bireylerin bozulan ve karışan durumlarını düzenlemek için danışmanlık yapar, hastaların daha sağlıklı ve daha uzun yaşam sürebilmeleri için, BOH ile baş etmesine yardımcı olur (ICN, 2008).

Bireylerin hastalıklarına uyum sağlayabilmesi ve yaşamlarını normal bir birey gibi sürdürebilmesi için hasta ve ailesini birlikte ele alarak özel eğitimler verilmelidir. Hasta eğitimi; BOH’a ait bilgi, teknik beceri ve problem çözme becerisi kazandırarak davranış değişikliğine yardımcı olmaya yönelik eğitimlerden oluşmaktadır (Türkmen, 2012). Uzman hemşireler doğrudan ve destekleyici bakım konusunda bilgi ve beceri sahibidir. Uzman hemşirelerin klinik ve fonksiyonel sonuçlarda, hastanın memnuniyeti, hizmet kullanımı üzerinde olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir (Türkmen, 2012). Ülkemizde

yayımlanan mevzuat kapsamında hemşireler ve uzman hemşireler rollerini geliştirerek BOH'un önlenmesi ve yönetiminde önemli roller üstelenebilir (Sağlık Bakanlığı, 2010).

Hemşirelerin hastaları kapsamlı olarak değerlendirmesi için ilaca uyumunu, psikopatolojisi, ifade edilen uyumsuzluk faktörlerinin nedenini hemşire olarak dikkate alması önemlidir (Chakraborty ve Kollipara, 2022). Hasta ve ailenin taburculuğunda empatik olmalı, uyumsuzluk konusunda yargılayıcı olmamalı, hastalığa uyumunu ele alan bir taburculuk eğitimi yapılmalıdır (Chakraborty ve Kollipara, 2022).

Hasta eğitimi uyumu iyileştirmenin önemli bir anahtarıdır. Ancak uygun motivasyon ve desteğinde uyumu artırdığı gösterilmiştir (Jimmy ve Jose, 2011). Kenya'da yapılan bir çalışmada BOH'u olan bireylerin takibini hemşirelerin yaptığı ve uyum düzeyinin %90'ın üzerinde olduğu görülmüştür (Some ve ark., 2016). Yapılan bir çalışmada diyabet, kronik kalp hastalıkları, KOAH ve kanser gibi BOH'u olan hastalara sağlanan hemşirenin vaka yönetiminde ihtiyaçlarının taleplerinin planlanması koordinasyonun sağlanmasıyla bireylerin yaşam kalitesini artırdığını göstermektedir (Kisokanth ve ark., 2015). Türkmen (2022) tarafından diyabetli bireylerle yapılan doktora tezinde Sağlık İnanç modeline dayalı olarak yapılan eğitimin hastalığa uyum sağlamada etkili olduğu bulunmuştur. Arslan (2021)'in çalışmasında hemşirelerin BOH'u olan hastalara uyumlarını artıracığı için eğitim ve danışmanlık vermelerini önermektedir. Aynı çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının hastalara kazandırılması gerektiği belirtilmektedir.

BOH yavaş ilerleyen, uzun ve sürekli bakım gerektiren ve bireylerin bütün yaşamlarını etkileyen önemli sağlık sorunudur. BOH'ı veya BOH'a bağlı yetersizliği olan bireylerin bakımı, hastalıkların yanı sıra bir bütün olarak fiziksel, emosyonel ve sosyal yönleriyle ilgilenmeyi kapsar. Toplumda yaygın olarak karşılaşılan bu sağlık sorunun uygun olarak yönetilmesi için hemşirelerin araştırmacı, vaka yöneticisi, eğitimci, danışman ve bakım verici rollerini etkin olarak kullanması gerekmektedir. Hemşirelerin etkili sağlık hizmet sunumundan yararlanan BOH tanısı almış olan bireylerin, hastalıklarına uyumları artarak hastalık ve tedavinin olumsuz etkileri ile baş etmeleri kolaylaşacak, yaşam kaliteleri yükselecek ve toplum sağlığında olumlu değişikliklere katkı sağlayabileceklerdir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Kesitsel tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Antalya’da bir ASM’ye kayıtlı en az bir BOH tanısı olan bireylerin hastalığına uyumu ve hastalığa uyumla ilişkili olabilecek bazı değişkenlerin (demografik ve sağlık öyküsü) incelenmesi amacıyla yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma, Etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra Antalya ili Kepez ilçesinde Ocak-Haziran 2021 tarihleri arasında 17 Nolu Dt. Selahattin Topçu ASM’de yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırma evrenini Antalya 17 Nolu Dt. Selahattin Topçu ASM’ye kayıtlı BOH tanısı olan ve 30-70 yaş aralığındaki toplam 8152 birey oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Örnek büyüklüğünün hesaplanmasında;

Olayın ortalaması incelendiği durumlarda evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda örnekleme alınacak birey sayısını saptamak için kullanılan formül kullanıldı.

$$n = \frac{Nz^2\sigma^2}{d^2(N - 1) + z^2\sigma^2}$$

N= Evrendeki birey sayısı = 8152

n= Örnekleme alınacak birey sayısı

σ = Evren varyansı = 7.45. Çoğunlukla bilinmediği için referans kaynaktaki örneklemin standart sapması kullanılır

z= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde z tablosunda bulunan teorik değer=1.96

d= Ortalamaya göre yapılan $\pm$ sapma = 0.8

Örneklem büyüklüğü hesaplanmasında referans değer (σ) olarak Atik ve Karatepe, 2016'nin kronik hastalık uyum puanı ortalaması varyansı ($\sigma=7.45$) alınmış olup örneklem büyüklüğü **320,11** olarak hesaplanmıştır. (GA: %95; $z=1.96$; $d=0.8$). Çalışmanın örneklemini verilerin toplandığı tarih aralığında ASM'ye başvuran ve çalışma kriterlerini karşılayan 329 birey oluşturmuştur.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 17 Nolu Dt. Selahattin Topçu ASM'ye kayıtlı olmak
- Hastanın en az 3 ay önce BOH tanısı (Diyabet, KOAH, Astım, Solunum Alerjileri, Mesleki Akciğer Hastalıkları, Pulmoner Hipertansiyon, Koroner Arter Hastalığı, Serebrovasküler Hastalık, Romatizmal Kalp Hastalığı, Periferik Kalp Hastalığı, Konjenital Kalp Hastalığı, Hipertansiyon, Derin Ven Trombozu ve Pulmoner Emboli, Kanser) almış olması,
- 30-70 yaş grubunda olmak.
- Söylenenleri anlamayı engelleyecek bir sorunu olmama (Dil, İşitme sorunu, mental sorun vb.)
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırmaya katılan BOH'u olan bireylerin hastalığa uyum düzeyi (hastalığa uyum puanı ortalaması)

3.6.2. Bağımsız Değişkenler

Demografik değişkenler: Yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, medeni durumu, sahip olduğu çocuk sayısı, çalışma durumu, mesleği, algılanan gelir, aile tipi, Antalya'da yaşadığı süre.

Sağlık öyküsüne yönelik değişkenler: Kilo, boy, BKİ, sigara kullanımı, alkol kullanımı, kronik hastalık tipi, tanı alma süresi, sürekli ilaç kullanımı, sağlık kontrollerini düzenli

yaptırma durumu, fiziksel engel durumu, WHOQOL – BREF’den “Yaşam Kalitesi” ve “Algılanan Sağlık” ile “Psikolojik boyuttur”.

3.7. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları “Tanımlayıcı Bilgi Formu” ve “Kronik Hastalığa Uyum Ölçeği” olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır.

3.7.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu (EK 1)

Demografik Özellikler (EK 1-A)

Araştırmacı tarafından literatüre dayandırılarak yapılandırılmış olan bu formda katılımcıların sosyodemografik özelliklerini değerlendiren sorular yer almaktadır (Vatansever ve ark., 2014; Eryılmaz ve ark., 2017; Fernandez-Lazaro ve ark., 2019; Hsieh ve ark., 2019). Yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, medeni durum, aile tipi, çocuk sayısı, algılanan gelir, Antalya’da yaşadığı süre olmak üzere dokuz sorudan oluştu.

Yaş ve çocuk sayısı açık uçlu olarak diğer değişkenler (cinsiyet, öğrenim düzeyi, medeni durum, aile tipi, algılanan gelir kategorik, Antalya’da yaşadığı süre) ise kategorik olarak soruldu.

Sağlık Öyküsü (EK 1-B)

Araştırmacılar tarafından literatüre dayandırılarak yapılandırılmış olan bu formda katılımcıların sağlık öyküsünü değerlendiren sorular (Kilo, boy, BKİ, sigara kullanımı, alkol kullanımı, fiziksel engel durumu, hastalık tanısı, tanı süresi, sürekli ilaç kullanımı, sağlık kontrollerini düzenli yaptırma durumu) yer aldı. Kilo, boy, tanı süresi açık uçlu diğer sorular kategorik sorulmuştur. Ayrıca bu bölümde DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu’ndan alınan boyutlar ile hastaların “Yaşam Kalitesi (1 soru)” ve “Algılanan Sağlık (1 soru)” ve “Psikolojik boyut (6 soru)” değerlendirildi.

BKİ: Hastaların BKİ hesaplamaları boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ölçümleri formülle hesaplanarak yapıldı. Boy uzunluğunun ölçülmesi; iki metre uzunluğu olan ve zemine dik olarak sabitlenen akrilik ölçüm cihazı kullanıldı, hastalardan ayakkabılarını çıkartması ve ölçüm cihazının önünde durması istenerek yapıldı Vücut ağırlığı ölçümü için düz zemin üzerine yerleştirilen elektronik tartı kullanılarak, hastalardan tartının üzerinde ayakları

bitişik şekilde durması istendi. Ayrıca kollar iki yana sarkıtılmış ve çene yere paralel pozisyonda olması istendi. Ölçüm yapılmadan önce hastanın üzerindeki ağır kıyafetlerini çıkarması istendi. BKİ hesaplaması $(\text{kg}) / [\text{boy (m)}]^2$ formülüyle hesaplandı (CDC, 2020). BKİ ölçümü sınıflandırması Tablo 3.1’de gösterildi (WHO, 2017).

Tablo 3.1. BKİ Ölçümü Sınıflandırması

Kategori	BKİ (kg/m^2)
Zayıf	< 18.5
Normal kilolu	18.5–24.9
Fazla kilolu	25–29.9
Obez	> 30

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi-Kısa Türkçe Formu Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR) (EK2):

WHOQOL-Bref (kısa form), 100 sorudan oluşan WHOQOL-100 ölçeğinden seçilen Yaşam Kalitesini (1 soru) ve Algılanan Sağlığı (1 soru) sorgulayan 2 soru ve 4 Boyut (domain) dan oluşmuştur. Toplam 26 sorudan oluşan ölçek 5’li Likert tipindedir. Ölçeğin boyutları; fiziksel (7 soru), psikolojik (6 soru), sosyal (3 soru) ve çevre (8 soru)’dir. ilk iki genel madde dışındaki tüm maddeler için fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevre boyutlarının puanları hesaplanmaktadır. Ölçek soruları 5’li likert tipte olup 1-5 puan şeklinde kodlanır alt boyutun ortalaması 100 üzerinden puanlamaya çevrilmektedir. Fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevre boyut puanları %20-100 arasında değişmekte ve puan ortalamaları arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır. Eser ve arkadaşları tarafından (1999) Türkçe’ye uyarlanan ölçeğin iç tutarlılık katsayıları fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevre boyutları için sırasıyla .76, .67, .56 ve .74 olarak bildirilmiştir (Eser ve ark., 1999).

Bu çalışmada WHOQOL – BREF-TR’den “Yaşam Kalitesi” ve “Algılanan Sağlık” maddeleri ile psikolojik boyut maddeleri (5,6,7,11,19,26) alınmıştır.

Psikolojik boyut soruları içerisindeki bir soru olumsuz olduğundan, diğer olumlu sorularla aynı yönde puan hesaplamak için ters çevrilerek hesaplama yapılmıştır. Bu çalışmada psikolojik boyutun iç tutarlılık katsayısı 0.85'dir.

3.7.2. Kronik Hastalığa Uyum Ölçeği (KHUÖ) (EK 3)

Ölçek Atik ve Karatepe tarafından 2016'da geliştirilen 25 maddelik bir ölçektir. BOH tanısı olan hastaların, hastalığa uyum düzeyini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Ölçeğin fiziksel uyum, sosyal uyum ve psikososyal uyum olmak üzere 3 alt boyutu vardır. Üç alt boyutlu ve 25 maddeli olan ölçekte;

1. Fiziksel uyumu; 1., 9., 10., 13., 14., 15., 16., 18., 22., 23., 24. maddeler (maksimum 55, minimum 11 puan),
2. Sosyal uyumu; 2., 3., 5., 7., 17., 19., 25. maddeler (maksimum 35, minimum 7 puan),
3. Psikolojik uyumu; 4., 6., 8., 11., 12., 20., 21. maddeler (maksimum 35, minimum 7 puan), ölçmektedir.

1.,2.,3.,4.,7.,8.,9.,10.,11.,13.,14.,15.,16.,18.,21.,22.,23. maddeler normal (1,2,3,4,5 şeklinde), 5.,6.,12.,17.,19.,20.,24.,25. maddeler ters (5,4,3,2,1 şeklinde) puanlanmaktadır.

Ölçekten alınabilecek minimum puan 25, maksimum puan 125 olup toplam puan 125'tir. Alt boyutlardan ve/veya ölçeğin tamamından alınan puanların artması, hastaların hastalığa uyum düzeylerinin artması anlamına gelmektedir. Atik ve Karatepe'nin çalışmasında, ölçeğin geneline ait iç tutarlılık katsayısı 0.88'dir (Atik ve Karatepe, 2016). Bu çalışmada iç tutarlılık katsayısı 0.71 hesaplanmıştır.

3.8. Verilerin Toplanması

Veriler, çalışmayı yürüten öğrenci araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle ASM'de toplanmıştır. Her bir görüşme ve BKİ ölçümü toplamda ortalama 15 dk sürmüştür.

3.9. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

WHOQOL – BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği’nden “Yaşam Kalitesi” maddesi (1), “Algılanan Sağlık” maddesi (2) ile ruhsal alt boyut maddeleri (5,6,7,11,19,26) değerlendirilmesini WHOQOL Türkiye Merkezi yapmıştır. Diğer analizler için Akdeniz Üniversitesi Biyoistatistik Anabilimdalı’nın Science Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 23.0 paket programı kullanılmıştır.

Değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığı histogramlar ve Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Kolmogorov-Smirnov testi p değeri 0,000 olduğu için verilerin normal dağılım göstermediği görülmüştür (Hayran ve Hayran, 2018). Ayrıca olasılık grafiklerinin $\pm 1,5$ değerleri arasında olmaması normal dağılımın olmadığını göstermektedir. KHUÖ puan ortalaması ile kategorik değişkenlerin karşılaştırmasında Mann-Whitney testi, Kruskal-Wallis varyans analizi, Bonferroni testi kullanıldı. Kronik hastalıklara uyum puan ortalaması ile yaş ve WHOQOL-BREF-TR (yaşam kalitesi ve algılanan sağlık ile psikolojik boyut)’un karşılaştırmasında Pearson Korelasyon analizi kullanıldı. Demografik ve sağlık öyküsü değişkenlerinin kronik hastalıklara uyum üzerine etkisi Multiple Linear Regreyon analizi ile değerlendirildi. KHUÖ’nin iç tutarlığı için Cronbach Alfa katsayısı hesaplandı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak belirlendi.

Tablo 3.2. Araştırmada Değerlendirilen Parametreler ve Uygulanan Testler

Değerlendirilen parametreler	Uygulanan testler
Demografik faktörler ile KHUÖ toplampuan ortalamaları ilişkisi	İki grup ise Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grup değerlendirmesi için Kruskal-Wallis Varyans analizi
Sağlık öyküsü faktörleri ile KHUÖ toplam puan ve alt boyu puan ortalamaları ilişkisi	İki grup ise Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grup değerlendirmesi için Kruskal-Wallis Varyans analizi
WHOQOL-BREF-TR puanlarının KHUÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki	Korelasyon analizi
Kronik hastalıklara uyum ile ilişkili değişkenlerin multiple linear regresyon analizi	Multiple Linear Regresyon analizi

Tablo 3.3. Multiple Linear Regresyon Analizinde Kullanılan Değişkenlere Ait Tanımlar

Değişken	Tanımlama
Yaş	Sürekli veri
Öğrenim düzeyi	0- Ortaokul, lise ve üstü 1- İlkokul
Çocuk sayısı	0- 2 ve altı 1- 3ve üstü
Meslek	0- Memur, serbest meslek, emekli 1- İşçi
Gelir düzeyi	0- Gelir gidere denk ve çok 1- Gelir giderden az
Solunum yolu hastalığı	0- Yok 1- Var
Sürekli ilaç kullanım durumu	0- Hayır 1- Evet
Sağlık kontrollerini düzenli yaptırması	0- Yaptırması 1- Yaptırmaması
WHOQOL-BREF-TR Yaşam kalitesi	Sürekli veri
WHOQOL-BREF-TR Algılanan Sağlık	Sürekli veri
WHOQOL-BREF-TR Psikolojik Boyut	Sürekli veri

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları mevcuttur. Birincisi örneklemini Türkiye'de Batı Akdeniz bölgesinde bir ASM'ye başvuran BOH'lu hastalar oluşturmuştur. Bu nedenle, sonuçlar bu bölgedeki veya Türkiye'nin başka yerlerindeki diğer popülasyonlara genellenemez. İkinci bir sınırlılığı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuran hastaların dahil edilmemesidir. Üçüncü sınırlılığı WHOQOL-BREF-TR ölçeğinin sadece yaşam kalitesi, algılanan sağlık ve ruhsal boyutunun bu çalışmaya dahil edilmesidir. Son sınırlılık ise verilerin bir hemşire araştırmacı tarafından toplanması hastaların objektif cevap vermemesine neden olmuş olabilir.

3.11. Araştırma İzni ve Etik Kurul Onayı

Çalışmaya başlamadan önce etik kurul (Karar No: KAEK - 569 Tarih: 22.07.2020) ve kurum izinleri alındı. Katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alındı.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirmesi

Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik ve Sağlık Öyküsü Değişkenleri

Demografik Özellikler		n	%
Yaş Min-Max (30-70)	Yaş (ORT $\pm$ SS)	58.76 $\pm$ 6.79	
Cinsiyet	Kadın	206	62.6
	Erkek	123	37.4
Öğrenim Düzeyi	İlkokul ve altı	177	53.8
	Ortaokul	75	22.8
	Lise ve üstü	77	23.4
Medeni durum	Bekar ve ayrılmış	32	9.7
	Evli	297	90.3
Çocuk sayısı	2 ve altı	181	55.0
	3 ve üstü	148	45.0
Meslek	İşçi	23	7.0
	Memur	21	6.4
	Serbest meslek	195	59.3
	Emekli	90	27.4
Çalışma durumu	Evet	79	24.0
	Hayır	250	76.0
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	92	28.0
	Gelir gidere denk veya fazla	237	72.0
Aile tipi	Çekirdek aile	326	99.1
	Geniş aile	3	0.9
Antalya'ya yaşam süresi	5 yılın altı	31	9.4
	5 yılın ve üstü	298	90.6

SS: Standart Sapma

Tablo 4.1 Katılımcıların Demografik ve Sağlık Öyküsü Değişkenleri (Devam)

Demografik Özellikler		n	%
BKİ	Normal	37	11.2
	Fazla kilolu	211	64.1
	Obez	81	24.6
Sigara kullanımı	Evet	42	12.8
	Hayır	287	87.2
Alkol kullanımı	Evet	9	2.7
	Hayır	320	97.3
Kardiyovasküler hastalık	Var	236	71.7
	Yok	93	28.3
Kanser	Var	10	3.0
	Yok	319	97.0
Solunum yolu hastalıkları	Var	86	26.1
	Yok	243	73.9
Diyabet	Var	196	59.6
	Yok	133	40.4
Hastalık tanı süresi	3 - 12 ay	12	3.6
	1 yıl üstü	317	96.4
Sürekli ilaç kullanımı	Evet	321	97.6
	Hayır	8	2.4
Düzenli sağlık kontrollerini yaptırma	Evet	311	94.5
	Hayır	18	5.5
Fiziksel engel durumu	Evet	23	7.0
	Hayır	306	93.0

Katılımcıların yaş ortalaması 58.76 ± 6.79 yıl (Yaş aralığı=32-70), %62.6'sı kadın, %53.8'i (n=177) ilkokul mezunu, %72'sinin (n=237) geliri giderine denk veya fazladır (Tablo 4.1). Katılımcıların %71.7'i kardiyovasküler ve %59.6'ı (n=196) diyabet hastasıdır. Bireylerin %97.6'sı (n=321) sürekli ilaç kullanmakta ve %94.5'i düzenli sağlık kontrollerini yaptırmaktadır (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Katılımcıların Demografik Faktörleri ile KHUÖ Puan Ortalamalarının İlişkisi

Demografik Özellikler		Fiziksel uyum	Sosyal uyum	Psikolojik uyum	Toplam
Yaş	r	-0.228	-0.222	-0.004	-0.196
	p	0.000	0.000	0.937	0.000
Cinsiyet	Kadın	46.34±5.34	27.35±5.32	26.26±4.63	99.97±11.90
	Erkek	47.21±5.01	26.67±4.35	26.20±3.75	100.08±9.60
	U	11268.0	11219.05	12309.0	12112.0
	p	0.092	0.081	0.665	0.504
Öğrenim Düzeyi	İlkokul ve altı	46.66±5.55	26.00±5.34	25.37±4.30	98.03±11.83
	Ortaokul	46.37±4.96	28.05±3.97	27.24±4.21	101.66±9.86
	Lise ve lise üstü	46.98±4.73	28.71±4.43	27.27±4.08	102.97±9.51
	KW	1.028	19.238	14.130	9.589
	p	0.598	0.000	0.001	0.008

r: Korelasyon analizi; KW: Kruskal Wallis Varyans analizi; U: Mann-Whitney U testi.

Tablo 4.2. Katılımcıların Demografik Faktörleri ile KHUÖ Puan Ortalamalarının İlişkisi (Devam)

Demografik Özellikler		Fiziksel uyum	Sosyal uyum	Psikolojik uyum	Toplam
Medeni durum	Bekar ve ayrılmış	46.78±5.83	26.87±3.98	24.96±4.80	98.62±12.58
	Evli	46.65±5.17	27.12±5.09	26.38±4.25	100.16±10.92
	U	4535.5	4093.0	4053.5	4536.0
	p	0.671	0.195	0.170	0.672
Çocuk sayısı	2 ve altı	47.48±5.34	27.23±4.93	26.19±4.03	100.91±11.63
	3 ve üstü	45.67±4.92	26.93±5.06	26.30±4.66	98.91±10.30
	U	10157.0	12522.0	13115.0	11487.0
	p	0.000	0.307	0.744	0.026

KW: Kruskal Wallis varyans analizi; U: Mann-Whitney U testi.

Tablo 4.2. Katılımcıların Demografik Faktörler ile KHUÖ Puan Ortalamaları İlişkisi (Devam)

Demografik Özellikler		Fiziksel uyum	Sosyal uyum	Psikolojik uyum	Toplam
Meslek	İşçi	44.30±6.18	24.95±6.42	25.34±4.95	94.60±11.94
	Memur	48.66±4.84	28.76±4.79	26.14±4.02	103.57±11.37
	Serbest meslek	46.21±4.99	27.17±5.03	26.32±4.59	99.71±11.25
	Emekli	47.81±5.25	27.10±4.39	26.32±3.59	101.23±10.01
	KW	15.80	5.70	0.67	8.53
	p	0.001	0.127	0.879	0.036
Çalışma durumu	Evet	46.67±5.24	27.69±4.64	26.34±3.79	100.70±10.71
	Hayır	46.67±5.24	26.91±5.08	26.21±4.48	99.80±11.21
	U	9824.5	8829.0	9631.5	9687.0
	p	0.945	0.153	0.740	0.799

KW: Kruskal Wallis varyans analizi; U: Mann-Whitney U testi.

Tablo 4.2. Katılımcıların Demografik Faktörler ile KHUÖ Puan Ortalamaları İlişkisi (Devam)

Demografik Özellikler		Fiziksel uyum	Sosyal uyum	Psikolojik uyum	Toplam
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	46.01±6.51	25.07±6.02	25.34±4.78	96.43±13.31
	Gelir gidere denk ve çok	46.92±4.63	27.89±4.28	26.59±4.08	101.40±9.77
	U	10602.5	8093.0	9218.0	8841.5
	p	0.698	0.000	0.029	0.008
Aile tipi	Çekirdek aile	46.65±5.25	27.09±5.00	26.23±4.33	99.98±11.12
	Geniş aile	48.00±2.64	28.33±3.78	27.33±4.16	103.66±6.11
	U	439.0	433.5	444.0	404.5
	p	0.760	0.734	0.783	0.606
Antalya’da yaşam süresi	5 yılın altı	45.25±5.57	28.51±4.95	27.03±4.37	100.80±11.54
	5 yıl ve üstü	46.81±5.18	26.95±4.97	26.16±4.31	99.93±11.05
	U	3813.5	3717.0	4169.5	4390.5
	p	0.109	0.072	0.371	0.650

U: Mann-Whitney U testi.

Yaş ile KHUÖ fiziksel, sosyal ve toplam puan ortalaması arasında anlamlı ve negatif yönde bir korelasyon bulundu ($p<0.001$) (Tablo 4.2).

Lise ve üstünde öğrenim görenlerin ilkokul ve altı olanlara göre sosyal, psikolojik ve toplam puanlarının daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.2).

Çocuk sayısı iki ve altı olanların üç ve üzeri olanlardan KHUÖ fiziksel uyum ve toplam puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.2).

Memurların diğer mesleklere göre KHUÖ fiziksel ve toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.2).

Gelir gidere denk veya çok olanların geliri giderden az olanlara göre sosyal, psikolojik ve toplam KHUÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.2).

Cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, aile tipi ve Antalya’da yaşam süresi ile KHUÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Katılımcıların KHUÖ Puan Ortalamaları ile Sağlık Öyküsü Faktörleri Arasındaki İlişki

Sağlık Öyküsü		KHUÖ			
		Fiziksel uyum	Sosyal uyum	Psikolojik uyum	Toplam
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
BKİ	Normal kilolu	46.83±5.40	26.16±5.82	25.45±4.71	98.45±13.56
	Fazla kilolu	47.44±4.62	27.76±3.87	26.51±3.94	101.72±8.74
	Obez	44.58±6.07	25.81±6.63	25.90±5.01	96.29±14.06
	KW	16.414	3.955	0.950	5.487
	p	0.000	0.138	0.622	0.064
Sigara kullanımı	Evet	44.71±7.18	26.66±5.90	26.64±4.81	98.023±14.12
	Hayır	46.95±4.83	27.16±4.85	26.18±4.25	100.31±10.56
	U	5023.50	5909.50	5397.00	5640.50
	p	0.081	0.837	0.272	0.502
Alkol kullanımı	Evet	45.55±5.87	23.44±7.82	27.00±5.80	96.00±14.43
	Hayır	46.70±5.22	27.20±4.86	26.22±4.28	100.13±10.98
	U	1228.00	935.00	1254.50	1202.50
	p	0.450	0.071	0.508	0.398

KW: Kruskal Wallis varyans analizi; U: Mann-Whitney U testi; SS: Standart sapma.

Tablo 4.3. Katılımcıların KHUÖ Puan Ortalamaları ile Sağlık Öyküsü Faktörleri Arasındaki İlişki (Devam)

Sağlık Öyküsü		KHUÖ			
		Fiziksel uyum	Sosyal uyum	Psikolojik uyum	Toplam
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kardiyovasküler hastalık	Var	46.73±4.75	26.98±4.87	26.05±4.26	99.77±10.43
	Yok	46.50±6.31	27.39±5.29	26.72±4.46	100.62±12.63
	U	10655.00	10274.00	9664.50	9954.00
	p	0.681	0.365	0.091	0.189
Kanser	Var	42.90±8.45	26.30±5.45	24.20±4.39	93.40±15.09
	Yok	46.79±5.07	27.12±4.98	26.30±4.31	100.22±10.90
	U	1132.00	1373.50	984.00	1172.00
	p	0.117	0.452	0.038	0.153
Solunum yolu hastalıkları	Var	44.60±4.88	25.61±5.90	25.84±4.98	96.06±11.93
	Yok	47.40±5.16	27.62±4.52	26.38±4.06	101.41±10.44
	U	6772.050	8559.50	9856.00	7547.00
	p	0.000	0.012	0.432	0.000

U: Mann-Whitney U testi; SS: Standart sapma.

Tablo 4.3. Katılımcıların KHUÖ Puan Ortalamaları ile Sağlık Öyküsü Faktörleri Arasındaki İlişki (Devam)

Sağlık Öyküsü		KHUÖ			
		Fiziksel uyum	Sosyal uyum	Psikolojik uyum	Toplam
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Diyabet	Var	47.36±5.38	27.02±4.75	26.02±4.48	100.40±11.56
	Yok	45.65±4.85	27.22±5.33	26.57±4.06	99.45±10.35
	U	10032.00	12066.00	12510.00	11827.00
	p	0.000	0.250	0.534	0.154
Hastalık tanı süresi	3 ay - 12 ay	45.16±7.79	27.50±7.81	26.25±5.94	98.91±17.70
	1 yıl üstü>	46.72±5.12	27.08±4.86	26.24±4.26	100.05±10.79
	U	1874.50	1476.00	1892.50	1682.00
	p	0.932	0.185	0.976	0.496
Sürekli ilaç kullanımı durumu	Evet	46.90±4.81	27.19±4.91	26.23±4.31	100.33±10.70
	Hayır	37.50±11.26	23.37±6.69	26.50±4.98	87.37±18.36
	U	652.50	856.00	1275.50	762.00
	p	0.017	0.105	0.974	0.049

U: Mann-Whitney U testi.

Tablo 4.3. Katılımcıların KHUÖ Puan Ortalamaları ile Sağlık Öyküsü Faktörleri Arasındaki İlişki (Devam)

Sağlık Öyküsü		KHUÖ			
		Fiziksel uyum	Sosyal uyum	Psikolojik uyum	Toplam
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Sağlık kontrollerinizi düzenli yaptırma	Evet	47.31±4.41	27.56±4.53	25.98±4.16	101.33±9.66
	Hayır	35.55±5.95	19.05±5.78	22.66±5.53	77.27±9.40
	U	308.50	697.50	1615.00	247.00
	p	0.000	0.000	0.002	0.000
Fiziksel Engel Durumu	Evet	47.86±4.83	26.95±4.78	26.43±3.36	101.26±11.09
	Hayır	46.58±5.25	27.11±5.01	26.22±4.39	99.92±11.09
	U	3044.00	3315.50	3505.50	3377.00
	p	0.279	0.642	0.975	0.747

U: Mann-Whitney U testi; SS: Standart Sapma.

Solunum yolu hastalığı olmayan, sürekli ilaç kullanan ve sağlık kontrollerini düzenli yaptıran bireylerin KHUÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 4.3).

BKİ, sigara ve alkol kullanımı, kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet, hastalık tanı süresi ve fiziksel engel durumu ile KHUÖ puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Katılımcıların WHOQOL-BREF-TR Puan Ortalamalarının Dağılımları		
WHOQOL BREF-TR	Min-max	Ort±SS
Yaşam kalitesi	20-100	75.74±18.11
Algılanan sağlık	20-100	73.06±18.82
Psikolojik boyut	20-100	84.90±13.41

SS: Standart sapma

Tablo 4.5. Katılımcıların KHUÖ puan ortalamaları ile WHOQOL-BREF-TR puanlarının karşılaştırması

WHOQOL-BREF-TR	Statistic	KHUÖ			
		Fiziksel uyum	Sosyal uyum	Psikolojik uyum	Toplam
WHOQOL-BREF-TR Yaşam kalitesi	r	0.360	0.321	0.314	0.445
	p	0.000	0.000	0.000	0.000
WHOQOL-BREF-TR Algılanan sağlık	r	0.360	0.301	0.336	0.405
	p	0.000	0.000	0.000	0.000
WHOQOL-BREF-TR Psikolojik boyut	r	0.376	0.388	0.433	0.503
	p	0.000	0.000	0.000	0.000

r: Korelasyon analizi.

Yapılan Korelasyon analizi sonucunda; KHUÖ toplam puan ortalaması ile WHOQOL BREF-TR'nin yaşam kalitesi, algılanan sağlık ve psikolojik boyut düzeyi arasında çok anlamlı ($p<0.001$) pozitif yönde ilişki bulunmuştur. (Tablo 4.5)



Tablo 4.6. Kronik Hastalıklara Uyum ile İlişkili Faktörlerin Multiple Linear Regresyon Analizi

Değişkenler	β^*	t	p	%95 GA	$R^2=0.524^{**}$ F=33.864 p< .001
Yaş	-0.065	-1.548	0.123	-0.24- 0.02	
Öğrenim düzeyi	-0.047	-1.147	0.252	-2.85-0.75	
Çocuk sayısı	-0.033	-0.797	0.426	-2.53- 1.07	
Meslek	-0.061	-1.550	0.122	-5.96-0.70	
Gelir düzeyi	0.053	1.202	0.230	-0.83-3.45	
Solunum yolu hastalığı	-0.136	-3.445	0.001	-5.39-(-1.47)	
Sürekli ilaç kullanımı	-0.080	-1.948	0.052	-11.53-0.05	
Sağlık kontrollerini düzenli yaptırması	-0.277	-6.311	0.001	-17.70-(-9.28)	
WHOQOL-BREF-TR Yaşam kalitesi	0.136	2.552	0.011	0.01- 0.14	
WHOQOL-BREF-TR Algılanan sağlık	0.144	2.937	0.004	0.02- 0.14	
WHOQOL-BREF-TR Psikolojik boyutu	0.329	6.027	0.000	0.18-0.36	

*Standartize Beta Katsayısı (Standartize Beta Coefficient) **Adjusted R2

*** Kodlar aşağıdaki gibidir: çocuk sayısı 3 ve üzeri=1, 2 ve altı=0; 1=gelir giderden az, 0= gelir giderden dengede ve çok; solunum yolu hastalığı olan=1, olmayan=0; sürekli ilaç kullanımı var=0, yok=1; sağlık kontrollerini düzenli yaptırması=0 yaptırmaması=1; ilkokul=1, ortaokul=0, lise ve üstü=0; işçi=1, serbest meslek=0, memur=0, emekli=0

Multiple Linear Regresyon analizi sonucunda anlamlı bir regresyon modelinde ($F_{11,317}=33.86$; $p < .001$) kronik hastalıklara uyum puanı değişkeni için varyansın %52.4'ünün bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı bulunmuştur. WHOQOL-BREF-TR Psikolojik boyutu, WHOQOL-BREF-TR yaşam kalitesi, WHOQOL-BREF-TR Algılanan sağlık, solunum yolu hastalığı olması, sağlık kontrollerini düzenli yaptırma değişkenlerinin **kronik hastalıklara uyum toplam puanını** etkilediği belirlenmiştir ($R^2=0.53$, $p<.001$). Sürekli ilaç kullanımının kronik hastalığa uyum puanını sınırda anlamlılık düzeyinde etkilediği saptanmıştır ($p=0.052$). Modelde yer alan diğer değişkenlerin kronik hastalıklara uyum puanı üzerinde etkisi bulunmamıştır ($p > .05$) (Tablo 4.6).

Solunum yolu hastalığının olması değişkeninde meydana gelecek 1br'lik artış kronik hastalığa uyum değişkeninde 0.136br'lik bir azalmaya neden olmaktadır. Sürekli ilaç kullanımı değişkeninin 1br'lik artış kronik hastalığa uyum değişkeninde 0.080br'lik bir azalmaya neden olmaktadır. Sağlık kontrollerini düzenli yaptırması değişkeninde meydana gelecek 1br'lik artış kronik hastalığa uyum değişkeninde 0.277br'lik bir azalmaya neden olmaktadır. WHOQOL-BREF-TR Yaşam kalitesi değişkeninin 1br'lik artış kronik hastalığa uyum değişkeninde 0.136br'lik bir artışa neden olmaktadır. WHOQOL-BREF-TR Algılanan sağlık değişkeninin 1br'lik artış kronik hastalığa uyum değişkeninde 0.144br'lik bir artışa neden olmaktadır. WHOQOL-BREF-TR Psikolojik boyut değişkeninin 1br'lik artış kronik hastalığa uyum değişkeninde 0.329br'lik bir artışa neden olmaktadır.

5. TARTIŞMA

BOH'lu bireylerin bakımı; bir bütün olarak fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle ilgilenmeyi gerektirir. Birinci basamakta BOH'lu bireylerin hastalığa uyumlarının değerlendirilmesi hastalığın yönetimi için kritik öneme sahiptir. Orta yaş ve üzeri BOH'lu bireyler arasında yürütülen bu çalışmada, hastaların hastalığa uyumları incelenmiş olup hastalığa uyum puanı ile WHOQOL-BREF-TR (algılanan sağlık, yaşam kalitesi ve psikolojik boyut boyutu, solunum yolu hastalığına sahip olmanın ve sağlık kontrollerini düzenli yaptırmanın anlamlı şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur. Sürekli ilaç kullanımının da sınırdan anlamlılık düzeyinde etkilediği saptanmıştır.

5.1. Katılımcıların Kronik Hastalıklara Uyum ve WHOQOL-BREF-TR Puanları

Bu çalışmada kronik hastalıklı bireylerin hastalığa uyum toplam puan ortalaması 100.01 ± 11.08 olup ortalama puanın üzerinde olduğu görülmüştür. Fiziksel alt boyut 46.46 ± 5.23 , sosyal uyum alt boyutu 27.10 ± 4.98 ve psikolojik alt boyut puan ortalamalarının 26.24 ± 4.32 ortalamasının üzerinde bulunmuştur.

Benzer şekilde Türkiye'de Atik ve arkadaşlarının çalışmasında (2016) toplam puan ortalaması 106.08 ± 7.45 bulunmuştur (Atik ve Karatepe, 2016). Diğer çalışmalarda da kronik hastalıklara uyum toplam puanlarının ortalamasının üzerinde olduğu görülmüştür (Aslan ve ark., 2021; Karatepe ve ark., 2020). Manav ve arkadaşlarının (2021)'in diyabetli bireylerle yürütülen çalışmasında kronik hastalıklara uyum düzeyinin (86.07 ± 12.99) ortalamasının üzerinde olduğu saptanmıştır (Manav ve ark., 2021). Diyabetli bireylerle yapılan diğer bir çalışmada hastalığa psikososyal uyumun orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Türten Kaymaz ve Akdemir, 2016). Uluslararası literatürde kronik hastalıklara uyum düzeyinin değerlendirildiği çalışmalara rastlanılmamış olup daha çok ilaç uyumu, tedaviye uyum ve ruhsal durum ayrı ayrı olarak değerlendirilmiştir (Bryant ve ark., 2013; Duarte-de-Araújo ve ark., 2018; Fernandez-Lazaro ve ark., 2019; Mir ve ark., 2019). Bryant ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında KOAH'lı bireylerin ilaca uyum düzeyinin düşük olduğu görülmüştür. Hindistanda kronik hastalığı olan bireylerle yapılan bir çalışmada hastaların %63'ünün ilaç uyumu düşük, %35'i orta ve sadece %1.66'sının yüksek uyumu vardı (Bryant ve ark., 2013). Fernandez-Lazzora (2019)'nın birinci basamakta yapılan çalışmasında kronik hastalığı olan bireylerin tedaviye uyum oranının

%55 olduğu görülmüştür. Vural Doğru ve Karadakovan (2016)'ın kardiyoloji kliniğinde tedavi gören hastalarla yapılan çalışmasında kalp yetersizliği olan yaşlı hastaların kötü psikosoyal uyuma sahip olduğu ve yaşam kalitesi ile psikosoyal uyumun ilişkili olduğu bulunmuştur (Vural Doğru ve Karadakovan, 2016). Türkiye'de incelenen çalışmalarda hastaların kronik hastalıklara uyumlarının iyi düzeyde olduğu, ilaca uyumun değerlendirildiği uluslararası incelenen çalışmalarda ise uyum düzeyinin düşük veya orta olduğu görülmüştür. Bu çalışmada incelenen çalışmalara benzer şekilde bireylerin hastalığına uyumlarının iyi düzeyde olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmada WHOQOL-BREF-TR için alt boyutlarının puan ortalamaları; yaşam kalitesi için 75.74 ± 18.11 , algılanan sağlık için 73.06 ± 18.82 ve psikolojik boyut için 84.90 ± 13.41 olup ortalamanın üzerinde olduğu bulunmuştur. Türkiye'de bir çalışmada kolorektal kanserli bireylerin genel sağlık ve psikolojik durum düzeyleri ortalamanın altında bulunmuştur (Aydın Sayılan ve Yıldızeli Topçu, 2020). Yapılan iki çalışmada WHOQOL-BREF-TR psikolojik alt boyut puanların ortalamanın biraz üzerinde olduğu görülmüştür (Çeler ve ark., 2018; Savci ve ark., 2021). İran'da diyabetli ve sağlıklı bireylerin yaşam kalitelerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada ise sağlıklı bireylerde psikolojik boyutu düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Suudi Arabistan'da kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerle yapılan bir çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğu belirtilmiştir (Hassan ve ark., 2022). Bu çalışmada kullanılan WHOQOL-BREF-TR'nin alt boyutları puanlarının iyi düzeyde olduğu, kronik hastalığı olan diğer bireylerle yapılan çalışmalarda ise genel sağlık ve psikolojik alt boyut puan ortalamalarının düşük olduğu bulunmuştur.

5.2. Katılımcıların Kronik Hastalıklara Uyumun Toplam Puanıyla İlişkili Demografik ve Sağlık Öyküsü Değişkenlerinin İncelenmesi

Bu çalışmada çocuk sayısı az olması (2'nin altında), öğrenim düzeyi ve gelir durumu yüksek olanların, memurların, solunum yolu hastalığı olmayanların sürekli ilaç kullananların ve sağlık kontrollerini düzenli yaptıranların kronik hastalıklara uyum düzeyleri daha yüksekti. Ayrıca korelasyon analizi değerlendirmesine göre kronik hastalığa uyumun; yaş arttıkça azaldığı, WHOQOL BREF-TR'nin genel durum (yaşam kalitesi ve algılanan sağlık) ve psikolojik boyut düzeyinin yükseldiği bulunmuştur.

Multiple linear regresyon analizi sonucunda solunum yolu hastalığı olması, sağlık kontrollerini düzenli yaptırma, WHOQOL-BREF-TR Psikolojik boyut, WHOQOL-BREF-TR yaşam kalitesi ve WHOQOL-BREF-TR algılanan sağlık değişkenlerinin kronik hastalıklara uyum toplam puanını etkilediği belirlenmiştir. Sürekli ilaç kullanımının kronik hastalığa uyum puanını sınırdan anlamlılık düzeyinde etkilediği saptanmıştır.

Bu çalışmada solunum yolu hastalığı olan bireylerin uyum düzeyleri daha düşük olduğu bulunmuştur. Göğüs servisinde tedavi gören KOAH'lı hastalar üzerinde yürütülen bir çalışmada hastaların %31.3'ünün inhalasyon tedaviye uyumsuz ve %16.7'sinin de hastalığa uyumlarının düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir (Duarte-de-Araújo ve ark., 2018) Yapılan bir çalışmada, hastaların tedavi kararlarını önemli ölçüde hastayla hekimin müzakere etmesinin astım farmakoterapisine uyumu ve klinik sonuçları iyileştirdiği belirlenmiştir (Wilson ve ark., 2010). Solunum yolu hastalığı olan bireylerin olmayanlara göre hastalığa uyumunun daha düşük olması kullandıkları inhaler ilaçların gürültü yapan bir cihazla ve ilacın uzun sürede verilmesi, cihazın taşınmasının zorluğu ve maliyetli olması gibi nedenlerle hastalığa uyumlarının olumsuz etkilendiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda sürekli sağlık kontrolüne giden ve sürekli ilaç kullanan bireylerin kronik hastalığa uyumlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Manav ve arkadaşlarının çalışmasında (2021) verilen tedaviyi tam olarak uygulayanlar %68 olarak bulunmuştur (Manav ve ark., 2021). Çalışmamızda Kronik hastalıklı bireylerin sağlık kontrollerine daha sık gitmeleri ve sürekli ilaç kullanmaları onların hastalıklarının seyrini izlemelerini

ve somut verilerle sonuçlarını görmelerini sağlaması hastalığa uyumlarını arttırdığını düşündürmektedir. Çalışmamızda beklenen sonuç bulunmuştur.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. BOH'lu Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Kronik Hastalığa Uyum Düzeylerinin Sonuçları

Hastaların;

- yarıdan fazlasını kadınlar, ilkokul ve altı düzeyinde eğitimi olanlar, çocuk sayısı iki ve altında olanlar, çalışmayanlar, geliri gidere denk veya fazla olanlar,
- çoğunluğunu çekirdek aile yapısında, Antalya'da ikamet süresi 5 yılın üzerinde olan, sigara ve alkol kullanmayan bireylerin oluşturduğu,
- büyük çoğunluğunu ilaçlarını düzenli kullandığını ve sağlık kontrollerine düzenli gittikleri,
- WHOQOL-BREF-TR yaşam kalitesi ölçeğinden “genel durum (algılanan sağlık, yaşam kalitesi)” ve “psikolojik boyut” dan aldıkları puan ortalamaları ortalamanın üzerinde olduğu,
- hastalığa uyum toplam puan ortalaması ve fiziksel, sosyal ve psikolojik alt boyut puan ortalamaları ortalamanın üzerinde bulundu.

6.2. BOH'lu Bireylerin Demografik, Sağlık Öyküsü ve WHOQOL-BREF-TR Yaşam Kalitesinin Kronik Hastalığa Uyum Düzeyiyle Karşılaştırmasına Yönelik Sonuçlar

- Yaş arttıkça uyum puanı azalmaktadır,
- Çocuk sayısı iki ve altı olanların uyum düzeyi üç ve üzeri olanlardan daha yüksektir,
- Lise ve üstünde öğrenim görenlerin ilkokul ve altı olanlara göre daha yüksektir,
- Gelir gidere denk veya çok olanların uyum düzeyi geliri az olanlardan daha yüksektir,
- Memurların diğer mesleklere göre uyum düzeyi daha yüksektir ve

- Medeni durum, çalışma durumu, aile tipi ve Antalya’da yaşam süresi uyum puanını etkilememiştir.

6.3. Multiple Linear Regresyon Analizi Sonuçlarına Göre Katılımcıların Demografik ve Sağlık öyküsü Değişkenlerinin Kronik Hastalığa Uyum Düzeyiyle İlişkisi

Hastaların;

- Solunum yolu hastalığı olmasının,
- Sağlık kontrollerini düzenli yaptırmamasının,
- Sürekli ilaç kullanmasının,
- WHOQOL-BREF-TR Psikolojik boyut, WHOQOL-BREF-TR yaşam kalitesi ve WHOQOL-BREF-TR algılanan sağlık düzeylerinin yükselmesinin kronik hastalıklara uyumu olumlu etkilediği saptanmıştır.

6.4. Uygulamaya Yönelik Öneriler

- Kronik hastalığa uyumu düşük olan riskli bireylerin (uzun süreli ilaç kullanmayan, sağlık kontrollerini düzenli yaptırmayan, ruhsal çökkünlük yaşayan vb) belirlenmesi ve gereksinimlerine uygun eğitim verilmesi,
- Kronik hastalık tanısı alan tüm hastalara kayıtlı olduğu ASM’de sağlık personelleri tarafından sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında eğitim verilmesi, bu davranışlara teşvik edilmesi ve izlenmesi,
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi için hasta yakınlarına da ASM’de danışmanlık verilmesi,
- Bireyler hastalık tanısı aldıktan hemen sonrasında hastalıkla baş etmesinde yardımcı olmalı, gerektiğinde profesyonel destek alabileceği ilgili kurumlara yönlendirmelidir.

6.5. Araştırmacılara Öneriler

- Belirli bir kronik hastalığa sahip bireylerde hastalığa uyumla ilgili çalışmaların planlanması,
- İkinci basamak sağlık kurumlarına başvuran kronik hastalık tanısı alan hastaların hastalığa uyumlarının ve belirleyicilerin incelenmesi,
- WHOQOL-BREF-TR'nin tüm boyutlarının hastalığa uyumla ilişkisinin değerlendirilmesi,

Farklı örnekleme gruplarında hastalığa uyumu değerlendiren nitel ve nicel çalışmaların planlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Acar Vaizoğlu, S. (2019). *Yeni Halk Sağlığı*. (T. Tulchinsky & E. Varavikova, Eds.) (3. Baskınd.). Ankara.
- Akdemir, N., ve Birol, L. (2005). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı.
- Alberti, K. G. M., Zimmet, P., ve Shaw, J. (2005). The metabolic syndrome—a new worldwide definition. *The Lancet*, 366(9491), pp. 1059–1062.
- Aslan, H., Çetkin, T., ve Dikmen, R. D. (2021). Effects of chronic illness adaptation on the healthy lifestyle behaviours of patients in internal services Dahili servislerde yatan hastaların kronik hastalıklara uyumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi. *Çukurova Medical Journal*, 46(3), pp. 1140–1149.
- Atik, D., ve Karatepe, H. (2016). Scale Development Study: Adaptation to Chronic Illness. *Acta Medica Mediterranea*, 32(5), p. 8. retrieved <http://www.actamedicamediterranea.com/archive/2016/medica-1/scale-development-study-adaptation-to-chronic-illness/pdf> from.
- Atreja, A., Bellam, N., ve Levy, S. R. (2005). Strategies to enhance patient adherence: making it simple. retrieved <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16369309/> from.
- Aydın Sayılan, A., ve Yıldızeli Topçu, S. (2020). Kolorektal Kanserli Hastalarda Tamamlayıcı-Alternatif Terapi Kullanımı ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)*, 29(2), pp. 106–113.
- Baines, L. S., Zawada, E. T., ve Jindal, R. M. (2005). Psychosocial profiling: A holistic management tool for non-compliance. *Clinical Transplantation*, 19(1), pp. 38–44.
- Barbera, L., Cascia, C. La, Mulè, A., Raspanti, S., ve Rossi, A. (2011). Clinician – patient relationship and adherence to treatment, 20(3), pp. 20–22. retrieved <https://web.archive.org/web/20181103182108/https://iris.unipa.it/retrieve/handle/10>

[447/60305/37097/art TWS sep 11.pdf](#) from.

Bilir, N., ve Erbaydar Paksoy, N. (2015). Yaşlılık Sorunları ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü. In Ç. Güler & L. Akın (Eds.), *Halk Sağlığı Temel Bilgiler* (Hacettepe., pp. 1528–1556). Ankara.

Bryant, J., Mcdonald, V. M., Boyes, A., Sanson-fisher, R., Paul, C., ve Melville, J. (2013). Improving medication adherence in chronic obstructive pulmonary disease : a systematic review, pp. 1–8.

Çeler, H. G., Özyurt, C. B., Elbi, H., ve Özcan, F. (2018). Meme Kanseri Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesinin ve Bakım Yükünün Değerlendirilmesi The Evaluation of Quality of Life and Caregiver Burden for the Relatives of Breast Cancer Patients. *Ankara Med Journal*, 18(2).

Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2020). About Adult BMI | Healthy Weight | CDC. 24 May 2020 retrieved https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/adult_bmi/index.html from.

Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2022). Benefits of Physical Activity. retrieved <https://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/pa-health/index.htm> from.

Chakraborty, K., ve Kollipara, S. (2022). Medication Adherence and Role of Psychiatric Nurse. *Indian Journal of Psychiatric Nursing*, 19(2), pp. 171–5. retrieved <https://www.ijpn.in/article.asp?issn=2231-1505;year=2022;volume=19;issue=2;spage=171;epage=175;aualast=Chakraborty> from.

Chang, E., ve Amanda, J. (2008). *Chronic İllness & Disability*. (Reed International Books Australia, Ed.). Australia.

CMSA. (2006). Case Management Society of America. The case management adherence guidelines. *Lippincott's case management : managing the process of patient care*, 10(1), p. 212. retrieved <http://www.cmsa.org/portals/0/pdf/CMAG2.pdf> from.

- Duarte-de-Araújo, A., Teixeira, P., Hespanhol, V., ve Correia-de-sousa, J. (2018). COPD : understanding patients ' adherence to inhaled medications. *Intenational Journal of COPD*, (13), pp. 2767–2773.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2013). Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesine ve kontrolüne ilişkin küresel eylem planı 2013-2020. retrieved https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/bulasici_olmayan_hastaliklar.pdf from.
- Durna, Z. (2012). *Kronik Hastalıklar ve Önemi*. (Z. Durna, Ed.) (Kronik Has.). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Eryılmaz, M. A., Pekgör, S., Aksoy, N., Demirgöl, R., ve Karahan, Ö. (2017). Effects of Sociodemographic Characteristics , Chronic Disease , and Surgery Frequency : Konya Sample, 28(2), pp. 117–123.
- Eser, E., Fidner, H., Fidaner, C., Yalçın Eser, S., Elbi, H., ve Göker, E. (1999). *Whoqol-100 and psychometric characteristics of WHOQOL-bref*. 7 June 2020 retrieved <https://www.researchgate.net/publication/291870682> from.
- Fernandez-Lazaro, C. I., García-gonzález, J. M., Adams, D. P., Fernandez-lazaro, D., Mielgo-ayuso, J., Caballero-garcia, A., ve ark. (2019). Adherence to treatment and related factors among patients with chronic conditions in primary care : a cross-sectional study. *BMC Family Practice*, 3, pp. 1–12.
- Gülseven, B., ve Oğuz, S. (2014). *Kronik Durumlar*. (A. Karadakovan & F. Eti Aslan, Eds.) (Dahili ve.). Ankara: Akademisyen Kitapevi.
- Hamit, Y., ve Yıldız Pehlivan, D. (2022). *Saplık & Bilim 2022: İç hastalıklar*. (S. Olt, Ed.) (Efeakademi.).
- Hançerlioğlu, S., Fadiloğlu, Ç., Yıldırım, Y., ve Şenuzun Aykar, F. (2019). The Effect of Self-Care Management on Compliance with Chronic Disease, 12(2), pp. 877–892.
- Hassan, S., Zahra, A., Parveen, N., Khatoon, F., Bangi, N. A., Hosseinzadeh, H., ve ark. (2022). Quality of Life and Adherence to Healthcare Services During the COVID-

19 Pandemic : A Cross- Sectional Analysis Quality of Life and Adherence to Healthcare Services During the COVID-19 Pandemic : A Cross-Sectional Analysis. *Patient Preference and Adherence*, 16, pp. 2533–2542.

Heled, E. (2021). Psychoanalytic Psychology Chronic Illness and Disability in Psychoanalysis : A Theoretical Review of Structural Characteristics. *Psychoanalytic Psychology*, (October 2020).

Hill, M. F., ve Bordoni, B. (2022). *Hyperlipidemia* (StatPearls.). StatPearls Publishing. retrieved <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32644608/> from.

Hsieh, Y., Lee, F., Chen, S., ve Tang, J. (2019). Factors associated with the intention to use adult preventive health services in Taiwan. *Public Health Nursing*, 36(5), pp. 631–637. Blackwell Publishing Inc. 13 June 2020 retrieved <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/phn.12635> from.

Jerant, A. F., Friederichs-fitzwater, M. M. Von, ve Moore, M. (2005). Patients ' perceived barriers to active self-management of chronic conditions, (May 2018).

Jimmy, B., ve Jose, J. (2011). Patient medication adherence: Measures in daily practice. *Oman Medical Journal*, 26(3), pp. 155–159.

Karatepe, H., Atik, D., ve Özcan Yüce, U. (2020). Adaptation With the Chronic Disease and Expectations from Nurses. *Erciyes Med Journal*, 42(1), pp. 18–24.

Kisokanth, G., Prathapan, S., Indrakumar, J., ve Joseph, J. (2015). Does Nurse Case Management Improve the Health Care Outcomes of Patients with Non-Communicable Diseases (NCDs)! - A Narrative Review. *International Journal of Endocrinology and Metabolic Disorders*, 1(2), pp. 1–7.

Koşar, C., ve Büyükkaya Besen, D. (2015). Kronik Hastalıklarda Hasta Aktifliği: Kavram Analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(1), pp. 45–51.

Kumar, K., ve Matto, S. K. (2022). Psychosocial Aspects of Breast Cancer. In S. C.

- Sharma, A. Mazumdar, & R. Kaushik (Eds.), *Breast Cancer* (Springer.). Singapore.
- Manav, A. İ., Atik, D., ve Çapar, A. (2021). Diyabeti Olan Yetişkinlerin Koşulsuz Kendini Kabul ve Kronik Hastalığa Uyumlarının Değerlendirilmesi Evaluation of Unconditional Self-acceptance and Adaptation to the Chronic Disease of Individuals with Diabetes Mellitus. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 4(2), pp. 153–162.
- Mir, S. A., Muzamil, F., Ud, M., Bhat, D., Amin, A., ve Shakeel, D. (2019). Assessment of medication adherence among patients with chronic diseases : a descriptive cross-sectional study. *International Journal of Basic & Clinical Pharmacology*, 8(1), pp. 115–119.
- Mollaoğlu, M. (2012). *Kronik Hastalıklarda Uyum Süreci*. (Z. Durna, Ed.) (Nobel Tıp.). İstanbul.
- Montgomery, C., Lydon, A., ve Lloyd, K. (1999). Psychological distress among cancer patients and informed consent. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(3), pp. 241–245.
- Olatona, F. A., Onabanjo, O. O., Ugbaja, R. N., Nnoaham, K. E., ve Adelekan, D. A. (2018). Dietary habits and metabolic risk factors for non-communicable diseases in a university undergraduate population. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 37(1), pp. 1–9. *Journal of Health, Population and Nutrition*.
- Özdemir, Ü., ve Taşçı, S. (2013). Kronik Hastalarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), pp. 57–72. retrieved <http://sbfe-dergi.erciyes.edu.tr/article/view/1051000090> from.
- Özkan Tuncay, F., Fertelli, T., ve Mollaoğlu, M. (2018). Effects of loneliness on illness perception in persons with a chronic disease, (January), pp. 1–7.
- Popkin, B. M., Adair, Li. S., ve Ng, S. W. (2013). NOW AND THEN: The Global Nutrition Transition: The Pandemic of Obesity in Developing Countries. *Nutrients*, 58(1), pp. 1–10.

- Rector, C. (2018). *Community & Public Health Nursing: Promoting the Public's Health*. (C. Rector, Ed.) (Ninth edit.). China: Lippincott Williams and Wilkins.
- Rezaei, S., Peikanpour, M., Zarei, L., Mohammadnezhad, G., ve Salamzadeh, J. (2023). An adapted model of cost-related medication nonadherence among older adult patients with chronic diseases: an Iranian qualitative study. *BMC geriatrics*, 23(1), p. 208. BioMed Central. retrieved <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03907-0> from.
- Sağlık Bakanlığı. (2018). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*. Ankara. 15 June 2020 retrieved <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0> from.
- Sağlık Bakanlığı. (2023). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021*. Ankara.
- Savci, C., Akinci, A. C., Usenmez, S. Y., ve Keles, F. (2021). The effects of fear of COVID-19 , loneliness , and resilience on the quality of life in older adults living in a nursing home. *Geriatric Nursing*, 42(6), pp. 1422–1428. Elsevier Inc. retrieved <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.09.012> from.
- Şenuzun, F., ve Özer, S. (2012). Hipertansiyon ve Bakım. In Z. Durna (Ed.), *Kronik Hastalıklar ve Bakım* (pp. 95–110). istanbul.
- Some, D., Edwards, J. K., Reid, T., Van Den Bergh, R., Kosgei, R. J., Wilkinson, E., ve ark. (2016). Task shifting the management of non-communicable diseases to nurses in Kibera, Kenya: Does it work? *PLoS ONE*, 11(1), pp. 1–9.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2021*. Ankara.
- Takenaka, H., Sato, J., Suzuki, T., ve Ban, N. (2013). Family issues and family functioning of Japanese outpatients with type 2 diabetes : a cross-sectional study. *BioPsychosocial Medicine*, 7(13), pp. 1–8.
- Türten Kaymaz, T., ve Akdemir, N. (2016). Psychosocial Adjustment of Diabetic Patients To Their Disease (Diyabetli Bireylerde Hastalığa Psikososyal Uyum), pp. 61–67.

- Vatansever, Ö., ve Ünsar, S. (2014). Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların İlaç Tedavisine Uyum/Öz Etkililik Düzeylerinin Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(8), pp. 66–74.
- Vural Doğru, B., ve Karadakovan, A. (2016). Kalp Yetersizliği Olan Yaşlı Hastalarda Psikososyal Uyum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, 7(August), pp. 88–104.
- WHO. (2017). *WHO STEPS Surveillance Manual*. 7 June 2020 retrieved <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/steps/manuals> from.
- WHO. (2019). Türkiye. retrieved <https://ncdportal.org/CountryProfile/GHE110/TUR> from.
- WHO. (2020). Obesity. 24 May 2020 retrieved https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1 from.
- WHO. (2021). Probability of dying between exact ages 30 and 70 from any of cardiovascular disease, cancer, diabetes, or chronic respiratory (%). 9 June 2020 retrieved [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/probability-of-dying-between-exact-ages-30-and-70-from-any-of-cardiovascular-disease-cancer-diabetes-or-chronic-respiratory-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/probability-of-dying-between-exact-ages-30-and-70-from-any-of-cardiovascular-disease-cancer-diabetes-or-chronic-respiratory-(-)) from.
- WHO. (2022a). Noncommunicable diseases. retrieved <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> from.
- WHO. (2022b). Tobacco. retrieved https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1 from.
- WHO. (2022c). Physical Activity. retrieved https://www.who.int/health-topics/physical-activity#tab=tab_1 from.
- WHO. (2022d). Alcohol. retrieved <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol> from.

WHO. (2023a). Hypertension. retrieved https://www.who.int/health-topics/hypertension#tab=tab_1 from.

WHO. (2023b). Diabetes. 13 June 2020 retrieved https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1 from.

Wilson, S. R., Strub, P., Buist, A. S., Knowles, S. B., Lavori, P. W., ve Lapidus, J. (2010). Shared Treatment Decision Making Improves Adherence and Outcomes in Poorly Controlled Asthma. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 181(13), pp. 566–577.

EKLER

EK-1. TANITICI BİLGİ FORMU

Bilgilendirme Notu

Bu çalışma Bulaşıcı Olmayan Hastalık tanısı (kardiyovasküler hastalık, kronik solunum yolu hastalıkları, diyabet ve kanser) olan bireylerin hastalığa uyum ve hastalığa uyumla ilişkili olabilecek bazı değişkenlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar kimlik bilgileriniz tamamen gizli tutularak sadece bilimsel amaçla Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans tez çalışmasında sunulacak ve bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır, katılımınız bilime katkı sağlayacaktır. Toplumda bulaşıcı olmayan bireylerin hastalığa uyumların belirlenmesi için tüm anket sorularının eksiksiz bir şekilde yanıtlanması çok önemlidir.

Betül YILDIRIM

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilimdalı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Tel:

Yukarıda bulunan açıklamayı araştırma öncesinde okudum. Araştırmaya katılmayı kendi rızam ile kabul ediyorum. Elde edilen sonuçların adımı saklı tutularak ulusal ve uluslararası kullanımına, sunumuna ve bilimsel dergilerde yayınlanmasına izin veriyorum.

Bu çalışmaya zaman ayırdığınız için şimdiden teşekkür ederim.

Tarih:

İmza:

EK-1-A. Demografik Özellikler

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyetiniz?

1)Kadın 2)Erkek

3. Öğrenim düzeyiniz nedir?

1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul
5. Lise 6. Ön Lisans 7. Lisans 8. Lisans üstü

4. Medeni durumunuz nedir?

1. Bekar 2. Evli/Partnerli 3. Ayrılmış/Boşanmış/Dul

5. Çocuğunuz var mı?

1)Hayır 2) Evet (sayısını belirtiniz)

6. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

7. Mesleğiniz nedir?

1) İşçi 2) Memur 4)Serbest meslek 5) Emekli

8. Gelirinizi nasıl algılıyorsunuz?

1) Gelir giderden az
2) Gelir gidere denk
3) Gelir giderden çok

8. Aile tipiniz?

1)Çekirdek (anne, baba ve çocuklar)
2) Geniş

9. Kaç yıldır Antalya’da yaşıyorsunuz?.....

1) 1 yıldan az 2) 1-4 yıl 3) 5 yıl ve üstü

EK-1-b. Sağlık Öyküsü

1. Kilonuz?.....

2. Boyunuz?.....

BKİ:.....

3. Sigara kullanıyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır

4. Alkol kullanıyor musunuz?

1)Evet 2)Hayır

5. Bulaşıcı Olmayan hastalıklardan hangisine veya hangilerine sahipsiniz?
(Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.)

1)Kardiyovasküler Hastalıklar (Koroner Arter Hastalığı, Serebravasküler Hastalıklar, Romatizmal Kalp Hastalıkları, Periferik Kalp Hastalıkları, Konjenital Kalp Hastalıkları, Hipertansiyon, Derin Ven Trombozu ve Pulmoner Emboli)

2)Kanserler

3)Kronik Solunum Yolu Hastalıkları (KOAH, Astım, Solunum Alerjileri, Mesleki Akciğer Hastalıkları, Pulmoner Hipertansiyon)

4)Diyabet

6. Bulaşıcı Olmayan Hastalık tanınızı ne kadar süre önce aldınız?

1) 3 ay- 1 yıl 2) 1 yıl ve üstü

7. Sürekli ilaç kullanıyor musunuz?

1) Evet, kullanıyorum 2) Hayır, kullanmıyorum

8. Sağlık kontrollerinizi düzenli yaptırıyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

9. Fiziksel engeliniz var mı?

1)Evet 2)Hayır

EK-2. WHOQOL-BREF-TR Soruları

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

Yaşam Kalitesi

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

Algılanan Sağlık

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Psikolojik Boyut

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznü, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

EK-3. Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği

	Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği					
	Sayın Katılımcı; Aşağıdaki ölçek kronik hastalıklarda (kalp, akciğer, böbrek vb.), hastaların, hastalığa uyum düzeyini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Aşağıda kronik hastalığınız boyunca yaşamış olabileceğiniz tutum, inanç ve davranışlarınızı içeren bazı durumlar verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki durumu ne kadar yaşadığınızı aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerdeki uygun bölüme X işareti koyarak belirleyiniz.	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Hastalığım için verilen ilaçları düzenli kullanıyorum.					
2	Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılıyorum.					
3	Benimle aynı hastalığı olan kişilerle iletişim halindeyim.					
4	Vücudumda ortaya çıkan değişiklikleri (şişlik, kilo artışı vb.) önemsiyorum.					
5	Hastalığımdan dolayı aile içi ilişkilerim olumsuz etkilendi.					
6	Hastalığım geleceğe yönelik planlar yapmamı engelliyor.					
7	Hasta olsam da sosyal aktivitelere katılıyorum.					
8	Tamamen iyileşeceğimi düşünüyorum.					
9	Hastalığım cinsel yaşamımı etkilemiyor.					
10	Hastalığım uzun süreli olarak kontrol altında olmamı gerektiriyor.					
11	Hastalığım nedeniyle aldığım tedavinin etkili olacağını düşünüyorum.					
12	Hastalığım sebebiyle temkinli/tedbirli yaşamak bana çok zor geliyor.					
13	Hasta olsam da evdeki işlerimi yapıyorum.					
14	Hastalığımla ilgili evde takip etmem gereken ölçümleri (tansiyon, kan şekeri vb.) yapıyorum.					
15	Hastalığım sebebiyle verilen diyeti düzenli uyguluyorum.					
16	Hastalığım sebebiyle verilen egzersizleri düzenli yapıyorum.					
17	Hastalığımdan dolayı arkadaş ilişkilerim olumsuz etkilendi.					
18	Düzenli olarak sağlık kuruluşuna kontrole gidiyorum.					
19	Hastalığım sebebiyle aileme yük olduğumu düşünüyorum.					
20	Hasta olmak beni endişelendiriyor.					
21	Sağlık çalışanlarına güveniyorum.					
22	Hastalığım ile ilgili yeterince bilgi sahibiyim.					
23	Tedavilerimle ilgili yeterince bilgi sahibiyim.					
24	Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyorum.					
25	Hastalığımdan dolayı çalışma hayatım olumsuz etkilendi.					

EK-4. WHOQOL – BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği için Erhan ESER’den izin Talebi Yazısı

WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi Ölçeği

Betül Yıldırım

Alıcı: erhanese

14 May 2020 18:21

Sayın Erhan Eser Hocam :

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim.

"Antalya'da Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Bireylerin Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara Uyumu ile İlgili Olabilecek Değişkenlerin İncelenmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmamda geçerlilik güvenirliğini yapmış olduğunuz WHOQOL-BREF Yaşam Kalitesi ölçeğini izin verdiğiniz için minnettarım. Sağlıklı günler diliyorum.

Saygılarımla
Betül YILDIRIM

Erhan Eser

Alıcı: betul

14 May 2020 21:07

Sayın kullanıcı,

Bu iletinin ekinde Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL) 'ün Türkçe sürümünü, ölçeğe ilgili tanıtım dosyalarını ve Kullanım Sözleşmesini bulacaksınız. Ölçeği kullanmayı planladığınız halde araştırmanız başlamadan önce lütfen araştırmanız ayrıntılı yöntemini de içerecek olan "Kullanım Sözleşmesini WHOQOL Türkiye merkezine gönderiniz". Araştırmanız sonuçlandıktan sonra verilerinizi (WHOQOL ulusal haruru için gerekli olması nedeniyle) sosyoekonomik verileri de içeren SPSS veri dosyası biçiminde e-posta yoluyla merkezimize göndermeniz halinde kısa süre (en geç 5 gün) içinde WHOQOL alan (domain) skorları hesaplanıp size geri yollanacaktır. Bize göndereceğiniz SPSS data dosyasında soru kodlarını q1,q2,q3...q26, q27 biçiminde giriniz.

Başarılar dilerim.

Saygılarımla

Prof. Dr. Erhan Eser
WHOQOL Türkiye merkezi
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Manisa

EK-6. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu**

Sayı : 70904504/52
Konu :

07.08.2020

Sayın
Dr.Öğr.Üyesi Ayla TUZCU
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz, "Antalya'da Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Bulaşıcı Olmayan Hastalık Tanısı Olan Yetişkin Bireylerin Hastalığa Uyumu ve İlişkili Değişkenlerin İncelenmesi" adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Eki: Etik Kurul Kararı

Adres : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat ANTALYA
Tel : (242)249 69 54
Faks : (242) 249 69 03
e-posta : etik@akdeniz.edu.tr

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

2020

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI		Dr.Öğr.Uyesi Ayla TUZCU
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Antalya'da Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Bulaşıcı Olmayan Hastalık Tanısı Olan Yetişkin Bireylerin Hastalığa Uyumu ve İlişkili Değişkenlerin İncelenmesi
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:KAEK- 569	Tarih: 22.07.2020
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir	

EK-7. Antalya İl Sağlık Müdürlüğü İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 28/09/2020-33995



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 67910779-292.02
Konu : Betül YILDIRIM'ın Tez Çalışması

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 12/09/2020 tarihli ve 12394646-20380 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınıza istinaden, Müdürlüğümüzün 18.05.2018 tarih ve 69174694 sayılı oluru ile oluşturulan "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu" Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı bünyesinde 22.09.2020 tarihinde toplanmış ve söz konusu çalışma yapılırken **Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun** hasta mahremiyetinin korunması ve gizliliğe yönelik ilgili maddeleri dikkate alınarak **"Antalya'da Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Bulaşıcı Olmayan Hastalık Tanısı Olan Yetişkin Bireylerin Hastalığa Uyumu ve İlişkili Değişkenlerin İncelenmesi"** konulu bilimsel çalışmanın onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiş olup, Komisyon Onayı ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Hacer NUR YÜCE
Halk Sağlığı Hizmetleri
Başkanı

Ek: Betül YILDIRIM Komisyon Kararı

Sütçüler Mahallesi, Mehmet Akif Ersoy Cd. No:103, 07320 Kepez/Antalya
Telefon: 0 (242) 228 48 48 Faks No:
e-Posta: turkan.ustundag@saglik.gov.tr İnternet Adresi:
<http://www.antalyahsm.gov.tr/>

Bilgi için: Türkan ÜSTÜNDAĞ
HEMŞİRE
Telefon No: 02422284848 / 1096



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 36005147-302.14.03-E.103645
Konu : Betül YILDIRIM Tez Çalışması

01/10/2020

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 30/09/2020 tarihli ve 50913635-302.08.01-E.103421 sayılı yazı,

Anabilim Dalınız Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi **Betül YILDIRIM**'ın "Antalya'da Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Bulaşıcı Olmayan Hastalık Tanısı Olan Yetişkin Bireylerin Hastalığa Uyumu ve İlişkili Değişkenlerin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tezi ile ilgili araştırmasını; 17 No'lu Dt.Selahattin Topçu Aile Merkezi'nde yapabilmesinin uygun görüldüğüne ilişkin ilgi'de kayıtlı yazı ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve konunun adı geçen öğrenci ile danışman öğretim üyesine bildirilmesi hususunda gereğini rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Erol GÜRPINAR
Müdür

Ek:
İlgi yazı ve ekleri (4 sayfa)

Evrak Tarih ve Sayısı: 30/09/2020-E.103421



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı



Sayı : 50913635-302.08.01-E.103421
Konu : Betül YILDIRIM'ın Tez Çalışması

30/09/2020

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 03/09/2020 tarihli ve 57830559-302.14.03-E.92702 sayılı yazı,

Antalya İl Sağlık Müdürlüğü'nün, Enstitünüz Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Betül YILDIRIM'ın "Antalya'da Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Bulaşıcı Olmayan Hastalık Tanısı Olan Yetişkin Bireylerin Hastalığa Uyumu ve İlişkili Değişkenlerin İncelenmesi" konulu bilimsel çalışmanın yapılabilmesinin onaylandığına ilişkin 24.09.2020 tarih 827 yazısı Ek'te gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Ayşe Gülbin ARICI
Rektör Yardımcısı

Ek:

- 1- Antalya İl Sağlık Müd.'nün yazısı
- 2- Komisyon Kararı

Adres: Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü Kampus / Antalya
Telefon: 0242 227 44 00/1300 Faks: 0242 310 15 09
e-Posta: ousb@akdeniz.edu.tr Elektronik Ağ: http://ousb.akdeniz.edu.tr

Bilgi için: Arzu Loker
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni
Tel No: 2422274400 (1334)

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

KOMİSYON KARARI

Müdürlük Makamı'nın 18.05.2018 tarih ve 69174694 sayılı oluru ile oluşturulan "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu" Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı bünyesinde 22.09.2020 tarihinde toplanmış ve söz konusu çalışma yapılırken **Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun** hasta mahremiyetinin korunması ve gizliliğine yönelik ilgili maddelerinin dikkate alınarak ayrıca "Covid- 19 önlemleri kapsamında gerekli kişisel koruyucu ekipmanlar kullanma şartı ile" aşağıda bildirilen bilimsel çalışmanın onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Araştırmacı;

- 1- Betül YILDIRIM (Danışman Dr. Öğr. Üyesi Ayla TUZCU)
"Antalya'da Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Bulaşıcı Olmayan Hastalık Tanısı Olan Yetişkin Bireylerin Hastalığa Uyumu ve İlişkili Değişkenlerin İncelenmesi"

ÖZGEÇMİŞ

