



T.C.  
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**KRONİK HASTALIKLI BİREYLERİN  
HASTALIKLARINA İLİŞKİN  
DEĞERLENDİRMELERİNİN İYİ  
OLUŞLUK DURUMUNA ETKİSİ**

**HALİT ÇİFTÇİ**

**(YÜKSEK LİSANS TEZİ)**

**BURSA-2021**

Halit ÇİFTÇİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ

2021



T.C.  
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**KRONİK HASTALIKLI BİREYLERİN HASTALIKLARINA İLİŞKİN  
DEĞERLENDİRMELERİNİN İYİ OLUŞLUK DURUMUNA ETKİSİ**

**HALİT ÇİFTÇİ**

**0000-0003-3637-228X**

**(YÜKSEK LİSANS TEZİ)**

**DANIŞMAN:  
DOÇ. DR. AYSEL ÖZDEMİR**

**BURSA-2021**

**T.C.**  
**BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**ETİK BEYANI**

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Kronik Hastalığı olan Bireylerin Hastalıklarına İlişkin Değerlendirmelerinin İyi Oluşluk Durumuna Etkisi” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.

Adı Soyadı

## TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU

**Adı Soyadı:** Halit ÇİFTÇİ

**Anabilim Dalı:** Hemşirelik Anabilim Dalı

**Tez Konusu:** Kronik Hastalıklı Bireylerin Hastalıklarına İlişkin Değerlendirmelerinin İyi Oluşluk Durumuna Etkisi

ÖZELLİKLER	UYGUNDUR	UYGUN DEĞİLDİR	AÇIKLAMA
Tezin Boyutları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dış Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İç Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kabul Onay Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Düzeni	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İçindekiler Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yazı Karakterleri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Satır Aralıkları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Başlıklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Numaraları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eklerin Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tabloların Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kaynaklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### DANIŞMAN ONAYI

**Unvanı Adı Soyadı:** Doç. Dr. Aysel Özdemir

## İÇİNDEKİLER

Dış kapak

İç kapak

<b>ETİK BEYANI</b> .....	<b>II</b>
<b>TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU</b> .....	<b>III</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>IV</b>
<b>TÜRKÇE ÖZET</b> .....	<b>VI</b>
<b>İNGİLİZCE ÖZET</b> .....	<b>VII</b>
<b>1.GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>2.GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>6</b>
2.1. Kronik Hastalıklarla İlgili Genel Bilgiler .....	6
2.2. Kronik Hastalık Tanımı .....	9
2.3. Kronik Hastalıkların Dünya ve Türkiye İçin Önemi.....	10
2.4. Dünya’da ve Türkiye’de Kronik Hastalık Yüğü.....	11
2.5. Kronik Hastalıklar ve Yeti yitimi (Engellilik).....	12
2.6. Kronik Hastalıklarda Risk Faktörleri .....	12
2.6.1. Değiştirilebilen Risk Faktörleri .....	13
2.6.2. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri.....	13
2.7. Mortalite ve Nedenleri. ....	13
2.8. DSÖ’nün Kronik Hastalıklarla Mücadele Önerileri. ....	14
2.9. Kronik Hastalıklarla Mücadelede Stratejik Amaçlar.....	14
2.10. Kronik Hastalıklarla Mücadele Faaliyetleri.....	15
2.11. Kişisel İyi Oluş .....	15
2.12. İyi Oluş Tanımı.....	15
2.13. Kişisel İyi Oluş Kavramı .....	16
2.14. Kişisel İyi Oluşu Etkileyen Faktörler .....	16
2.15. Kronik Hastalıklar ve İyi Oluş İlişkisi.....	17
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM</b> .....	<b>18</b>
3.1. Araştırmanın Tipi.....	18

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	18
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	18
3.5. Veri Toplama Araçları.....	18
3.5.1. Sosyodemografik Veri Toplama Formu.....	18
3.5.2. Kişisel İyi Oluş İndeksi-Yetişkin Türkçe Formu (KİOİ-Y).....	19
3.5.3. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme (KHBDÖ-H) Ölçeği.....	19
3.6. Veri Toplama Yöntemi.....	20
3.7. Verilerin Değerlendirmesi.....	20
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	21
3.9. Araştırmaya Sağlanan Destek.....	21
<b>4.BULGULAR.....</b>	<b>22</b>
4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	23
4.2. Kronik Hastalık Bakım Değerlendirme Ölçeği (KHBDÖ-h) Toplam Puan ve Alt Boyutları ile Kişisel İyi Oluş İndeksi-Yetişkin Türkçe ölçeği (KİOİ-Y) Puanlarının İncelenmesi.....	27
4.3. KİOİ-Y ile KHBDÖ-h Ölçeklerinin Analizleri.....	48
<b>5.TARTIŞMA ve SONUÇ.....</b>	<b>51</b>
5.1. Hastaların Bireysel Özelliklerine Ait Bulguların Tartışılması.....	51
5.2. Hastaların kronik Hastalık Özelliğine Göre KHBDÖ-h Toplam Puan ve Alt Boyutları ile KİOİ-Y Puanlarının Tartışılması.....	54
5.3. Hastalık Bakım Değerlendirme Ölçek Boyutları ve Kişisel İyi Oluş ölçeği Puan Ortalamalarından Elde Edilen Bulguların Tartışılması.....	65
<b>6.KAYNAKLAR.....</b>	<b>67</b>
<b>7.SİMGELER VE KISALTMALAR.....</b>	<b>82</b>
<b>8.EKLER.....</b>	<b>83</b>
<b>9.TEŞEKKÜR.....</b>	<b>92</b>
<b>10.ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>93</b>

## TÜRKÇE ÖZET

Dünyada ve Türkiye’de beklenen yaşam süresinin uzamasına bağlı nüfus giderek yaşlanmaktadır. Yaşlanan nüfus içindeki bireylerin çoğunda bir veya daha fazla kronik hastalık görülmekte buna paralel olarak hastalık yükü artmaktadır. Bu çalışmada 2019 yılında Bursa ilindeki bir hastanede 18 yaş üstü kronik hastalıklı bireylerin hastalıklarını değerlendirmelerinde iyi oluş durumlarının etkilerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Veriler Kişisel İyi Oluş İndeksi-Yetişkin Türkçe formu (KİOİ-Y) ve Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (KHBDÖ-h) ile toplandı. İstatistik analizi SPSS paket program ile yapıldı ve anlamlılık düzeyi 0,05 olarak seçildi. Çalışmaya katılan bireylerin %57,6’sı kadın ve %42,4’ü erkek olup toplam 165 kişidir ve hastaların yaş ortalaması  $63,70 \pm 16,53$ ’dir. Çalışmaya katılan bireylerin KİOİ-Y puanları 60,78; KHBDÖ-h ait toplam puanı  $3,97 \pm 0,94$  olarak tespit edildi. KİOİ-Y puanına göre dengeli iyi bir Kişisel İyi Oluş puanı elde edildiği saptandı. KHBDÖ-h ölçek puanlarındaki artış, kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin yüksek ve kronik hastalık yönetiminin yeterli olduğunu gösterir. Kronik hastalık bakımı ile Kişisel İyi Oluş arasında yapılan korelasyon analizi sonuçlarına göre ise Kişisel İyi Oluş ile kronik hastalık bakım durumları arasında anlamlı bir korelasyon görülmüştür ( $p < 0,05$ ). Kronik hastalıklı bireylerin hastalıklarına ilişkin değerlendirmeleri ile Kişisel İyi Oluş durumları arasında pozitif ilişki olduğu görüldü. Bu sonuç hasta bakımı veren sağlık çalışanlarının bakım hizmetlerini hastanın nasıl algıladığını değerlendirmeye alması gerektiğini gösteren bir kanıt olduğu düşüncesindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Kronik hastalık, Bakım, Memnuniyet, Kişisel İyi Oluş

## İNGİLİZCE ÖZET

### **THE IMPACT OF ILLNESS-RELATED ASSESSMENTS OF PATIENTS WITH CHRONIC DISEASE ON STATUS OF WELL-BEING**

The burden of disease has increased in parallel with the aging and increasing survival of the population in the world and in Turkey. The greatest wealth of these diseases is chronic diseases. In this study, a screening design, one of the quantitative research methods, was used in a hospital in Bursa in 2019 to examine the effect of well-being on the evaluation of the diseases of individuals with chronic diseases over the age of 18. The Personal Well-Being Index-Adult Turkish form (KIOI-Y) and Chronic Disease Care Assessment Scale (KHBDÖ-h) were used. Statistical analysis was used by SPSS program and the level of significance was chosen as 0.05. 57.6% of the individuals participating in the study are women and 42.4% are men, totaling 165 and the average age of the patient is  $63.70 \pm 16.53$ . The individuals participating in the study were determined as 60.78 and their HRCS-h score as  $3,97 \pm 0,94$  index points. A composite good personal success score was obtained according to the KIOI-Y score. The increase in KHBDÖ-h scale scores indicates that the satisfaction of individuals with chronic diseases is higher than satisfaction and chronic disease management is sufficient. According to the results of the correlation analysis made according to chronic illness care and personal well-being, a significant correlation was found between personal well-being and formed illnesses ( $p < 0.05$ ). A parallel effect of personal status was observed on the evaluation of individuals with chronic diseases according to their illnesses. It is thought that good care of those with chronic diseases will affect their well-being positively.

**Keywords:** Chronic diseases, Care, Satisfaction, Personal Well-Being



## 1. GİRİŞ

Dünyada ve Türkiye’de beklenen yaşam süresinin uzamasına bağlı nüfus giderek yaşlanmaktadır. Yaşlanan nüfus içindeki bireylerin çoğunda bir veya daha fazla kronik hastalık görülmekte buna paralel olarak hastalık yükü artmaktadır. (Hancerlioğlu, 2014). Kronik hastalıklar 21. yüzyılda sağlık sorunlarının en başında bulunmakta ve dünya genelinde ölümlerin en önemli sebepleri arasında gösterilmektedir (Uysal, 2015). 2000’li yıllardan itibaren ülkemizde yapılan nüfus sayımında, yaşlı popülasyon toplumun %5,7’i iken, 2009 yılında bu oranın %6,9’a, 2019 yılında ise %9,1’e kadar çıktığı tespit edilmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu [TUIİK], 2019). Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmektedir (TUIİK, 2021).

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) tanımına göre kronik hastalıklar, uzun dönemli ve genellikle yavaş ilerleme gösteren, tıbbi girişimlerle tedavi edilemeyen, hastalığın derecesini azaltmak ve öz bakımında kişinin işlevini ve sorumluluğunu en üst düzeye çıkarmak için periyodik izlem ve bakım desteği gerektiren durumlardır. Kalp ve damar hastalıkları, kanserler, solunum yolu hastalıkları ve diyabet günümüzde tüm toplumları etkileyen başlıca bulaşıcı olmayan hastalıkları (BOH) oluşturmaktadır (WHO, 2010).

Dünyada meydana gelen ölümlerin %71’inden, yani 57 milyon ölümün 41 milyonundan BOH’lar sorumludur. BOH’lardan erken ölüm, 21. yüzyıldaki gelişmişliğe karşı ortaya çıkan en ciddi sorunlar arasında yer almakta ve bu hastalıklar her sene 30 ila 70 yaşları arasında 15 milyon insanın erken ölümüne neden olmaktadır (WHO, 2018). BOH’lara bağlı ölümlerin başlıca sebebi kardiyovasküler hastalıklardır ve dünyada 2018’de kardiyovasküler sistem hastalıklarına (KVS) bağlı 17,9 milyon ölüm meydana gelmiş ve bu oran bütün BOH’lara bağlı ölümlerinin %44’ünü ve tüm küresel ölümlerin %31’ini oluşturmuştur. Bundan sonra kanserler sebebiyle 9 milyon ölüm görülmüş ve tüm BOH’lara bağlı ölümlerinin %9’unu ve tüm küresel ölümlerin %16’sını kanserlere bağlı ölümler oluşturmuştur. Bir sonraki yani 3. hastalık ise kronik solunum yolu hastalıklarıdır ve 3,8 milyon insanın ölümüne sebep olmakta ve tüm BOH’lara bağlı ölümlerinin %9’unu ve tüm küresel ölümlerin ise %7’sini oluşturmaktadır.

Daha sonra gelen diyabet nedeniyle ise 1.6 milyon ölüm görülmekte ve tüm BOH'lara bağlı ölümlerin % 4'ü ve küresel ölümlerin % 3'ünü oluşturmaktadır (WHO,2019).

TUİK (2021) raporuna göre yaşlılardan ölüm ve ölüm nedenleri istatistiklerine göre, 2019 yılında ölen yaşlıların %41,5'i dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle hayatını kaybetmiştir. İkinci sırada %15,3 ile iyi huylu ve kötü huylu tümörler ile solunum sistemi hastalıkları, üçüncü sırada ise %5,3 ile sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları takip etti. Bu raporda dikkat çeken diğer nokta ise yaşlı nüfusun obezitesinin, bakım alma durumlarının ve tütün kullanımlarının önceki yıllara göre arttığı görülmüştür. Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre tüm dünyada KOAH'a bağlı ölüm sayısı 2030 yılına kadar 4,5 milyon ölüm olacağı, Türkiye'de ise en sık görülen ölümlerden olduğu belirtilmiştir (Türk Toraks Derneği, 2017).

Tıp ve teknoloji alanında yapılan yenilikler ile tanı ve tedavi yöntemleri gelişmiştir. Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine verilen önem ile birlikte hastalıklara bağlı ölüm oranlarında ciddi bir azalma görülmüş fakat kronik hastalığı olan birey sayısı da artmıştır (Yeşil, Uslusoy, & Korkmaz 2016). Kronik hastalıkların görülme oranlarının artmasına bağlı sağlık sorunları ile hastalar sıklıkla karşı karşıya gelmekte, bu durum hastaların tüm yaşamlarını etkilemekte ve hasta bireyin yaşam tarzında değişiklik yapmak zorunda bırakmaktadır (Pelin, 2017).

Kronik hastalıklar toplumda oluşan genel kanının aksine sadece gelişmiş ülkelerin problemi olmaktan çok gelişmemiş veya orta ve düşük gelir grubunu ilgilendiren hastalık sınıflamasında yer almaktadır. Özellikle kronik hastalıklara bağlı olan ölümlerin %80'inden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir. (WHO, 2021). Kronik hastalıklar, genellikle yavaş ilerleme gösteren ve uzun süre devam eden, kendiliğinden gerilemesi ve tümüyle iyileşmesi mümkün olmayan hastalığın derecesini azaltmak ve kişinin öz bakımın işlevini ve sorumluluğunu en üst düzeye ulaştırmak için uygulanan periyodik izlem ve destek durumlarıdır (Şahin, 2018).

Kronik hastalık türleri genellikle, nedeni ve kökeni çok belirgin olmayan çok çeşitli risk faktörleri tarafından etkilenen ve son evre dönemlerinin uzun olduğu hastalıklardır (Örn: diyabet, hipertansiyon, KOAH, kronik böbrek yetmezliği, kronik kalp yetmezliği, kanser vb.). Genellikle bu tür hastalıklar orta yaşta başlar ve ömür boyu sürecek bir durumu ifade eder. Bu hastalıklar zaman zaman iyileşme dönemine girebilirler; remisyon dönemi (kronik hastalığın kişiler üzerindeki aktivitesinin

bulunmadığı durum) sonrası tekrar belirtilerin ortaya çıkması, hastalığı daha kötü bir duruma sokar. Kronik hastalıklar genellikle kalıcı bir sakatlık veya günlük aktivitelerin kısıtlanmasıyla da sonuçlanabilir (Metintaş, 2007).

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Kronik Hastalık Raporu'na göre ülkemizde yaklaşık olarak yirmi iki milyon kişinin bir veya birden fazla kronik hastalık etkisinde olduğu ifade edilmiştir. Rapora göre, ülkemizde en çok görülen ve en fazla ölüme sebebiyet veren hastalık diyabet olarak açıklanmıştır. Mevcut rapora göre kronik hastalık sayısında ve bu hastalıkların etkisi altında olan birey sayısının sürekli artış gösterdiği vurgulanmaktadır (Sağlık Bakanlığı Kronik Hastalık Raporu, 2006).

Kronik hastalıklar dünyada ve ülkemizde görülen ölümlerin en başında gelmesinin yanı sıra, toplam sağlık harcamalarının da ortalama %60-80'inini de oluşturmaktadır. Bu hastalıkların tanı ve tedavisi ülke ekonomilerine ciddi yükler getirmektedir. Özellikle kanser, diyabet, hipertansiyonlu hastaların tanı ve tedavisinde bu yük ciddi miktarlarda artmaktadır (Kara, 2011).

Sonuç olarak, kronik hastalıklar çoğunlukla non-enfeksiyöz sebeplere bağlı olarak gelişen ve özellikleri bakımından yavaş gelişen sürekli hastalık durumu olarak ifade edilir. Bu hastalıkların oluşumunda kişisel nedenler, sosyo-ekonomik sebepler, genetik, yaşam şekli, psikolojik nedenler vb. etkenler rol oynamaktadır. Kronik hastalığın risk faktörleriyle karşılaşma ile hastalığın ortaya çıkması arasında geçen süre çok uzun olabilir. Bu tür hastalıklar kalıcı patolojik sorunlara sebebiyet verebilir. Hastalık genel itibariyle orta yaşta başlayıp ömür boyu sürmesi sebebiyle yaşlanmaya bağlı hastalıklar ile de karıştırılmaktadır. Günümüzde çocuklarda da belli başlı kronik hastalıklar (astım, kronik böbrek yetmezliği vb.) görülebilmektedir (Bilir, 2006).

İyi oluş kavramı (well-being) anlam itibariyle iyi durumunu ifade eder fakat ‘iyi’ nin ne olduğunu anlamak güçtür (Gökdemir, & Veenhoven, 2014). İyi oluş kavramı, kalkınmayı ve gelişmeyi kapsayan, yaşanılan ortamı, sağlığı, barınmayı, boş vakti, geliri, sosyal ilişkileri, evliliği ve aile yaşantısını gibi durumları içine alan oldukça geniş bir kavramdır. (Van Praag, & Carbonell, 2004). Kişisel İyi Oluş ise ‘bireyin sadece belirli bir dönemdeki olumlu duygularının varlığı ya da olumsuz duyguların yokluğunu temel alarak yaptığı bir değerlendirmeden farklı olarak kendi yaşamı hakkında bilişsel doyumunu da içeren kapsamlı bir değerlendirme’ ya da diğer bir deyişle ‘uzun dönemli yaşam memnuniyetidir’ (Meral, 2014).

İyilik hali veya iyi oluş kavramı akıl, ruh ve bedenin birlikte bir bütün olması, bedensel işleyiş açısından birbirini tamamlaması ve böylece sağlıklı bir birey ve iyi olma durumunun oluşturulmasıdır (Ağaoğlu, 2012; Memnun, 2006). İyi oluş hali, sağlık (bedensel, ruhsal ve sosyal yönden) ve iyi oluşun bireylerin yaşam tarzını düzenlemesi, bununla birlikte daha kaliteli, verimli ve sağlıklı bir yaşam sürmesi ile başlayıp devam eden bir süreçtir. İyilik hali sadece hastalık veya rahatsızlık olmaması anlamına gelmemekte, hastalık veya rahatsızlık belirtilerine sahipken bir insanın aynı zamanda iyilik hali içinde de olabilmesidir (Memnun, 2006).

İyi oluş, genel itibariyle yaşam doyumu, olumlu (pozitif) akıl sağlığı ve genel mutluluğu işaret eden temel bir kavram olarak kullanılmaktadır (Dursun, 2012). İyi oluş kavramı, Kişisel İyi Oluş veya öznel iyi oluş kavramı olarak da bilinse de bu kavramlar arasında farklılıklar vardır. Öznel iyi oluş, bireyin istek ve amaçlarının karışımına yönelik memnuniyet düzeyini tarif eder ve öznellik ya da bireysel olarak tecrübe etme, olumlu yaşam ölçütleri ve birey yaşamının tüm açılarını kapsayan bir değerlendirmedir (Diener, 1984). Kişisel İyi Oluş kavramı ise kişilerin kendi hayatını nasıl yorumladığını gösteren genel bir terim olmasının yanında, kişilerin duygu durumlarını, yaşam doyumlarını ve yaşam kalitelerinin kendi benliğince değerlendirme durumudur (Meral, 2014).

İyi oluş kavramı kullanılırken mental iyi oluş, psikolojik iyi oluş gibi kavramlardan da bahsedilmektedir. Mental iyi oluş, DSÖ (2004)'ne göre 'bireyin kendi yeteneklerinin farkında olması, yaşamında oluşan stresin üstesinden gelebilmesi, iş hayatında üretken ve yararlı olabilmesi ve yetenekleri ile topluma katkı yapması' durumu olarak tanımlamıştır. Psikolojik iyi oluş ise Ryff (1989)'a göre kendini kabul, diğerleriyle olumlu ilişkiler, otonomi, çevresel hâkimiyet, yaşam amacı ve bireysel gelişim gibi kavramlara olumlu yönde sahip olma durumudur.

Aşiret ve Okatan (2019)'ın yılında yapmış oldukları çalışmada hipertansiyon hastalarının göstermiş olduğu ilaç uyumu ile iyilik halinin yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Hastaların iyilik hali düzeyi arttıkça ilaç uyumlarının da arttığını tespit edilmiştir (Aşiret, & Okatan, 2019). Hemodiyaliz hastaları üzerine yapılan bir çalışmada kronik hastalık durumunun bireylerin anksiyete ve depresyon puanlarını artırdığı bunun da öznel iyi oluş durumlarını olumsuz etkilediği saptanmıştır (Gencer, 2019).

Kronik hastalıklar bireylerin fiziksel, sosyal ve psikolojik durumlarını etkileyerek iyi oluş durumlarını etkilemektedir. Literatürde, kronik hastalığı olan bireylerin iyi oluş durumlarını belirlemeye yardımcı kaynak sayısı oldukça az bulunmaktadır. Bu nedenle çalışmada kronik hastalıklı bireylerin hastalıklarını değerlendirmelerinde iyi oluş durumları üzerine etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kronik Hastalıklarla İlgili Genel Bilgiler

Çağdaş halk sağlığı yaklaşımına göre öncelikli sorunlarda üç kriter vardır; sıklık, ciddiyet ve ekonomik kayıp. Bu yaklaşıma göre toplumda en önemli hastalıklar; en sık görülen, en yüksek morbidite ve mortaliteye neden olan ve ekonomik anlamda en çok hasar veren hastalıklardır (Akdur, Piyal, Çalışkan & Ocaktan, 2011). 21 yy. sağlık sorunlarının en başında anne-bebek ölümleri ve bulaşıcı hastalıklar yer almakta iken teknoloji alanında ve tıp dünyasındaki gelişmeler sayesinde bugün onların yerini kronik hastalıklar almıştır. Sağlık alanındaki bu gelişmeler insan ömrünün uzamasını sağlamış ve toplumlarda yaşlı nüfus artmıştır. Sonuç olarak, bulaşıcı hastalıkların tedavi edilebilmesi ve toplumlarda yaşlı nüfusun artmasından ötürü tüm dünyadaki gerçek hastalık algısı kronik hastalıklar olarak değişmiştir. (Bilir, 2006).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre kronik hastalıklar, bulaşıcı olmayan, 6 ay ve daha uzun süre devam eden, genellikle yavaş seyreden ve gelişiminde pek çok risk faktörünün rol oynadığı hastalıklar olarak tanımlanmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları (Astım ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA)) ve diyabet, DSÖ'nün tanımladığı dört temel kronik hastalık olarak göze çarpmaktadır (WHO, 2011).

Kronik Hastalıklar Komisyonu (CCI; Commission on Chronic Illness) ise kronik hastalıkları; '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' diye tanımlamıştır (Aywater, 1949; Bilir, 2006).

Amerikan Kronik Hastalık Ulusal Komisyonu, kronik hastalığı belli maddelerle şu şekilde tanımlamıştır (Ondahil, 1988);

- Kronik hastalık ilerleyicidir,
- Bu tür hastalıklar bazı kalıcı yetersizliklere sebebiyet verebilir,
- Hastalığa geri dönüşümü olmayan patolojik belirli süreçler neden olmaktadır,

- Kronik hastalığı bulunan hastalara öznel bir takım rehabilitasyon hizmetleri gerekebilir,
- Hastalık sonrası uzun bir bakım ve gözlem süreci gerekebilir

Rolland (1987)'a göre kronik hastalıkların üç temel aşaması bulunmaktadır. Bunlar; kriz aşaması, kronik aşama ve terminal aşama olarak belirtilmiştir. İlk aşama olan kriz aşaması; hastalık belirtileri, hastalık tanısının konulması, uygun tedavi planı, tedaviye uyum sağlama ve hastalıkla baş etme çabalarını içermektedir. İkinci kısımda bulunan kronik aşama ise; kronik hastalık tanısının koyulduğu andan terminal döneme kadar sürecek zaman dilimini ifade etmektedir. Son olarak terminal aşama, hastalığın seyrinin ilerlediği ve ölümün kaçınılmaz olduğu durumları içermektedir.

Kronik hastalıklarla ilgili bireylerin göstermiş oldukları dört uyum aşaması mevcuttur. Bunlar; belirsizlik, inkâr, kabullenme ve son olarak uyum aşamasıdır. Birinci aşama belirsizlik; hasta kendi hakkında yeterince bilgi sahibi olmaması sebebiyle anksiyete yaşar. Hasta sürekli kendi iç dünyasında “Benim neyim var, bana ne olacak?” şeklinde sorular sorar. İkinci aşama inkâr; bu aşamada hasta şok geçirir, durumu kabullenmez, inanamaz ve öfke duygusu içinde bulunur. Bu aşamada aile aşırı derecede kollayıcı, korumacı veya ilgisiz görülebilir. Üçüncü aşama kabullenme; hastanın benlik kavramı gelişim gösterir. Hasta bu aşamada yaşam kalitesini koruma ve hastalığa bağlı olarak fiziksel, psikolojik ve sosyal değişiklikleri gündelik hayatıyla uyumlaştırmaya çalışır. Bazı durumlarda hastalar kaybettikleri yetiler için yas tutma eğilimi gösterebilirler. Dördüncü aşama uyum; hasta bu aşamada hastalığı kabullenme ve sindirme eğilimi gösterir. Bu evrede gerçekçi olmayan hayattan kopuk düşüncelerden uzaklaşma eğilimi aile ve çevre desteği ile sağlanabilir (Tanık, 2006).

Kronik hastalıklarla ilgili tanımlamalardan yola çıkarak DSÖ verileri incelenmiştir. Bu verilerden yola çıkarak kronik hastalıklarla ilgili hem dünyada hem de ülkemizdeki genel durum şu şekilde ifade edilebilir:

DSÖ'ne göre 2016 yılında dünyada 57 milyon ölüm meydana gelmiş ve bu ölümlerin 41 milyonu (%71) BOH, özellikle kalp ve damar hastalıkları (%31), kanser (%16), kronik solunum yolu hastalıkları (%7) nedeniyle olduğu ve bunların 15 milyonunun 30-70 yaş arası gerçekleşen erken ölümler olduğu bildirilmiştir.

DSÖ'nün 2017 raporuna göre ise BOH dünya çapında yıllık 40 milyon insanın ölümüne (tüm ölümlerin %70'i) neden olmaktadır. Her yıl 15 milyon 30-69 yaş arası erken yaş ölümleri, BOH nedenli olmaktadır ve bu ölümlerin %80'ni düşük ve orta gelir düzeyli ülkelerde görülmektedir. BOH grubu hastalıklardan ölümlerde ilk sırada

kardiyovasküler hastalıklar (17,7 milyon) gelmektedir. Bunu 2. sırada kanserler (8,8 milyon), 3. sırada solunum yolu hastalıkları (3,9 milyon) ve 4. sırada diyabet (1,6 milyon) takip etmektedir. Bu 4 grup hastalık erken ölümlerin %80'lik kısmını oluşturmaktadır (WHO, 2017).

DSÖ (2018) verilerine göre Türkiye'de 2016 yılında toplam 455 bin ölüm meydana gelmiş bunların yaklaşık %89'u BOH nedeniyle olmuştur. BOH nedenli ölümlerin çoğunluğu kardiyovasküler hastalıklar (%34) oluştururken, bunu kanser (%23), kronik solunum yolu hastalıkları (%7) ve diyabet (%5) takip etmiştir. Diğer BOH, tüm ölümlerin %21'i iken, enfeksiyöz hastalıklar, maternal, perinatal durumlar ve beslenmedeki yetersizlikler %4 ve yaralanmalar ve kazalar ise %6 oranındadır.

Hollanda'da birinci basamakta yapılan bir çalışmada 1985 yılından 2005 yılına kadar kronik hastalık prevalansının iki katına çıktığı görülmektedir. Kadın cinsiyet, düşük sosyoekonomik düzey ve ileri yaş ile kronik hastalık arasında bir ilişki bulunmuştur (Uijen, & Van De Lisdonk, 2008).

Amerika'da yapılan bir çalışmada ise popülasyonun yarısından fazlasında kronik hastalık mevcut olduğu, %28'inde ise 2 ve daha fazla kronik hastalık olduğu tespit edilmiştir. Poliklinik başvurularının %79'u, toplam sağlık harcamalarının %84'ü kronik hastalıklar nedeniyle yapılmaktadır. Birinci basamakta, stabil seyreden ve kontrol altında olan kronik hastalıklar için yılda 826 saat, günde 3,5 saat gerekirken, kontrol altına olmayan kronik hastalıklar için yılda 2484 saat, günde 10,6 saat gerekmektedir (Ostbye, Yarnal, Krause, Pollak, Gradison & Michener, 2005).

Dede ve arkadaşları (2016), dünyada kronik hastalıklardan ölümlerin %48'inin kardiyovasküler hastalıklar, %21'inin kanserler, %12'sinin solunum hastalıkları, %3,6'sının diabetes mellitus ile olduğunu, ülkemizde ise kronik hastalıklardan ölümlerin %49'unun kardiyovasküler hastalıklar, %18'inin kanserler, %9'unun kronik solunum yolu hastalıkları ve %2'sinin ise diyabete bağlı olduğu ortaya çıkarmıştır.



## 2.2. Kronik Hastalık Tanımı

DSÖ, yayınladığı Global Durum Raporunda kronik hastalıkları ‘bulaşıcı olmayan hastalıklar’ ifadesi olarak tanımlamıştır. 2010 yılından sonraki raporda, yayında ve web sitesinde de aynı tanım kullanılmaya devam etmiştir (DSÖ, 2010).

Kronik hastalık, bir ya da daha fazla yıl süren sürekli tıbbi destek alınmasını gerektiren ve/veya günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan bir durumdur (Koşar ve Besen, 2015). Aynı zamanda beden veya zihinde meydana gelen, rahatsızlık, dert, stres gibi psikolojik durumların etkisinde bireyin gerekli görevlerini yerine getirmede bozukluğa sebep olan anormal bir durum olarak da tanımlanmaktadır (Acar, 2011).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise kronik hastalıkları kalıcı ve giderek artan hasarlara neden olabilen, kalıcı hasarlara neden olan hastalıklar olarak betimlemekte ve bu hastalıkların uzun dönem gözetim, koruma, bakım ve rehabilite edici hizmetlere ihtiyacı olan hastalıklardır olarak tanımlamaktadır. Akut hastalıklardan farkı ise ilerleyişinin belli sınırı olmaması ve iyileşmesinin mümkün olmayışıdır (DSÖ, 2008). DSÖ aynı zamanda 4 hastalığı temel kronik hastalıklar olarak tanımlamıştır. Bunlar ise; kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları, diyabet ve kardiyovasküler hastalıklardır (DSÖ, 2011).

Kronik hastalıkların tanımının dışında birçok kronik hastalığın benzer özellikler gösterdiği de ifade edilebilir. Kronik hastalıkların özellikleri ise;

- Kronik hastalıklar genellikle orta yaşta başlar, ömür boyu sürer ve kalıcı hasara ya da yeti yitimine neden olur,
- Bu tür hastalıkların oluşumunda birden fazla etken rol oynayabilir, kişinin bu etkenlere maruz kalma miktarı ve süresi hastalığın oluşumunda önemlidir,
- Hastalığın oluşumundaki risk etmenleriyle karşılaşma ile hastalığın ortaya çıkması arasındaki süre çok uzun olabilir,
- Hastalık süresince farklı dönemlerde farklı evreler yaşanabildiği için evrelerin birbirinden farklı fizyolojik, psikolojik, sosyal sorunları ortaya çıkabilir ve bu sorunların çözümü için farklı yollar mevcuttur,
- Kronik hastalıklarda zaman zaman iyileşme evreleri görülebilir fakat tekrarlama durumunda hastayı daha kötü duruma sokabilir,

- Diğer kronik hastalıklara da sebebiyet verebilir,
- Kronik hastalıklar kişinin ailesi ve çevresini de etkileyebilir,
- Kronik hastalığı olan birey hastalıkla baş etmede temel sorumluluğa sahiptir ve bunu aile ile birlikte gerçekleştirmek zorunda dakebilir,
- Kronik hastalığa sahip birey sürekli bir şekilde hayat belirsizliği, kararsızlığı ve değişkenliğine sahip olur,
- Kronik hastalığa sahip bireyler hayatları boyunca hastane ve toplumdan destek almak durumunda kalabilirler,
- Bu tür hastalıkların tanı, tedavi ve rehabilitasyonu için bireyin çok fazla ekonomik imkanlara sahip olması gerekmektedir,
- Hastalığın tedavisi ve rehabilitasyonu için sık sık hastane kullanımı sonucunda hasta belli başlı enfeksiyonlara yakalanabilir ve sık hasta kullanımı da ülke ekonomisine belli maliyetler yükler,
- Son olarak kronik hastalıklara bağlı olarak fiziksel ve zihinsel sınırlılıklar ve engeller bireyin bağımsızlığını azaltabilir (Barr, Robinson, Link, Underhill, Dotts, Ravensdale & Salivers, 2003; Erci, 2016; Haskett, 2006; Schoen, Osborn, Squires, Doty, Pierson & Applebaum, 2010;).

### **2.3. Kronik Hastalıkların Dünya ve Türkiye İçin Önemi**

Dünyada ve Türkiye’de kronik hastalıklara bağlı ölümler, yaşam kalitesinde düşümlere, konfor bozuklukları gibi bireyleri sosyal ve psikolojik yönde etkileyen olumsuz durumlara neden olur ve bunların prevalansı her geçen gün artmaktadır. Örneğin: Diyabet prevalansı 1997-2009 arası %7’den %13’e yükselmiş, aynı zamanda 15 yaş üstü diyabet prevalansı %12 olarak tespit edilmiştir (Ministry of Health, 2013).

DSÖ verilerine göre günümüzde yaklaşık 65 milyon KOAH hastası bulunmaktadır. 2002 yılında, KOAH hastalığı ölümler arasında beşinci sırada iken eğer KOAH hastalığının altında yatan etkenlere (özellikle tütün kullanımı) müdahale edilmez ise 2030 yılında dünya çapında ölüme neden olan üçüncü en büyük hastalık olacak yönünde tahminler de bulunmaktadır (DSÖ, 2018).

DSÖ’nün kronik hastalıklara bağlı ölüm istatistiklerine bakıldığında dünyada her altı ölümden birinin kansere bağlı ölümler olduğu ifade edilmiştir. Bu ölümlerde erkekler için karaciğer, prostat, mide, akciğer, kolon kanseri türlerinin başını çektiği, kadınlarda ise tiroid, karaciğer, prostat ve meme kanseri türlerinin en fazla ölüme

sebepe olduğu belirlenmiştir (DSÖ, 2018). Türkiye’de ise TÜİK verilerine göre her beş ölümden birinin kansere bağlı ölümler olduğu tespit edilmiştir. Bu ölümlerde erkekler için akciğer, prostat, kolon, mesane, mide kanseri türleri kadınlar için ise meme, tiroid, kolon, akciğer kanser türleri en çok ölüme sebebiyet veren kanser türleri olarak tespit edilmiştir (TÜİK, 2018).

‘TÜİK Verilerine Göre Türkiye’de 2009 ve 2016 Yılları Arasındaki Ölüm Oranları ve Nedenleri’ adlı çalışmaya göre de kansere bağlı ölümlerin bölgelere göre dağılımını belirlenmiştir. Çalışmaya göre, Türkiye’de kansere bağlı toplam ölümlerin çoğunluğu %23.55 ile İstanbul, Doğu ve Batı Marmara bölgesinde görölmekte iken en azı da %14,65 ile Güneydoğu Anadolu bölgesinde görölmektedir (Akturan, Gümüş, Özer, Balandız & Erenler, 2019).

#### **2.4. Dünyada ve Türkiye’de Kronik Hastalık Yüku**

Kronik hastalıkların gelişen ve gelişmekte olan ülke ekonomilerine etkisine bakıldığında toplam ölümlerin %80’ini kronik hastalıklar oluşturmaktadır. Kronik hastalıklar, ciddi finansal ve ekonomik riske neden olmakta, bu durum sağlık hizmeti sunulan sisteminin devamlılığını riske atmakta ve hizmet etkinliğini düşürmektedir. Bu kayıplar sağlık maliyetlerinden 4 kat daha yüksektir (Erkoç, & Yardım, 2011).

BOH’a bağlı ölüm oranlarının %20’si gelir düzeyi yüksek, %80’i orta ya da düşük gelir düzeyine sahiptir ve Türkiye’de 2013-2023 yıllarında yaşa bağlı hız gösterim değerlerine bakıldığında kanser yükünün yaşlanma ile paralel olduğu görölmektedir (Gültekin ve Boztaş, 2014). DSÖ ise dünya nüfusunun artışına ve yaşlanmasına bağlı olarak 2025 yılında toplam 19.3 milyon yeni kanser vakası öngöröldüğünü, bu sayılardaki artışın gelecek dönemlerde tedavi ve bakım maliyetlerinin de ciddi oranda artmasının kaçınılmaz olacağını belirtmiştir (DSÖ, 2018). Dünya genelinde 2030 yılında bulaşıcı olmayan hastalıkların durumunun 2007 yılına göre iki kat artacağı ve bu artışın %75’inin de ölkemizin içinde olduğu gelişmekte olan veya gelişmemiş ölkelerde ortaya çıkacağı öngörölmektedir. (Tuncer, 2007).

TUİK verilerine göre, Türkiye’de toplam sağlık harcamaları 2018 yılında bir önceki yıla oranla %17,5 oranında artarak 165 milyar Türk Lirası olmuştur. Kronik hastalıkların maliyeti ise toplam maliyetin yaklaşık %42’sini (69,7 milyar Türk Lirası) oluşturmaktadır (TUİK,2019). Bu veriler de her geçen sene sağlık harcama maliyetlerinin arttığını ve artacağını göstermektedir.

## **2.5. Kronik Hastalıklar ve Yeti Yitimi (Engellilik)**

DSÖ, 2001 yılında yayımladığı rapor ile yeti yitimini engellilik ve bozukluk temel çatısı altında birleştirmiştir (Ali, Jaacks, Kowalski, Siegel & Ezzati, 2015). Tanımını ise vücut fonksiyonlarındaki problemlerden kaynaklanan yetersizlik, aktivite kısıtlaması ve günlük yaşamı devam ettirmede kısıtlılığı içeren şemsiye olarak yapmıştır (DSÖ, 2011). Türk Dil Kurumu (TDK)’na göre yeti yitimi (engellilik), engelli olma durumu olarak tanımlanmıştır (<http://tdk.gov.tr>, Erişim tarihi: 12.20.2020).

Kronik hastalıkların gidişatı ilerleyici, sabit ya da tekrar edici olabilmekte, Alzheimer gibi hastalıklarda bireyler günden güne yetilerini yitirmesi ile karşı karşıya kalabilmektedir. Kronik hastalıklı bireyler, bu yeti yitimi ya da kısıtlamaların olduğu dönemlerde uyum sağlamak zorlanmakta ve yeni rol değişimlerine ayak uydurmada sıkıntılar yaşayabilmektedir (Tüzer, 2001).

Kronik hastalığı olan bireylerin büyük bir kısmında ağır yeti yitimi olduğu ve günlük yaşam aktivitesini yerine getirmede bağımlı olduğu ortaya çıkmıştır (Molaoğlu ve Yanmış, 2018). Karadağ ve ark. (2016) çalışmasında KOAH hastalarının yeti yitimi ile depresyon arasında pozitif yönde ilişki tespit etmiştir.

## **2.6. Kronik Hastalıklarda Risk Faktörleri**

Türkiye’de yapılan çalışmalarda kronik hastalıkların risk faktörleri her hastalık için, cinsiyet etkin bir rol oynamakta; HT prevalansı kadınlarda (%26) erkeklere (%21) oranla daha fazla olduğu, DM prevalansının da kadınlarda (%9) erkeklere (%7) göre daha fazla olup erkeklerin (%41) kadınlardan (%38) daha fazla diyabetlerini kontrol ettiği belirtilmiştir (Ünal ve ark., 2013). DM olan hastalarda risk faktörleri; fiziksel inaktivite, HT, obezite, cinsiyet, yaş, genetik yatkınlık, sigara içimi ve iri bebek öyküsü olarak sıralanmıştır (Çoşansu, 2001). Multiple Skleroz için risk faktörleri; 15 yaş altı ılıman iklim, sosyo-ekonomik düzey, 30-40 yaş aralığı, ırk ve genetik öykü, kadın cinsiyeti olarak belirtilmiştir (Öncel, 2000). Kronik solunum yolu hastalıkları için risk faktörleri ise; sigara içme, mesleki toz ve kimyasallar, pasif etkilenim, hava kirliliği,

genetik yapı, enfeksiyonlar, yaşlanma ve sosyo-ekonomik faktörler olarak tespit edilmiştir (Global Strategy for the Diagnosis, 2016).

### **2.6.1. Değiştirilebilen Risk Faktörleri**

DSÖ, kronik hastalıkların ilerlemesinde değiştirilebilen ve önlenebilen en önemli üç risk faktörünü; sağlıksız beslenme, yetersiz fiziksel aktivite (egzersiz) ve tütün kullanım durumları olarak belirtilmiştir. Eğer bu faktörler ortadan kaldırılsa kalp damar hastalıkları, tip-2 diyabet ve inme gibi hastalıklar %80 oranında, kanserin gelişmesi de %40 oranında önlenebileceği belirtilmiştir (DSÖ,2017). DSÖ, 'Kronik Hastalıkların Sürveyansı (STEPwise)' yaklaşımı ile 2017 yılındaki rapora göre ise değiştirilebilir davranışsal faktörler (tütün-alkol kullanımı, düşük besin tüketimi, fiziksel inaktivite) ve kontrol edilebilir biyolojik faktörler (HT, aşırı kilo ve obezite, yüksek kan şekeri ve yüksek kolesterol) olarak belirtmiştir. Bu çalışmalar sonucunda Türk nüfusunun kronik hastalıklar için risk faktörleri belirlenmiştir (DSÖ, 2017).

### **2.6.2. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri**

Kronik hastalıklarda değiştirilemeyen risk faktörleri ise; yaş, cinsiyet, ırk, genetik özellikler ya da aile öyküsü olarak belirtilmiştir (CDC, 2013). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Hastalıkların Risk Faktörleri (2017) raporuna göre nüfusun yaklaşık yarısının (%45,8), aile üyelerinden herhangi birinde tanı konulmuş, tedavi gerektiren bir hastalık olduğu, bunların da arasında en fazla HT, tip-2 diyabet ve kalp krizleri olduğu tespit edilmiştir (DSÖ, 2017).

### **2.7. Mortalite ve Nedenleri**

Kronik hastalıklara bağlı mortalite oranları ülkelerin gelir düzeylerine bağlı olarak ciddi farklılıklar taşımaktadır. Dünyada, kronik hastalıklar genellikle düşük gelirli ülkelerde görüldüğü ve solunum yolu hastalıkları mortalitesinin yüksek olduğu bilinmektedir (Global Strategy for the Diagnosis, 2016). Düşük ekonomik düzeydeki ülkelerde kalp damar hastalıklarına ve solunum yolu hastalıklarına bağlı mortalite oranı sabit gitmekte iken, meme ve kolon kanseri gibi kanserlere bağlı ölüm oranı sürekli artmaktadır. Yüksek gelirli ülkelerde ise kalp damar hastalıklarına ve kansere bağlı ölüm oranları gerilemiştir (Ali, Jaacks, Kowalski, Siegel & Ezzati, 2015). Literatürde kansere bağlı mortalitenin 2030 yılında 13,1 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Türkiye'de ise 2030 yılında kansere bağlı ölüm oranı en önde gelen mortalite sebebi olacağı tahmin edilmektedir(Türkiye Kanser Kontrol Programı,2015).

## **2.8. DSÖ'nün Kronik Hastalıklarla Mücadele Önerileri**

DSÖ, kronik hastalıklarla mücadelede dört önemli konu üzerinde durmuştur. Bunlar; farkındalık yaratma, koruyucu ve önleyici önlem alma-öğretme, erken tanı ve tedavi ve son olarak rehabilitasyon hizmetleri olarak sıralanmıştır (Kayış, 2010). Ayrıca, DSÖ desteği ile Türkiye'de BOH'ların ekonomi üzerine olumsuz etkisine kanıt sunmak, ülkeye uygun müdahale yöntemleri belirlemek için tartışmak ve bu müdahaleler için gerekli yatırımları belirlemek için rapor geliştirilmiştir (Üner, Balcılar, & Ergüler, 2017). 'DSÖ Entegre Kronik Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı' ile kronik hastalıklar risk faktörlerini önlenmesini sağlama, korunmayı artırma, erken çocukluk dönemi mortalite ve morbiditeyi azaltma, yaşam kalitesinin artırılması gibi önlemler geliştirilmiştir (DSÖ, 2018). Kronik hastalıklar ve yan etkilerine karşı kişinin fonksiyonlarında azalma, yaşam kalitesinde bozulmalar ortaya çıkmaktadır. Bu durum yalnızca kişinin değil ailesinin ve yakınlarının yaşam şekillerini ve ilişkilerini de olumsuz etkilemektedir. Bu sebepten dolayı kronik hastalıklarla mücadele edilebilmesi için sadece hasta değil çevresiyle beraber kapsamlı bir yaklaşım planlanmalıdır (Akdemir, & Akkuş 2006; Türkmen, 2012).

## **2.9. Kronik Hastalıklarla Mücadelede Stratejik Amaçlar**

Kronik hastalıklarla mücadelede birinci, ikinci, üçüncü basamakta ortak bir yaklaşım sergileyerek hastalıklar üzerine koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri planlanmalıdır. Hastalıklar ile mücadelede, kontrol programları ile kişi ve topluma yönelik bütün sağlık hizmetleri ortak çalışmalar yürütülmelidir (DSÖ, 2010). Sağlık Bakanlığı Stratejik Planında; 'Bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişimine neden olan risk faktörlerini azaltarak bu hastalıkların görülme sıklığını ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin azaltılması' hedefi ile bu hastalıklara bağlı mortalite oranının azaltılmasına yönelik BOH ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı oluşturulmuştur. Bunun yanı sıra, 2011 yılında kararname ile merkez ve taşra teşkilatındaki BOH, kanser programları, yaşlı sağlığı, engelliler üzerine yeniden yapılanmalar başlatılmıştır. Bu yapılanmalar ile BOH ile ilgili programlar uygulanması ve yaşam kalitesi artırılması toplumdaki bütün bireylerin sağlıkları geliştirilmesi planlanmıştır (Ünal, & Ergöl, 2013).

## **2.10. Kronik Hastalıklarla Mücadele Faaliyetleri**

Türkiye, Nisan 2018 tarihinde STEP wise yaklaşımını kullanmaya başlayarak BOH ve risk faktörlerinin analizini yapmıştır. Bu yaklaşım ile bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan erken ölüm risk durumunda olan kişilerin hayatlarının kurtarılmasına ve yeti yitimini en aza indirmeyi amaçlamaktadır. Bunun dışında Türkiye’de BOH etkileri onaylanmış ve bu hastalıkların risk faktörleri üzerine eylem planları oluşturulmuştur. ‘2017-2025 yılları için Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara yönelik Çok Sektörlü Eylem Planı’ yayımlanmıştır (Üner ve diğerleri, 2017). Türkiye’de özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde obezite ile mücadele konusunda birçok çalışma yapılmakta ve obezitenin sebep olduğu birçok kronik hastalıkların (HT, kardiyovasküler hastalıklar, DM, erken doğum, psikolojik problemler gibi) önlenmesi, fark edilmesi ve tedavisi halk sağlığı açısından son derece önem arz etmektedir (Ergül, & Kalkım, 2011).

## **2.11. Kişisel İyi Oluş**

Kişisel İyi Oluş, pozitif psikoloji araştırmalarının kısıtlı durumunu değiştirmek ve pozitif psikoloji kavramını yaygınlaştırmak için ortaya çıkmıştır (Akın, 2013; Eryılmaz, 2013). Kişisel İyi Oluş, pozitif psikolojiyle alakalı bir kavram olarak kişinin sadece belirli bir zamandaki pozitif duygu varlığı veya negatif duygu yokluğu gibi duygu durumlarını temel alarak yaptığı değerlendirmelerden farklı olarak öznel ve bilişsel doyumunu içeren bir değerlendirme durumudur (Deci, & Ryan, 2008). Kişisel İyi Oluş kavramı bazı kaynaklarda öznel iyi oluş kavramı ile kullanılmakta fakat olumlu duygular genellikle öznel iyi oluş kavramıyla anlatılırken, Kişisel İyi Oluş kavramı daha kapsayıcı bir kavram olarak kullanılmaktadır (Meral, 2014). Kişisel İyi Oluş kavramı, psikolojik iyi oluş ve iyilik hali gibi kavramlara benzerlik göstermekte, ayrıca mutluluk kavramı yerine de kullanılmaktadır (Yıldırım, 2018).

## **2.12. İyi Oluş Tanımı**

İyi oluş bireyin yaşam memnuniyeti, olumlu psikoloji ve genel bir mutluluk belirten bir durumu olarak ifade edilmektedir ve iyi oluş kavramı içerisinde Kişisel İyi Oluş kavramını da içermekte, bazen bu kavram öznel iyi oluş ile anılmakta fakat bu kavramlar arasında farklılıklar bulunmaktadır. Bireysel amaçlar ve istekler doğrultusunda memnuniyeti öznel iyi oluş tanımlamaktadır (Dursun, 2012). Sağlık ve iyi oluş kavramları birbirine paralel kavramlardır ve eğitim, iş, karakteristik özellikler ve kişisel özellikler bireylerin iyi oluş durumlarının şekillenmesinde önemlidir

(Karancı, 2007).

### **2.13. Kişisel İyi Oluş Kavramı**

Kişisel İyi Oluş kavramı için en önemli olarak Diener (1984)'in yaptığı 'Bireylerin yaşamlarında hissettikleri olumlu duyguların fazla olumsuz duyguların ise oldukça az olduğu bir yaşam doyumuna sahip olma' durumu olarak tanımlamaktadır. Kişisel İyi Oluş kavramının ölçülebilmesi için literatürde sekiz önemli alan üzerinde durulmuştur. Bu alanlar; yaşam standardı, kişisel sağlık, yaşamda başarı, kişisel ilişkiler, kişisel güvenlik, toplumsal aidiyet, gelecekte emin olma ve din olarak ileri sürülmektedir (Meral, 2014).

### **2.14. Kişisel İyi Oluşu Etkileyen Faktörler**

Kişisel İyi Oluşu etkileyen faktörlerden biri kültür ve dindir. Kişi kendi hayatını değerlendirirken toplum da etkilenmektedir. Bu etki, toplumcu kültürlerde; kişinin öncelikleri toplumdur ve başarı-başarısızlık durumlarını yakın çevresiyle paylaşır, başkalarıyla yakın ilişkiler kurmak isterler. Bu etki, bireyci toplumlarda; kişinin önceliği kendisidir ve başarı-başarısızlık durumlarını öznel değerlendirmelerle kendi sorumluluğu olarak hisseder, başkalarıyla yakın ilişkiden uzak durma eğilimindedirler (Çarıklı, & Koyuncu, 2010; Saygın, 2008). Kültürel yapılar ile inanç durumu da Kişisel İyi Oluş etkilenmekte aynı dini inanca sahip bireyler beraber olmaları daha olumlu etkiler göstermektedir. Dini görevleri yerine getirme, inanç doygunluğu ve anlayışı, dine verilen önem konuları kişilerin ruh sağlıklarını olumlu yönde etkilemektedir (Deniz, Avşaroğlu & Hamarta, 2004).

Kişisel İyi Oluş unu etkileyen diğer faktör ise gelir durumudur. Gelir durumlarındaki dengesizliklerin Kişisel İyi Oluşun olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir (Diener, 2014). Literatürde gelir durumu iyi olan bireylerin gelir durumu düşük olan bireylere oranla daha yüksek mutluluk seviyesine ve bireysel ilişkilere olumlu etkileri olduğu görülmüştür (Dost, 2004). Kişisel İyi Oluş üzerine alan yazında birçok kurama rastlanmıştır. Bu kuramların genel olarak Kişisel İyi Oluşu 'kişilerin mutluluğu elde etmekten çok, kişilerin yaşamsal olaylara karşı vermiş olduğu duygusal tepkilerin tamamı' olarak tanımlamıştır. Duygusal tepkiler hayatlarında olumlu etkilere sebep oluyorsa Kişisel İyi Oluş yüksek, olumsuz etkilere sebep oluyorsa Kişisel İyi Oluş puanı düşüktür (Terzi, 2019).

Kişisel İyi Oluşu etkileyen bir diğer faktör eğitimidir. Literatürde eğitim düzeyinin Kişisel İyi Oluş üzerine etkili olduğunu savunan araştırmalar (Campbell,



1981) bulunmakta fakat eğitim düzeyinin iyi oluş üzerine etkisinin olmadığını savunan araştırmalar da (Veenhoven, 2009) bulunmaktadır. Malkoç (2011)'un çalışmasında Kişisel İyi Oluş, kişinin yaşadığı olaylar karşısındaki tepkilere bağlı olarak birçok faktörün etkilediğini, bunların da aralarından en önemlisi olarak kişilik ve stresi ön plana çıkarmıştır. Kişilik kavramı, erken çocukluk ve ergenlik dönemi gibi zamanlarda yaşanan olayları, yaşam tarzı gibi durumları da kapsamaktadır. Kişilerin bir hedef belirlemesi, sevme sevilme ihtiyacı gibi durumlarında Kişisel İyi Oluş üzerine etkisi olduğunu görülmektedir (Eryılmaz, 2009).

Kişisel İyi Oluş ile kişilik arasında bir bağlantı söz konusudur ve bu bağlantı özsaygı, kimlik değişiklikleri ve güdü duygularıdır. Bireyler yaşamlarının belli noktalarında doyuma ulaştıkları zaman üzerinden uzun bir zaman geçse bile yaşamlarını doyumlu şekilde nitelendirebilme eğilimindedirler (Dost, 2004).

### **2.15. Kronik Hastalıklar ve İyi Oluş İlişkisi**

Kişisel İyi Oluş durumları iyi olan bireylerin hem fiziki hem de psikolojik sağlıkları ve yaşam kaliteleri de iyi olarak tespit edilmiştir. Bunun yanında Kişisel İyi Oluş ile bağışıklık durumu arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu ve kişilerin sosyal ilişkilerde iyi olma, meslek hayatlarında daha başarılı olma, yaşam sürelerinde uzama ve karşılıklı ilişkilerde de olumlu kazanımlar tespit edilmiştir (Avşaroğlu, 2018). İyi oluş ile yalnızlık durumları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada da kronik yalnızlık durumu ile iyi oluş arasında negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir (Şengör, 2020). Tatu (2019)'nun çalışmasında ise şizofreni tanılı bireylerin iyilik hali ile yaşam kalitelerinin paralel olduğunu ve şizofreni hastaları üzerine uygulanan eğitimlerin, hastaların ilaç uyumu, yaşam kalitesi ve iyi oluş durumlarını da artırdığı ortaya çıkmıştır.

Kronik hastalıklar bireyin fonksiyonel kapasitesinin azalmasına, çalışma performansının düşmesine, yaşam kalitesinin bozulmasına, sosyal izolasyonuna ve aile ilişkilerinin bozulmasına neden olur (Kaya, 2019). Bu nedenlerden dolayı bireylerde birer stres kaynağı meydana gelir ve stres bireyin fiziksel sağlığının yanında ruhsal sağlığını da olumsuz etkilemektedir (Yuvalı, 2018). Sonuç olarak, kronik hastalıklar bireylerin fiziksel, sosyal ve psikolojik durumlarını etkileyerek Kişisel İyi Oluş durumlarını etkilemektedir.

## 2.GEREÇ ve YÖNTEM

### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma; kronik hastalıklı bireylerin hastalıklarını değerlendirmelerinde iyi oluşluk durumunu belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı kesitsel bir araştırmadır.

### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Bursa ili Mustafakemalpaşa ilçesi devlet hastanesinde 01.05.2019-01.08.2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemini Mustafakemalpaşa devlet hastanesinde 01.05.2019-01.08.2019 tarihleri arasında klinikte yatan 18 yaş üstü ve kronik rahatsızlığı olan bireyler oluşturmaktadır. Örneklem seçimindeki kriterler; kronik hastalığı olan bireyler, iletişim ve kendini ifade etme problemleri olmayan bireyler, araştırmayı kabul eden gönüllü bireyler ve 18 yaşından büyük bireylerdir.

### 3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri kronik rahatsızlığı bulunan bireylerin sosyo-demografik özellikleridir. Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise kronik rahatsızlığı bulunan bireylerin Kişisel İyi Oluş indeksi ve kronik hastalık bakımı değerlendirme ölçeğinden aldıkları puanlardır.

### 3.5. Veri Toplama Araçları

Çalışmada verilerin toplanmasında aşağıda belirtilen veri toplama araçları kullanılmıştır.

- Sosyodemografik Veri toplama formu
- Kişisel İyi Oluş indeksi-Yetişkin Türkçe formu (KİOİ-Y)
- Kronik hastalık bakımını değerlendirme (KHBDÖ-H) ölçeği

#### 3.5.1. Sosyodemografik Veri Toplama Formu

Araştırmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özellikleri, var olan kronik rahatsızlıkları, sürekli kullanmış oldukları ilaçları, kronik rahatsızlıkları sebebiyle son 6 içerisinde hastaneye yatış durumları, kronik rahatsızlığı olan bireylerin devamlı takip eden doktorunun olup olmaması ve kronik rahatsızlığı nedeni ile hayatında yapmış

oldukları değişiklikleri belirleyen 19 adet sorudan oluşmaktadır.

### **3.5.2. Kişisel İyi Oluş İndeksi-Yetişkin Türkçe Formu (KİÖİ-Y)**

Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Meral (2014) tarafından yapılan ‘Kişisel İyi Oluş indeksi-Yetişkin Türkçe formu (KİÖİ-Y)’ 8 sorudan oluşan 11’li likert tipte (0:Hiç memnun değilim - 5:kararsızım - 10:tamamen memnunum) bir ölçektir. Kişisel İyi Oluş u, sekiz yaşam alanıyla ilgili memnuniyete göre ölçmeyi hedefleyen tematik ve 11’li likert tipi (0-10) bir ölçme aracıdır. KİÖİ-Y formunun ölçtüğü yaşam alanları; yaşam standardı, kişisel sağlık, yaşamda başarı, kişisel ilişkiler, kişisel güvenlik, toplumsal bağ/aidiyet, gelecekte emin olma ve maneviyat/dindir. KİÖİ-Y formunun ölçmeyi hedeflediği sekiz yaşam alanından her biri tek bir soru üzerinden toplam sekiz soru ile ölçümlenmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan ise 80’dir. Ölçekten alından puan sekiz alt alanın ortalamasına, puan artışı ise Kişisel İyi Oluş algısındaki artışa karşılık gelmektedir. Bu çalışmada Kişisel İyi Oluş İndeksi-Yetişkin Türkçe Formu (KİÖİ-Y) ölçeğinin Cronbach  $\alpha$  katsayısı =0,776 bulunmuştur

### **3.5.3. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme (KHBDÖ-H) Ölçeği**

KHBDÖ-H, kronik bakım modeline dayalı olarak 2005 yılında Glasgow ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Kronik hastalığı olan bireylere sunulan bakım ve hizmetlerin, hastalar tarafından değerlendirilmesini sağlayan 20 maddelik bir araçtır. Hasta merkezli bakımın kalitesini ölçer, uygulaması kolay ve özet bir ölçektir. Aynı zamanda kronik hastalara sunulan bakımın kalitesi hakkında da bilgi verdiği belirtilmektedir.

Glasgow ve arkadaşlarına göre; hasta güçlendirme, katılımını sağlama, otonomi sağlama ile ilgili çeşitli ölçüm araçları bulunmakla birlikte bu araçlar kronik hastalığa özgü değildir. Yapılan çalışmalar KHBDÖ-H’nin kronik hastalıkların bakımının değerlendirilmesinde uygun bir araç olduğunu belirtmektedir. Kronik bakım modelinin temel 6 ögesi doğrultusunda oluşturulan KHBDÖ-H, 20 maddeden ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar: (1) hasta katılımı, (2) karar verme desteği, (3) amaç belirleme/rehberlik, (4) problem çözme, (5) izlem/koordinasyondur (Glasgow ve ark., 2005).

Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği İncirkuş ve Nahcivan (2015) tarafından yapılan “Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği “(KHBDÖ-H) 20 maddeden oluşan 5’li likert tipte (1: Hiçbir zaman – 2: Nadiren – 3: Bazen – 4: Çoğu zaman – 5: Her zaman) olan bir ölçektir. Ölçeğin orijinal dildeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonuçlarına göre, Cronbach alfa katsayısı. 93, alt ölçeklerin katsayısı ortalama. 84’tür ( $\alpha = .77- .90$ ). Test-tekrar-test korelasyon kat sayısı .58’dir (Glasgow ve ark., 2005).

Ölçeğin toplam puanı 20 maddenin tümünün ortalama puanı ile hesaplanır. Ölçeğin toplam puanı ve her bir alt boyutun ortalama puanı, 1 = hiçbir zaman, 2 = nadiren, 3 = bazen, 4 = çoğu zaman ve 5= her zaman şeklinde 5’li likert tipi bir derecelemeyle ölçülür. Ölçek puanlarındaki artış, kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin yüksek ve kronik hastalık yönetiminin yeterli olduğunu gösterir (Rosemann ve ark., 2007). Bu çalışmada Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu (KHBDÖ-h) Cronbach  $\alpha$  katsayısı =0,958 bulunmuştur.

### **3.6. Veri Toplama Yöntemi**

Çalışma kapsamına alınan kronik hastalığı bulanan bireylere bilgi verilerek araştırma için izinleri alınmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasındaki veriler; veri toplama formu, KİÖİ-Y ve KHBDÖ-H ölçekleri ile yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

### **3.7. Verilerin Değerlendirmesi**

Araştırmadan elde edilen verilerin analizleri IBM SPSS 22.0 istatistiksel paket programı kullanılarak yapılmıştır. Bulgular sayı ve yüzde, ortalama ve standart sapma şeklinde değerlendirilmiştir. Verinin normal dağılım kontrolü Shapiro-Wilk testi ile yapılmıştır. Grup varyanslarının homojenlik kontrolü Levene testi ile yapılmıştır. Bağımsız iki grup karşılaştırılmasında; veriler parametrik testlerin varsayımlarını sağlıyorsa Student t-testi, sağlamıyorsa Welch t-testi kullanılmıştır. Bağımsız ikiden fazla grup karşılaştırılması tek-yönlü varyans analizi (One-way ANOVA) ile yapılmıştır. ANOVA sonrası gruplar arasındaki farklılık Tukey çoklu karşılaştırma testi ile belirlenmiştir. Tukey testi sonuçları ortalamaların yanında harfli gösterim şeklinde ifade edilmiştir. Ölçek puanları arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon katsayısı ve regresyon analizi yöntemiyle incelenmiştir. Tüm hesaplamalarda ve yorumlamalarda istatistik anlamlılık düzeyi  $\alpha=0,05$  olarak dikkate alınmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Etik Yönu**

Araştırmanın yapılabilmesi için Bursa İl Sağlık Müdürlüğü ve Uludağ Üniversitesi Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. KİOİ-Y ve KHBDÖ-H ölçeklerinin kullanımında yazarlarından e-posta aracılığı ile yazılı onam alınmıştır. Araştırmamıza katılan bireylere çalışma konusunda gerekli bilgiler verilerek sözlü ve yazılı izinleri alınmıştır.

### **3.9. Araştırmaya Sağlanan Destek**

Araştırmanın yapılmasında herhangi bir maddi destek alınmamıştır.

## 4.BULGULAR

Bu çalışma kronik hastalığı olan bireyin kendine sunulan sağlık bakım hizmetlerini değerlendirmesine göre kişisel yaşam alanlarından memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmadan elde edilen bulgular 3 ana grupta toplanarak tablolar oluşturulmuştur.

### 4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

### 4.2. Hastaların Kronik Hastalık Bakım Değerlendirme Ölçek toplam puan ve alt boyutları ile Kişisel İyi Oluş İndeks-Yetişkin Türkçe ölçeği (KİOİ-Y) Puanlarının incelenmesi

### 4.3. Hastaların Kronik Hastalık Bakım Değerlendirme Ölçek Boyutlarına göre Kişisel İyi Oluş Düzeylerinin Belirlenmesi (KHBDÖ-h ve KİOİ-Y)

Hipotezler;

H1: Demografik değişkinler KİOİ-Y ile KHBDÖ-h arasında ilişki vardır

H2: KİOİ-Y ile KHBDÖ-h arasında ilişki vardır.

#### 4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

**Tablo 4.1.1: Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı**

<b>Kişisel Bilgi Formu</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş grupları</b>	≤45	23	13,9
	46-65	60	36,4
	>65	<b>82</b>	<b>49,7</b>
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	<b>95</b>	<b>57,6</b>
	Erkek	70	42,4
<b>Medeni Durum</b>	Evli	<b>123</b>	<b>74,5</b>
	Bekâr/Ayrılmış	21	12,7
	Diğer	21	12,7
<b>Yaşamakta olduğunuz yer</b>	Şehir	9	5,5
	İlçe	<b>95</b>	<b>57,6</b>
	Köy	61	37,0
<b>Eğitim Düzeyini</b>	Yok	29	17,6
	Okuryazar	29	17,6
	İlkokul	<b>68</b>	<b>41,2</b>
	Ortaokul	11	6,7
	Meslek/Lise	15	9,1
	Üniversite	13	7,9
<b>Aile Tipi</b>	Çekirdek Aile	<b>106</b>	<b>64,2</b>
	Geniş Aile	51	30,9
	Ayrılmış aile	8	4,8
<b>Bakıma katkıda bulunan birey durumu</b>	Evet	<b>121</b>	<b>73,3</b>
	Hayır	44	26,7
<b>*Gelir durumu</b>	İyi	40	24,2
	Orta	<b>117</b>	<b>70,9</b>
	Kötü	8	4,8
<b>Çalışma Durumu</b>	Aylıklı çalışan	28	17,0
	Emekli	<b>86</b>	<b>52,1</b>
	Ev hanımı	42	25,5
	İşsiz	9	5,5

\*bireyin kendisinin ifadesi

Çalışmaya katılan hastaların %57,6'sı kadın, %74,5'i evli ve %57,6'sı ilçede yaşamaktadır. Hastaların yaş ortalaması  $63,70 \pm 16,53$  yıl olup %41,2'si ilkokul mezunu ve %64,2'si çekirdek aile yapısındadır. Hastaların %73,3'ünün evinde bakımına yardım eden birey vardır. Hastaların %70,9'u orta gelir düzeyinde ve %52,1'i emeklidir (Tablo 4.1.1)

**Tablo 4.1.2: Hastaların Kronik Hastalık Özelliklerinin Dağılımı**

Kliniğe ait değişkenler	Hayır	%	Evet	%
<b>Kronik hastalık durumu</b>				
Psikiyatrik	151	91,5	14	8,5
Şeker Hastalığı	92	55,8	73	44,2
KOAH	146	88,5	19	11,5
Astım	144	87,3	21	12,7
Tiroid	159	96,4	6	3,6
Kanser	162	98,2	3	1,8
Koroner kalp hastalığı	127	77,0	38	23,0
Osteoporoz	163	98,8	2	1,2
Böbrek rahatsızlığı	155	93,9	10	6,1
Nörolojik	149	90,3	16	9,7
Kansızlık	143	86,7	22	13,3
Romatizmal hastalık	158	95,8	7	4,2
İmmün sistem hastalığı	162	98,2	3	1,8
Hipertansiyon	117	70,9	48	29,1
<b>Kaç yıldır bu hastalıklarınız var?</b>				<b>Ortalama±SS</b>
10 Yıl Altı			47	28,5
10 yıl üstü			118	71,5
<b>10,3±9,4</b>				
<b>Günde kaç çeşit ilaç kullanıyorsunuz?</b>				
4 ve altı			131	79,3
5 ve üstü			34	20,7
<b>Günde kaç tane ilaç içiyorsunuz?</b>				
5 ve Altı			140	84,8
6 ve Üstü			25	15,2
<b>İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?</b>				
Her zaman			105	63,6
Bazen			48	29,1
Nadiren			9	5,5
Hiçbir zaman			3	1,8
<b>Son 6 ay içinde kronik hastalığınız nedeniyle hastaneye kaç kez yattınız?</b>				
1			52	56,7
2			28	30,4
3 ve üzeri			12	12,9
<b>Son 6 ay içinde kronik hastalığınız sebebiyle acil servise kaç kez başvurduunuz?</b>				
1 Kez			143	74,5
2 ve Üstü			42	25,5
<b>Hastalığınızı takip eden doktorunuz var mı?</b>				
	31	18,8	134	81,2

Hastaların kliniğe ait değişkenlerinin dağılımı incelendiğinde en fazla görülen kronik hastalıklar; %44,2'si şeker, %29,1'i hipertansiyon ve %23,0'ü koroner kalp hastalığıdır. Hastaların kronik hastalık süreleri ortalama 10,3 yıldır. Hastaların %28,5'i günde 1 -2 çeşit ilaç kullanmak ve %84,8'i günde 5 ve altında ilaç kullanmaktadır. Hastaların %63,6'sı ilaçlarını her zaman düzenli kullanmaktadır.



Hastaların %56,7'sinin son altı ay içerisinde 1 kez kronik hastalığa bağlı hastane yatışlarının olduğu ve %74,5'inin bir defa acil servise başvurduğu tespit edildi. Hastaların %81,2'sinin kronik hastalığını takip eden bir doktorunun olduğu bulundu (Tablo 4.1.2).

**Tablo 4.1.3: Hastaların Değişen Alışkanlıklarının Sağlıkları Üzerine Etkisini İfade Etme Durumlarının Dağılımı**

Değişen Alışkanlıkların Sağlıkta etki durumu	Evet Olumlu		Evet Olumsuz		Hayır Olumlu		Hayır Olumsuz	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Sigara kullanıp bırakanlar (n=91)</b>								
*	55	60,4	0	0,0	10	10,9	26	28,5
**	55	100,0	0	0,0	10	27,8	26	72,2
<b>Alkol kullanıp bırakanlar (n=59)</b>								
*	33	55,9	1	0,8	7	11,8	18	30,5
**	33	97,1	1	2,8	7	28,0	18	72,0
<b>Şekeri bıraktım</b>								
<b>Evet/98/%59,3</b>				<b>Hayır/67/%40,7</b>				
*	95	57,6	3	1,8	20	12,1	47	28,5
**	95	96,9	3	3,1	20	29,9	47	70,1
<b>Karbonhidratı azalttım</b>								
<b>Evet/92/%55,8</b>				<b>Hayır/73/%44,2</b>				
*	91	55,2	1	0,6	14	8,5	59	35,8
**	91	98,9	1	1,1	14	19,2	59	80,8
<b>Yemekte yağı azalttım</b>								
<b>Evet/111/%67,3</b>				<b>Hayır/54/%32,7</b>				
*	107	64,8	4	2,4	8	4,8	46	27,9
**	107	96,9	4	3,1	8	14,9	46	85,1
<b>Tuzu azalttım</b>								
<b>Evet/124/%75,6</b>				<b>Hayır/41/%24,4</b>				
*	119	72,1	5	3,0	5	3,0	36	21,8
**	119	95,9	5	4,1	5	3,0	36	87,8
<b>Sebze yemeyi arttırdım</b>								
<b>Evet/113/%68,5</b>				<b>Hayır/42/%31,5</b>				
*	112	67,9	1	0,6	1	16,7	41	24,8
**	112	99,1	1	0,9	1	2,4	41	97,6
<b>Fiziksel aktiviteyi arttırdım</b>								
<b>Evet/112/%67,9</b>				<b>Hayır/79/%32,1</b>				
*	110	66,7	2	1,2	4	2,4	49	29,7
**	110	98,2	2	1,8	4	7,6	49	92,4
<b>Kilo vermek için beslenme alışkanlığımı değiştirdim</b>								
<b>Evet/86/%2,1</b>				<b>Hayır/79/%47,9</b>				
*	82	49,7	4	2,4	16	9,7	63	38,2
**	82	95,3	4	4,7	16	20,2	63	79,8
<b>İlaç sayım arttı(n=84)</b>								
*	58	64,2	16	36,3				

\*Satır yüzdesi \*\* Evet ve Hayır sütunlarının ayrı yüzdesi alınmıştır.

Sigara içen hastalıklardan (n=91) sigarayı bırakanların (%60,4) ve olumlu etkilendiğini ifade edenlerin %100 olduğu tespit edildi. Sigara içen hastaların (%28,5) %72,2'sinin sigarayı bırakmadıkları için olumsuz etkilendiklerini ifade ettikleri saptandı. Alkol kullanıp bırakan hastaların (%55,9) %97,1'inin bıraktıkları için olumlu etkilendiğini ifade ettikleri bulundu.

Şeker kullanan hastalardan şekerini bırakıp (%57,6) olumlu etkilenenlerin oranı %96,9 olarak bulundu. Şeker alışkanlığını bırakmayanların (%28,5) %70,1'inin olumsuz etkilendiklerini ifade ettikleri saptandı.

Karbonhidrat ağırlıklı beslenmeyi bırakan hastaların (%55,2) %98,9'unun olumlu etkilenenleri bulundu. Karbonhidrat ağırlıklı beslenmeyi bırakmayanların (%35,8) %80,8'inin bırakmadıkları için olumsuz etkilendiklerini ifade ettikleri bulundu. Yemeklerinde yağ kullanımını azaltanların (%64,8) %96,9'u yağ kullanımını azaltmanın olumlu etkilediğini ifade ettikleri bulundu. Yemeklerinde yağ kullanımını azaltmayanların (%27,9) %85,1'inin olumsuz etkilendiklerini ifade ettiği saptandı.

Hastalardan tuz kullanımını azaltanların (%72,1) %95,9'unun bu durumdan olumlu etkilendiğini ifade ettikleri bulundu. Yemeklerinde tuz kullanımını azaltmayanların (%21,8) %87,8'inin olumsuz etkilendiklerini ifade ettikleri saptandı,

Hastalardan sebze ağırlıklı beslenmeye başlayanların (%67,9) %99,1'inin bu durumdan olumlu etkilendiğini ifade ettikleri bulundu. Yemeklerinde sebze ağırlıklı beslenmeyenlerin (%24,8) %97,6'sının olumsuz etkilendiklerini ifade ettikleri saptandı.

Hastalardan Fiziksel aktivitesini arttıranların (%66,7) %98,2'sinin olumlu etkilendiğini ifade ettikleri bulundu. Fiziksel aktivitelerini arttırmayanların (%29,7) %92,4'ünün olumsuz etkilendiklerini ifade ettikleri saptandı.

Hastalardan kilo vermek için beslenme alışkanlığını değiştirenlerin (%49,7) 95,3'ünün olumlu etkilendiğini ifade ettikleri bulundu. Kilo vermek için beslenme alışkanlığını değiştirmeyenlerin (%38,2) %79,8'inin bu durumdan olumsuz etkilendiklerini ifade ettikleri saptandı.

Hastaların 84'ünün ilaç sayısı artmış olup %64,2'sinin durumlarını olumlu etkilendiklerini ifade ettikleri bulundu (Tablo 4.1.3).

## 4.2.KHBDÖ-h Toplam Puan ve Alt Boyutları ile KİÖİ-Y Puanlarının İncelenmesi

**Tablo 4.2.1: KHBDÖ-h ve KİÖİ-Y Toplam Puan Dağılımı**

Değişkenler	Ortalama±SS	Minimum	Maksimum
Hasta Katılımı (1-3. Maddeler)	4,12 ± 1,20	1,0	10,0
Karar Verme Desteği (4-6. Maddeler)	4,14 ± 1,14	1,0	10,0
Amaç Belirleme/Rehberlik (7-11. Maddeler)	3,92 ± 1,00	1,0	7,0
Problem Çözme (12-15. Maddeler)	3,95 ± 0,92	1,0	5,0
İzlem/koordinasyon (16-20. Maddeler)	3,82 ± 1,05	1,0	5,0
Toplam Ölçek (1-20. Maddeler)	3,97 ± 0,94	1,0	7,0
<b>KHBDÖ-h Toplam Puan</b>	3,97 ± 0,94	1,0	7,0
<b>KİÖİ-Y Toplam Puan</b>	60,78 ± 16,22	11,00	80,0

Hastaların kronik hastalık durumu değerlendirme ölçeğinin tanımlayıcı istatistikleri incelendiğinde; hasta katılımı boyutu  $4,12 \pm 1,20$  ve karar verme desteği boyutu  $4,14 \pm 1,14$  en yüksek puan ortalamaları olarak saptandı. İzlem/koordinasyon  $3,82 \pm 1,05$  ve amaç belirleme/rehberlik  $3,92 \pm 1,00$  boyutunun en düşük puan ortalamasına sahip olduğu belirlendi.

KHBDÖ-h ölçeğine ait ortalama toplam puan  $3,97 \pm 0,94$  olarak tespit edildi. Ölçek toplam puanına bakıldığında minimum değer 1,00 ve maksimum değer 7,00 olarak belirlendi.

KİÖİ-Y ölçeğe ait ortalama toplam puan  $60,78 \pm 16,22$  olarak tespit edildi. Ölçek toplam puanına bakıldığında minimum değer 11,00 ve maksimum değer 80,00 olarak belirlendi (Tablo 4.2.1).

**Tablo 4.2.2: Hastaların KHBDÖ-h ve KİÖİ-Y Toplam Puanlarını Etkileyebilecek Tanımlayıcı Değişkenlerin Dağılımı**

	KİÖİ-Y	KHBDÖ-h Ölçeği Toplam puanları ve Alt boyut puan ortalamaları X±SS					
	X±SS	Hasta katılımı	Karar verme desteği	Amaç belirleme/Rehberlik	Problem Çözme	İzlem Koordinasyon	Toplam Ölçek
<b>Cinsiyet</b>							
Kadın	61,92±15,76	4,24 ± 1,29	4,31 ± 1,21	4,03 ± 0,94	4,00 ± 0,87	3,89 ± 1,01	4,06 ± 0,93
Erkek	60,41±19,81	3,96 ± 1,06	3,91 ± 1,01	3,78 ± 1,07	3,89 ± 0,99	3,73 ± 1,11	3,84 ± 0,95
<b>Test</b>	t: 0,542	t: 1,510	t: 2,196	t: 1,608	t: 0,736	t: 1,017	t: 1,547
<b>Değeri</b>	p: 0,589	p: 0,133	<b>p: 0,030*</b>	p: 0,110	p: 0,463	p: 0,311	p: 0,124
<b>Yaş</b>							
≤45	56,39±17,23	4,07 ± 0,69	3,94 ± 0,77	3,49 ± 0,78 <sup>b</sup>	3,90 ± 0,90	3,35 ± 0,96 <sup>b</sup>	3,69 ± 0,70 <sup>a</sup>
46-65	61,63±13,54	3,87 ± 1,36	3,97 ± 1,34	3,79 ± 1,10 <sup>ab</sup>	3,81 ± 0,94	3,63 ± 1,13 <sup>b</sup>	3,79 ± 1,02 <sup>a</sup>
>65	62,39±20,04	4,32 ± 1,17	4,32 ± 1,06	4,14 ± 0,92 <sup>a</sup>	4,08 ± 0,91	4,10 ± 0,95 <sup>a</sup>	4,17 ± 0,90 <sup>b</sup>
<b>Test</b>	F: 1,069	F: 2,544	F: 2,090	F: 4,935	F: 1,512	F: 6,527	F: 4,127
<b>Değeri</b>	p:0,346	p: 0,082	p: 0,1427	<b>p: 0,008**</b>	p: 0,223	<b>p: 0,002**</b>	<b>p: 0,018*</b>
<b>Medeni Durum</b>							
Evli	60,96±15,44	4,08 ± 1,17	4,12 ± 1,09	3,92 ± 1,00	3,93 ± 0,94	3,81 ± 1,05	3,95 ± 0,94
Bekar	68,38±25,31	4,60 ± 1,51	4,48 ± 1,57	4,05 ± 1,18	4,31 ± 0,79	3,98 ± 1,09	4,23 ± 1,03
Diğer	56,05±18,70	3,87 ± 0,98	3,94 ± 0,96	3,84 ± 0,83	3,74 ± 0,89	3,71 ± 1,06	3,81 ± 0,86
<b>Test</b>	F: 2,729	F: 2,235	F: 1,270	F: 0,238	F: 2,204	F: 0,348	F: 1,157
<b>Değeri</b>	p: 0,068	p: 0,110	p: 0,284	p: 0,788	p: 0,114	p: 0,707	p: 0,317
<b>Yaşamakta olduğunuz yer</b>							
Şehir	64,11±12,99	3,96 ± 1,05	3,78 ± 1,19	4,02 ± 0,87	3,86 ± 1,00	3,58 ± 1,23	3,83 ± 0,98
İlçe	59,76±19,21	4,06 ± 1,17	4,06 ± 1,12	3,80 ± 1,02	3,88 ± 0,90	3,68 ± 1,06	3,86 ± 0,92
Köy	63,23±15,26	4,23 ± 1,29	4,32 ± 1,16	4,10 ± 0,97	4,09 ± 0,94	4,09 ± 0,98	4,15 ± 0,95
<b>Test</b>	F: 0,849	F: 0,459	F: 1,492	F: 1,796	F: 1,047	F: 3,104	F: 1,842
<b>Değeri</b>	p:0,430	p: 0,653	p: 0,228	p: 0,169	p: 0,353	p: 0,051	p: 0,162

t: Student T testi, F: Tek yönlü Varyans analizi \*: <0,05, \*\*: <0,01, \*\*\*: <0,001

Ortalama ± Standart Sapma Ortak harfi olmayan ortalamalar arasında fark vardır (p<0,05)

Hastaların sosyodemografik özellikleri ile kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeği toplam ve alt boyut karşılaştırmaları incelendiğinde; cinsiyet değişkeni ile karar verme desteği değişkeni arasında ( $t=2,196$   $p=0.030$ ); Yaş ile amaç belirleme/rehberlik değişkeni arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlılık tespit edildi ( $F=4,935$   $p=0.008$ ). Yapılan ileri analizler sonucunda da pozitif anlamlılığın 45 yaşında küçük hastalarla ( $3,49 \pm 0,78$ ) 65 yaşından büyük hastalar ( $4,14 \pm 0,92$ ) arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edildi. Yaş değişkeni ile izlem koordinasyon değişkeni arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlılık tespit edildi ( $F=6,527$   $p=0.002$ ). Yapılan ileri analizler sonucunda da pozitif anlamlılığın 45 yaşından küçük ( $3,35 \pm 0,96$ ) ve 46-65 yaş aralığında olan ( $3,63 \pm 1,13$ ) hastalar ile 65 yaşından büyük hastalar ( $4,10 \pm 0,95$ ) arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edildi. Son olarak yaş değişkeni ile toplam ölçek değişkeni arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlılık tespit edildi ( $F=4,127$   $p=0.018$ ). Yapılan ileri analizler sonucunda da pozitif anlamlılığın 45 yaşından küçük ( $3,69 \pm 0,70$ ) ve 46-65 yaş aralığında olan ( $3,79 \pm 1,02$ ) hastalar ile 65 yaşından büyük hastalar ( $4,17 \pm 0,90$ ) arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edildi.

Hastaların sosyodemografik özellikleri ile kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeği toplam ve alt boyut karşılaştırmaları incelendiğinde; medeni durum ve yaşadığı yer değişkenleriyle istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmedi.

**Tablo 4.2.3: Hastaların KHBDÖ-h ve KİÖİ-Y Toplam Puanlarını Etkileyebilecek Tanımlayıcı Değişkenlerin Dağılımı (Tablo 4.4'in devamı)**

Değişkenler	KİÖİ-Y X±SS	Hasta Katılımı	Karar verme desteği	Amaç belirleme/ Rehberlik	Problem Çözme	İzlem Koordinasyon	Toplam Ölçek
<b>Aile Tipi</b>							
Çekirdek Aile	57,99±19,07 <sup>b</sup>	3,98 ± 1,32	4,02 ± 1,28	3,73± 1,09 <sup>b</sup>	3,82 ± 0,97 <sup>b</sup>	3,59 ± 1,10 <sup>b</sup>	3,80 ± 1,01 <sup>b</sup>
Geniş Aile	69,31±8,92 <sup>a</sup>	4,39 ± 0,90	4,35±0,83	4,30 ± 0,70	4,21 ± 0,76 <sup>a</sup>	4,27 ± 0,78 <sup>a</sup>	4,30 ± 0,70 <sup>a</sup>
Ayrılmış aile	53,63±22,14	4,21 ± 1,11	4,33 ± ,73	4,07±0,66 <sup>ab</sup>	4,09±0,92 <sup>ab</sup>	4,02 ± 1,10 <sup>ab</sup>	4,13± 0,79 <sup>ab</sup>
<b>Sütun Test</b>	F: 8,714	F: 2,028	F: 1,574	F: 6,060	F: 3,259	F: 7,878	F: 5,271
<b>Değeri</b>	<b>0,000***</b>	p: 0,135	p: 0,210	<b>p: 0,003**</b>	<b>p: 0,041*</b>	<b>p: 0,001**</b>	<b>p: 0,006**</b>
<b>Ailenizde bakımınıza katkıda bulunan birey var mı?</b>							
Evet	61,42±17,95	4,21 ± 1,10	4,21 ± 1,02	4,00 ± 0,93	4,06 ± 0,84	3,94 ± 1,00	4,06 ± 0,85
Hayır	60,89±16,59	3,89 ± 1,44	3,95 ± 1,43	3,72 ± 1,15	3,66 ± 1,08	3,50 ± 1,15	3,71 ± 1,11
<b>Test değeri</b>	t: 0,173	t: 1,519	t: 1,306	t: 1,612	t: 2,196	t: 2,441	t: 1,883
	0,863	p: 0,131	p: 0,193	p: 0,109	<b>p: 0,032*</b>	<b>p: 0,016*</b>	p: 0,064
<b>Eğitim Düzeyi</b>							
Yok	61,59±19,37 <sup>ab</sup>	4,57± 1,41 <sup>ab</sup>	4,46±,35 <sup>ab</sup>	4,32±0,98 <sup>ab</sup>	4,24±0,84 <sup>ab</sup>	4,25 ± 1,02 <sup>ab</sup>	4,35±0,99 <sup>ab</sup>
Okuryazar	70,45±13,94 <sup>a</sup>	4,72±1,39 <sup>a</sup>	4,77±1,27 <sup>a</sup>	4,50 ± 0,93 <sup>a</sup>	4,58 ± 0,53 <sup>a</sup>	4,40 ± 0,81 <sup>a</sup>	4,57±0,82 <sup>a</sup>
İlkokul Mezunu	58,06±14,22 <sup>b</sup>	3,91 ± 1,02 <sup>b</sup>	3,97±1,01 <sup>b</sup>	3,76 ± 0,94 <sup>d</sup>	3,79 ± 0,93 <sup>b</sup>	3,71 ± 0,98 <sup>bc</sup>	3,81± 0,87 <sup>bc</sup>
Ortaokul	64,82±11,73 <sup>ab</sup>	3,55 ± 1,17 <sup>b</sup>	3,70±0,91 <sup>ab</sup>	3,82±0,82 <sup>abc</sup>	3,48 ± 0,96 <sup>b</sup>	3,82 ± 0,72 <sup>abcd</sup>	3,69±0,82 <sup>abc</sup>
Meslek/Lise	50,87±16,39 <sup>b</sup>	3,60 ± 0,81 <sup>b</sup>	3,62±0,81 <sup>b</sup>	3,25±0,67 <sup>bc</sup>	3,50 ± 0,90 <sup>b</sup>	2,89 ± 1,12 <sup>d</sup>	3,32 ± 0,72
Üniversite	66,00±29,85 <sup>ab</sup>	3,97±0,74 <sup>ab</sup>	3,87±0,89 <sup>ab</sup>	F: 3,46±1,07 <sup>bc</sup>	3,73 ± 0,97 <sup>b</sup>	3,25 ± 1,12 <sup>b</sup>	3,60±0,88 <sup>bc</sup>
<b>Test değeri</b>	F: 3,648	F: 4,194	F: 3,922	F: 5,969	F: 5,886	F: 7,027	F: 6,690
	<b>P: 0,004**</b>	<b>p: 0,001**</b>	<b>p: 0,002</b>	<b>p: 0,000***</b>	<b>p: 0,000***</b>	<b>p: 0,000***</b>	<b>p: 0,000***</b>

F: Tek-Yönlü Varyans analizi, t: Student t-testi, \*:<0,05; \*\*:<0,01, \*\*\*: <0,001, Ortalama ± Standart Sapma Ortak harfi olmayan ortalamalar arasında fark vardır (p<0,05)

Tabloya göre çalışmaya katılan bireylerin Aile özellikleri ile KİÖİ-Y puanının karşılaştırılması; aile tipi ile KİÖİ-Y puanı ( $F=8,714$   $p=0.000$ ) arasında pozitif anlamlı ilişki tespit edildi. Yapılan ileri analizler sonucunda da geniş aile ile çekirdek aile yapıları arasındaki farkın iyi oluş üzerinde pozitif etkisi olduğu ve ailenin gelir durumunun iyi ve orta seviyeleri arasındaki farkın iyi oluş üzerinde de pozitif etkisi olduğu tespit edildi.

Aile tipi değişkeni ile amaç belirleme/rehberlik değişkeni arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlılık tespit edildi ( $F=6,060$   $p=0.003$ ). Yapılan ileri analizler sonucunda da pozitif anlamlılığın çekirdek aile değişkeni ( $3,73 \pm 1,09$ ) ile geniş aile değişkenine ( $4,30 \pm 0,70$ ) sahip hastalar arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edildi. Aile tipi değişkeni ile problem çözme değişkeni arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlılık tespit edildi ( $F: 3,259$   $p: 0,041$ ). Yapılan ileri analizler sonucunda da pozitif anlamlılığın çekirdek aile değişkeni ( $3,82 \pm 0,97$ ) ile geniş aile değişkenine ( $4,21 \pm 0,76$ ) sahip hastalar arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edildi. Aile tipi değişkeni ile izlem koordinasyon değişkeni arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlılık tespit edildi ( $F=7,878$   $p=0.001$ ). Yapılan ileri analizler sonucunda da pozitif anlamlılığın çekirdek aile değişkeni ( $3,59 \pm 1,10$ ) ile geniş aile değişkenine ( $4,27 \pm 0,78$ ) sahip hastalar arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edildi. Aile tipi değişkeni ile toplam ölçek değişkeni arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlılık tespit edildi ( $F:5,271$   $p:0,006$ ). Yapılan ileri analizler sonucunda da pozitif anlamlılığın çekirdek aile değişkeni ( $3,80 \pm 1,01$ ) ile geniş aile değişkenine ( $4,30 \pm 0,70$ ) sahip hastalar arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edildi.

Ailede bakıma katkıda bulunan birinin olması var mı? Değişkeni ile problem çözme değişkeni ( $t=2,196$   $p=0.032$ ), izlem koordinasyon değişkeni ( $t=2,441$   $p=0.016$ ) arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlılık tespit edildi.

Hastaların sosyodemografik özellikleri ile kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeğinin alt boyut karşılaştırmaları incelendiğinde; eğitim düzeyi değişkeni ile hasta katılımı değişkeni arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlılık fark tespit edildi ( $F: 4,194$   $p: 0,001$ ). Yapılan ileri analizler sonucunda pozitif anlamlılığın okuryazar olan hastalar ( $4,72 \pm 1,39$ ) ile ilkökul mezunu ( $3,91 \pm 1,02$ ), ortaokul mezunu ( $3,55 \pm 1,17$ ) ve meslek/lise mezunu ( $3,60 \pm 0,81$ )

olan hastalar arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edildi. Eğitim düzeyi değişkeni ile karar verme desteği değişkeni arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlılık tespit edildi (F:3,922 p: 0,002) . Yapılan ileri analizler sonucunda da pozitif anlamlılığın okuryazar olan hastalar ( $4,77 \pm 1,27$ ) ile ilkokul mezunu ( $3,97 \pm 1,01$ ) ve meslek/lise mezunu ( $3,62 \pm 0,81$ ) olan hastalar arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edildi. Eğitim düzeyi değişkeni ile amaç belirleme/rehberlik değişkeni arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlılık tespit edildi (F: 5,969 p: 0,000). Yapılan ileri analizler sonucunda pozitif anlamlılığın okuryazar olan hastalar ( $4,50 \pm 0,93$ ) ile meslek/lise mezunu ( $3,25 \pm 0,67$ ) olan ve üniversite mezunu ( $3,46 \pm 1,07$ ) olan hastalar arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edildi. Eğitim düzeyi değişkeni ile problem çözme değişkeni arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlı fark tespit edildi (F=5,886 p=0.000). Yapılan ileri analizler sonucunda da pozitif anlamlılığın okuryazar olan hastalar ( $4,58 \pm 0,53$ ) ile ilkokul mezunu ( $3,79 \pm 0,93$ ), ortaokul mezunu ( $3,48 \pm 0,96$ ), meslek/lise mezunu ( $3,50 \pm 0,90$ ) ve üniversite mezunu ( $3,73 \pm 0,97$ ) olan hastalar arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edildi. Eğitim düzeyi değişkeni ile izlem koordinasyon değişkeni arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlılık tespit edildi (F=7,027 p=0.000). Yapılan ileri analizler sonucunda da pozitif anlamlılığın okuryazar olan hastalar ( $4,40 \pm 0,81$ ) ile üniversite mezunu ( $3,25 \pm 1,12$ ) olan hastalar arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edildi. Son olarak eğitim düzeyi değişkeni ile toplam ölçek değişkeni arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlılık tespit edildi (F: 6,690 p: 0,000). Yapılan ileri analizler sonucunda da pozitif anlamlılığın okuryazar olan hastalar ( $4,57 \pm 0,82$ ) ile meslek/lise mezunu ( $3,32 \pm 0,72$ ) olan hastalar arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edildi (Tablo 4.2.3).



**Tablo 4.2.4: Hastaların KHBDÖ-h ve KİÖİ-Y Puanlarını Etkileyebilecek Tanımlayıcı Değişkenlerin Dağılımı**

Değişkenler	KİÖİ-Y X±SS	Hasta katılımı	Karar verme desteği	Amaç belirleme/ Rehberlik	Problem Çözme	İzlem Koordinasyon	Toplam Ölçek
<b>Çalışma durumunuz</b>							
Aylıkla çalışan	61,14±14,34	3,95 ± ,85	3,88±1,02	3,72 ±0,94 <sup>ab</sup>	3,79±0,86	3,56 ± 1,03	3,75 ±0,80
Emekli	61,48±16,12	4,07 ±1,08	4,10± ,96	3,90 ±1,00 <sup>ab</sup>	3,94± 0,96	3,87 ± 1,08	3,95 ±0,93
Ev hanımı	61,35±17,05	4,44 ±1,56	4,44±1,55	4,24±1 ,03 <sup>a</sup>	4,13±0,92	4,00 ± 1,02	4,22 ±1,04
İşsiz	50,33±17,78	3,63 ±1,17	3,93±0,72	3,38 ±0,69 <sup>b</sup>	3,75±0,75	3,42 ± 0,97	3,58 ±0,68
<b>Test Değeri</b>	F: 1,329 p: 0,267	F: 1,774 p: 0,154	F: 1,636 p: 0,183	F: 2,780 <b>p: 0,043*</b>	F: 0,944 p: 0,421	F: 1,462 p: 0,227	F: 2,022 p: 0,113
<b>Ekonomik Durumunuz</b>							
İyi	68,35±12,60 <sup>ab</sup>	4,51±0,75 <sup>ab</sup>	4,33±0,71	4,15±0,71 <sup>ab</sup>	4,16 ± 0,73	4,07 ± 0,82	4,21±0,65 <sup>ab</sup>
Orta	58,62±16,37 <sup>a</sup>	3,94±1,31 <sup>b</sup>	4,04 ±1,27	3,81±1,08 <sup>b</sup>	3,85 ± 0,99	3,72 ± 1,12	3,85 ±1,02 <sup>b</sup>
Kötü	59,62±20,07 <sup>b</sup>	4,88±0,17 <sup>a</sup>	4,71 ± 0,49	4,53±0,55 <sup>a</sup>	4,38 ± 0,44	4,10 ± 0,90	4,47 ± 0,38 <sup>a</sup>
<b>Test Değeri</b>	F: 6,123 <b>p: 0,003*</b>	F: 5,274 <b>p: 0,006**</b>	F: 2,010 p: 0,137	F: 3,451 <b>p: 0,034*</b>	F: 2,580 p: 0,079	F: 1,956 p: 0,145	F: 3,651 <b>p: 0,031*</b>

F: Tek-Yönlü Varyans analizi, \*:<0,05, Ortalama ± Standart Sapma  
Ortak harfi olmayan ortalamalar arasında fark vardır (p<0,05)

Çalışma durumu değişkeni ile Kişisel İyi Oluş değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmedi (F: 1,329 p: 0,267). Ekonomik durum değişkeni ile Kişisel İyi Oluş değişkeni arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlılık tespit edildi (F: 6,123 p: 0,003). Yapılan ileri analizler sonucunda da pozitif anlamlılığın ekonomik durumu iyi (68,35±12,60) olan bireyler/hastalar ile ekonomik durumu orta (58,62±16,37) ve kötü (59,62±20,07) olan hastalar/bireyler arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edildi.

Çalışma durumu değişkeni ile amaç belirleme/rehberlik değişkeni arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlılık tespit edildi (F: 2,780 p: 0,043). Yapılan ileri analizler sonucunda da pozitif anlamlılığın ev hanımı olan hastalar (4,24 ± 1,03) ile işsiz hastalar (3,38 ± 0,69) arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edildi.

Hastaların ekonomik durumu değişkeni ile hasta katılımı değişkeni arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlılık tespit edildi (F: 5,274 p: 0,006). Yapılan ileri analizler sonucunda da pozitif anlamlılığın orta gelir durumuna sahip (3,94 ± 1,31) hastalar ile kötü gelir durumuna (4,88 ± 0,17) sahip hastalar arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edildi. Ailenizin gelir durumu değişkeni ile amaç

belirleme/rehberlik değişkeni arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlılık tespit edildi (F: 3,451 p: 0,034). Yapılan ileri analizler sonucunda da pozitif anlamlılığın orta gelir durumuna sahip ( $3,81 \pm 1,08$ ) hastalar ile kötü gelir durumuna ( $4,53 \pm 0,55$ ) sahip hastalar arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edildi. Hastaların ekonomik durumu değişkeni ile toplam ölçek değişkeni arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlılık tespit edildi (F: 3,651 p: 0,031). Yapılan ileri analizler sonucunda da pozitif anlamlılığın orta gelir durumuna sahip ( $3,85 \pm 1,02$ ) hastalar ile kötü gelir durumuna ( $4,47 \pm 0,38$ ) sahip hastalar arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edildi (Tablo 4.2.4).

**Tablo 4.2.5: KHBDÖ-h ve KİOİ-Y Toplam Puanlarını Etkileyebilecek Tanımlayıcı Değişkenlerin Dağılımı (Kronik Hastalık durumu)**

Değişkenler	KİOİ-Y X±SS	Hasta katılımı	Karar verme desteği	Amaç belirleme/ Rehberlik	Problem Çözme	İzlem Koordinasyon	Toplam Ölçek
<b>Psikiyatrik</b>							
Hayır	61,68±17,71	4,14 ± 1,22	4,14 ± 1,18	3,95 ± 1,01	3,96 ± 0,93	3,82 ± 1,06	3,98 ± 0,95
Evet	57,00±15,64	3,95 ± 1,04 t:	4,12 ± 0,75 t:	3,67 ± 0,88	3,86 ± 0,91	3,81 ± 1,01	3,85 ± 0,87 t:
<b>Test Değeri</b>	t: ,953 p: ,342	,069 p: ,945	,993 p: ,322	t: ,412 p: ,681	t: ,032 p: ,974	t: ,471 p: ,638	,471 p: ,638
<b>Şeker Hast</b>							
Hayır	61,23±18,39	4,16 ± 1,09	4,19 ± 1,08	3,90 ± 1,01	3,96 ± 0,95	3,84 ± 1,08	3,98 ± 0,92
Evet	61,34±16,57	4,07 ± 1,34 t:	4,07 ± 1,23	3,95 ± 0,99	3,95 ± 0,90	3,80 ± 1,04	3,95 ± 0,97 t:
<b>Test Değeri</b>	t: -,041 p: ,967	,663 p: ,509	t: -,295 p: ,768	t: ,031 p: ,975	t: ,219 p: ,827	t: ,206 p: ,837	,206 p: ,837
<b>KOAH</b>							
Hayır	61,62±17,03	4,12 ± 1,23	4,14 ± 1,16	3,90 ± 1,00	3,93 ± 0,92	3,79 ± 1,06	3,95 ± 0,94
Evet	58,63±21,52	4,11 ± 0,95	4,12 ± 1,03	4,08 ± 0,99	4,12 ± 0,95	4,08 ± 1,03	4,10 ± 0,93 t:
<b>Test Değeri</b>	t: ,698 p: ,486	t: ,067 p: ,947	t: -,739 p: ,461	t: -,822 p: ,412	t: -1,148 p: ,253	t: -,655 p: ,513	-,655 p: ,513
<b>Astım</b>							
Hayır	60,81±17,92	4,07 ± 1,15	4,08 ± 1,07	3,88 ± 1,01	3,94 ± 0,94	3,80 ± 1,06	3,93 ± 0,94
Evet	64,52±14,72	4,49 ± 1,48	4,57 ± 1,51	4,22 ± 0,89	4,07 ± 0,80	3,97 ± 1,00	4,22 ± 0,93 t:
<b>Test Değeri</b>	t: -,906 p: ,366	t: -1,867 p: ,064	t: -1,451 p: ,149	t: -,620 p: ,536	t: -,689 p: ,492	t: -1,331 p: ,185	-1,331 p: ,185
<b>Tiroid Hast.</b>							
Hayır	61,27±17,52	4,12 ± 1,21	4,15 ± 1,14	3,93 ± 0,99	3,98 ± 0,92	3,85 ± 1,03	3,98 ± 0,93
Evet	61,50±20,07	4,22 ± 1,22	3,89 ± 1,24	3,67 ± 1,19	3,33 ± 0,92	3,20 ± 1,61	3,60 ± 1,18
<b>Test Değeri</b>	t: -,031 p: ,975	t: -,209 p: ,835	t: ,545 p: ,586	t: ,644 p: ,520	t: 1,689 p: ,093	t: ,973 p: ,374	t: ,779 p: ,470
<b>Koroner Kalp Hast.</b>							
Hayır	59,24±18,76	4,01 ± 1,29	4,07 ± 1,22	3,80 ± 1,05	3,84 ± 0,95	3,68 ± 1,04	3,85 ± 0,97
Evet	68,08±10,27	4,51 ± 0,75	4,37 ± 0,82	4,34 ± 0,67	4,34 ± 0,70	4,29 ± 0,97	4,36 ± 0,73
<b>Test değeri</b>	t: -3,751 <b>p: ,000***</b>	t: -3,024 <b>p: ,003**</b>	t: -1,411 p: ,160	t: -3,740 <b>p: ,000***</b>	t: -3,563 <b>p: ,001**</b>	t: -3,231 <b>p: ,001**</b>	t: -3,488 <b>p: ,001**</b>
<b>Böbrek Hast.</b>							
Hayır	61,08±17,84	4,11 ± 1,23	4,15 ± 1,15	3,93 ± 1,00	3,95 ± 0,93	3,83 ± 1,06	3,97 ± 0,95
Evet	64,40±12,42	4,33 ± 0,67	4,03 ± 1,01	3,84 ± 0,93	4,00 ± 0,89	3,66 ± 0,95	3,93 ± 0,83
<b>Test Değeri</b>	t: -,579 p: ,563	t: -,574 p: ,567	t: ,302 p: ,763	t: ,277 p: ,782	t: -,160 p: ,873	t: ,503 p: ,616	t: ,128 p: ,898
<b>Nörolojik Hast.</b>							
Hayır	60,54 ± 17,90	4,11 ± 1,23	4,12 ± 1,17	3,91 ± 1,03	3,93 ± 0,94	3,79 ± 1,06	3,94 ± 0,96
Evet	68,13±12,36	4,21 ± 0,89	4,33 ± 0,89	4,10 ± 0,67	4,20 ± 0,72	4,10 ± 0,96	4,17 ± 0,74
<b>Test Değeri</b>	t: -2,217 <b>p: 037*</b>	t: -,304 p: ,761	t: -,713 p: ,477	t: -1,031 p: ,313	t: -1,135 p: ,258	t: -1,106 p: ,270	t: -1,135 p: ,269

t: Student t-testi, Ortalama ± Standart Sapma

**Tablo 4.2.5: Hastaların KHBDÖ-h ve KiOi-Y Toplam Puanlarını Etkileyebilecek Tanımlayıcı Değişkenlerin Dağılımı (Kronik Hastalık durumu)(Tablo 4.2.5'in Devamı)**

Değişkenler	KiOi-Y X±SS	Hasta katılımı	Karar verme desteği	Amaç belirleme/ Rehberlik	Problem Çözme	İzlem Koordinasyon	Toplam Ölçek
<b>Kansızlık</b>							
Hayır	60,20± 16,19	4,15 ± 1,22	4,17 ± 1,15	3,95 ± 1,01	3,97 ± 0,92	3,83 ± 1,06	3,99 ± 0,94
Evet	68,32±23,95	3,91 ± 1,08	3,97 ± 1,14	3,77 ± 0,95	3,88 ± 0,98	3,77 ± 1,06	3,84 ± 0,95
Test Değeri	t:-2,040 P: ,043*	t: ,888 p: ,376	t: ,747 p: ,456	t: ,767 p: ,444	t: ,433 p: ,665	t: ,240 p: ,811	t: ,663 p: ,509
<b>Romatizmal Hastalık</b>							
Hayır	60,92±17,76	4,11 ± 1,20	4,13 ± 1,16	3,92 ± 1,01	3,94 ± 0,93	3,81 ± 1,06	3,96 ± 0,95
Evet	69,43±9,18	4,29 ± 1,25	4,33 ± 0,58	4,11 ± 0,69	4,25 ± 0,69	4,20 ± 0,76	4,22 ± 0,69
Test Değeri	t:-1,258 p:,210	t: -,369 p: ,713	t: -,457 p: ,648	t: -,512 p: ,609	t: -,865 p: ,388	t: -,966 p: ,335	t: -,731 p: ,466
<b>Hipertansiyon</b>							
Hayır	17,67±1,019	4,12 ± 1,13	4,13 ± 1,11	3,94 ± 0,96	3,98 ± 0,92	3,85 ± 1,10	3,98 ± 0,94
Evet	59,10±17,26	4,12 ± 1,38	4,17 ± 1,23	3,89 ± 1,10	3,90 ± 0,93	3,75 ± 0,96	3,93 ± 0,95
Test Değeri	t:1,019 p:,309	t: ,022 p: ,983	t: -,245 p: ,806	t: ,307 p: ,759	t: ,476 p: ,635	t: ,536 p: ,593	t: ,285 p: ,776

\*:<0,05; \*\*:<0,01, \*\*\*: <0,001, Ortalama ± Standart Sapma

Çalışma kapsamında bireylerin sahip oldukları kronik hastalıklar ile Kişisel İyi Oluş puanlarının karşılaştırmaları incelendiğinde; koroner kalp rahatsızlığı olan ( $t=-3,751$   $p=0,000$ ), nörolojik hastalığı olan ( $t=-2,217$   $p=0,037$ ) ve kansızlık şikâyeti olan ( $t=-2,040$   $p=0,043$ ) hastalar ile Kişisel İyi Oluş arasında negatif anlamlı ilişki tespit edildi.

Psikiyatrik hastalığına sahip hastalar ile kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde; hasta katılımı, karar verme desteği, amaç belirleme/rehberlik, problem çözme, izlem koordinasyon ve toplam ölçek değişkenleri ile hasta değişkeni arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı ( $t=0,471$   $p=0,638$ ).

Şeker hastalığına sahip hastalar ile kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde; hasta katılımı, karar verme desteği, amaç belirleme/rehberlik, problem çözme, izlem koordinasyon ve toplam ölçek değişkenleri ile psikiyatrik hasta değişkeni arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı ( $t=0,206$   $p=0,837$ ).

KOAH hastalığına sahip hastalar ile kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeğinin alt boyutları kıyaslandığında; hasta katılımı, karar verme desteği, amaç belirleme/rehberlik, problem çözme, izlem koordinasyon ve toplam ölçek değişkenleri ile psikiyatrik hasta değişkeni arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı ( $t=-0,655$   $p=0,513$ ).

Astım hastalığına sahip hastalar ile kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeğinin alt boyutları kıyaslandığında; hasta katılımı, karar verme desteği, amaç belirleme/rehberlik, problem çözme, izlem koordinasyon ve toplam ölçek değişkenleri ile psikiyatrik hasta değişkeni arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı ( $t=-1,331$   $p=0,185$ ).

Koroner kalp hastalığına sahip hastalar ile kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeğinin alt boyutları kıyaslandığında; hasta katılımı ( $t=-3,024$   $=0,003$ ), amaç belirleme/rehberlik ( $t=-3,740$   $p=0,000$ ), problem çözme ( $t=-3,563$   $=0,001$ ), izlem koordinasyon ( $t=-3,231$   $p=0,001$ ) ve toplam ölçek ( $t=-3,488$   $p=0,001$ ) değişkenleri ile koroner kalp hastalığı değişkeni arasında negatif yönlü ilişki saptandı.

Böbrek hastalığına sahip hastalar ile kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeğinin alt boyutları kıyaslandığında; hasta katılımı, karar verme desteği, amaç belirleme/rehberlik, problem çözme, izlem koordinasyon ve toplam ölçek değişkenleri

ile psikiyatrik hasta değişkeni arasında istatistiksel olarak arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı ( $t=0.128$   $p=0.898$ ).

Nörolojik hastalığa sahip hastalar ile kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeğinin alt boyutları kıyaslandığında; hasta katılımı, karar verme desteği, amaç belirleme/rehberlik, problem çözme, izlem koordinasyon ve toplam ölçek değişkenleri ile psikiyatrik hasta değişkeni arasında istatistiksel olarak arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı ( $t=-1,135$   $p=0.269$ ).

Kliniğe ait değişkenlerle kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeğinin puan karşılaştırmaları yapıldığında; hasta katılımı, karar verme desteği, amaç belirleme/rehberlik, problem çözme, izlem koordinasyon ve toplam ölçek değişkenleri ile tiroid hasta değişkeni arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı ( $t=0,779$   $p=0.470$ ).

Romatizmal hastalığa sahip hastalar ile kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeğinin alt boyutları kıyaslandığında; hasta katılımı, karar verme desteği, amaç belirleme/rehberlik, problem çözme, izlem koordinasyon ve toplam ölçek değişkenleri ile romatizmal hasta değişkeni arasında istatistiksel olarak arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı ( $t=-0,731$   $p=0.466$ ).

Hipertansiyon hastalığına sahip hastalar ile kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeğinin alt boyutları kıyaslandığında; hasta katılımı, karar verme desteği, amaç belirleme/rehberlik, problem çözme, izlem koordinasyon ve toplam ölçek değişkenleri ile psikiyatrik hasta değişkeni arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı ( $t=0,285$   $p=0.776$ ).

**Tablo 4.2.6: Hastaların KHBDÖ-h ve KİÖİ-Y Puanlarının Tanımlayıcı (alışkanlıklar) Değişkenlere Göre Dağılımı**

Değişkenler		KİÖİ-Y X±SS	Hasta katılımı	Karar verme desteği	Amaç belirleme Rehberlik	Problem Çözme	İzlem Koordinasyon	Toplam Ölçek
<b>Sigarayı bıraktım (n=91)</b>								
<b>Evet</b>	Olumlu	63,00±6,69	4,10±0,98	4,05±0,96	3,88±0,93	3,83±0,96	3,83±1,11	3,91±0,91
	Olumsuz	-	-	-	-	-	-	-
<b>Hayır</b>	Olumlu	61,40 ± 14,07	4,10±0,89	4,20 ± 0,89	3,74 ± 1,11	4,10 ± 1,06	3,88 ± 0,96	3,97 ± 0,95
	Olumsuz	62,88±24,56	4,18±1,75	4,15 ± 1,59	3,81 ± 1,33	3,93 ± 1,04	3,69 ± 1,19	3,91 ± 1,16
<b>Test Değeri</b>		F: ,521 p: ,668	F: ,028 p: ,994	F: ,156 p: ,926	F: ,511 p: ,675	F: ,630 p: ,597	F: ,170 p: ,917	F: ,179 p: ,911
<b>Alkolü bıraktım (n=59)</b>								
<b>Evet</b>	Olumlu	65,03 ± 14,82	4,29 ± 0,87	4,21 ± 0,89	3,92 ± 0,94	3,90 ± 0,98	3,82 ± 1,14	3,99 ± 0,90
	Olumsuz	79,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
<b>Hayır</b>	Olumlu	64,14±13,62	3,95 ± 0,89	4,05 ± 0,95	3,74 ± 1,20	4,04 ± 1,06	3,86 ± 1,02	3,91 ± 1,01
	Olumsuz	65,50 ± 25,31	3,59 ± 1,38	3,50 ± 1,17	3,40 ± 1,17	3,99 ± 0,89	3,48 ± 1,13	3,58 ± 0,95
<b>Test Değeri</b>			4,16 ± 1,27	4,22 ± 1,20	4,02 ± 0,96	3,95 ± 0,91	3,87 ± 1,02	4,02 ± 0,94
<b>Şekeri bıraktım</b>								
<b>Evet</b>	Olumlu	63,43 ± 15,84 <sup>a</sup>	4,28 ± 1,21 <sup>a</sup>	4,25 ± 1,11	4,09 ± ,94 <sup>a</sup>	4,15 ± ,85 <sup>a</sup>	3,97 ± 1,08 <sup>a</sup>	4,13 ± ,93
	Olumsuz	76,33 ± 1,53 <sup>a</sup>	4,89 ± 0,19 <sup>a</sup>	5,00 ± ,00 <sup>a</sup>	5,00 ± ,00 <sup>a</sup>	4,83 ± ,29 <sup>a</sup>	4,53 ± ,42 <sup>a</sup>	4,83 ± ,14
<b>Hayır</b>	Olumlu	65,50 ± 11,95 <sup>a</sup>	4,40 ± 1,54 <sup>a</sup>	4,55 ± 1,46	4,20 ± 1,09	3,96 ± ,89 <sup>ab</sup>	3,88 ± 1,05 <sup>ab</sup>	4,16 ± 1,02
	Olumsuz	54,17 ± 21,04 <sup>b</sup>	3,63 ± ,89 <sup>b</sup>	3,69 ± ,95	3,40 ± ,90 <sup>b</sup>	3,50 ± ,95 <sup>b</sup>	3,45 ± ,94 <sup>b</sup>	3,51 ± ,80
<b>Test Değeri</b>		F: 4,429 p: ,005**	F: 4,151 p: ,007**	F: 4,419 p: ,005**	F: 7,864 p: ,000***	F: 6,777 p: ,000***	F: 3,179 p: ,026*	F: 6,296 p: ,000***
<b>Karbonhidrat ağırlıklı beslenmeyi bıraktım</b>								
<b>Evet</b>	Olumlu	62,90 ± 16,56	4,27 ± 1,21	4,23 ± 1,12	4,03 ± ,98	4,10 ± ,89	3,95 ± 1,05	4,09 ± ,94
	Olumsuz	75,00	5,00	5,00	5,00	4,50	4,40	4,75
<b>Hayır</b>	Olumlu	72,00 ± 8,27	4,76 ± 1,61	4,95 ± 1,54	4,64 ± ,82	4,39 ± ,51	4,41 ± ,51	4,60 ± ,79
	Olumsuz	56,00 ± 19,16	3,72 ± ,97	3,80 ± ,97	3,58 ± ,94	3,61 ± ,95	3,47 ± 1,06	3,61 ± ,85
<b>Test Değeri</b>		-	-	-	-	-	-	-

**Tablo 4.2.6: Hastaların KHBDÖ-h ve KİOİ-Y Puanlarının Tanımlayıcı (alışkanlıklar) Değişkenlere Göre Dağılımı ( Tablo 4.2.6'nın devamı)**

<b>Yemeklerde yağ kullanımını azalttım</b>								
<b>Evet</b>	Olumlu	62,87 ± 16,60	4,21 ± 1,19 <sup>a</sup>	4,24 ± 1,1 <sup>a</sup>	4,04 ± ,99 <sup>a</sup>	4,12 ± ,91 <sup>a</sup>	3,96 ± 1,11 <sup>a</sup>	4,09 ± ,95 <sup>a</sup>
	Olumsuz	69,50 ± 9,68	5,00 ± ,00 <sup>a</sup>	5,00 ± ,00 <sup>a</sup>	5,00 ± ,00 <sup>a</sup>	4,75 ± ,29 <sup>a</sup>	4,70 ± ,26 <sup>a</sup>	4,88 ± ,12 <sup>a</sup>
<b>Hayır</b>	Olumlu	67,50 ± 15,84	4,88 ± 2,20 <sup>a</sup>	4,88 ± 2,16 <sup>a</sup>	4,77 ± ,99 <sup>a</sup>	4,34 ± ,71 <sup>a</sup>	4,33 ± ,66 <sup>a</sup>	4,61 ± 1,0 <sup>a</sup>
	Olumsuz	55,78 ± 19,46	3,72 ± ,90 <sup>b</sup>	3,71 ± ,92 <sup>b</sup>	3,42 ± ,80 <sup>b</sup>	3,42 ± ,80 <sup>b</sup>	3,35 ± ,85 <sup>b</sup>	3,49 ± ,71 <sup>b</sup>
<b>Test Değeri</b>		F: 2,490 p: ,062	F: 3,857 <b>p: ,011*</b>	F: 4,556 <b>p: ,004**</b>	F: 8,973 <b>p: ,000***</b>	F: 8,845 <b>p: ,000***</b>	F: 5,569 <b>p: ,001**</b>	F: 7,874 <b>p: ,000***</b>
<b>Tuz alışkanlığımı azalttım</b>								
<b>Evet</b>	Olumlu	61,38 ± 16,82	4,17 ± 1,14 <sup>b</sup>	4,17 ± 1,04	3,96 ± ,97 <sup>ab</sup>	4,00 ± ,90 <sup>ab</sup>	3,89 ± 1,04 <sup>a</sup>	4,01 ± ,90 <sup>b</sup>
	Olumsuz	69,00 ± 8,46	5,00 ± ,00 <sup>ab</sup>	5,00 ± ,00 <sup>b</sup>	5,00 ± ,00 <sup>a</sup>	4,80 ± ,27 <sup>a</sup>	4,76 ± ,26 <sup>a</sup>	4,90 ± ,12 <sup>b</sup>
<b>Hayır</b>	Olumlu	74,40 ± 7,40	5,67 ± 2,46 <sup>a</sup>	5,67 ± 2,53 <sup>a</sup> 3,69 ± 1,06	5,04 ± 1,19 <sup>a</sup>	4,85 ± ,22 <sup>a</sup>	4,64 ± ,54 <sup>a</sup>	5,09 ± 1,15 <sup>a</sup>
	Olumsuz	58,06 ± 20,76	3,63 ± ,98 <sup>c</sup>		3,52 ± ,91 <sup>b</sup>	3,58 ± ,94 <sup>b</sup>	3,36 ± 1,03 <sup>b</sup>	3,53 ± ,85 <sup>b</sup>
<b>Test Değeri</b>		F: 1,681 p: ,173	F: 6,258 <b>p: ,000***</b>	F: 6,332 <b>p: ,000***</b>	F: 6,691 <b>p: ,000***</b>	F: 5,477 <b>p: ,001**</b>	F: 5,131 <b>p: ,002**</b>	F: 7,457 <b>p: ,000***</b>
<b>Sebze ağırlıklı beslenmeyi arttırdım</b>								
<b>Evet</b>	Olumlu	63,79 ± 15,65	4,25 ± 1,29	4,27 ± 1,19	4,04 ± 1,00	4,07 ± ,89	3,87 ± 1,09	4,07 ± ,96
	Olumsuz	75,00	5,00	5,00	5,00	4,50	4,40	4,75
<b>Hayır</b>	Olumlu	66,82 ± 7,60	4,24 ± ,97	4,24 ± 1,03	4,27 ± ,70	4,39 ± ,55	4,24 ± ,66	4,28 ± ,69
	Olumsuz	52,59 ± 21,46	3,72 ± ,91	3,73 ± ,96	3,48 ± ,95	3,51 ± ,95	3,56 ± 1,01	3,58 ± ,86
<b>Test Değeri</b>		-	-	-	-	-	-	-

F: Tek-Yönlü Varyans analizi, Ortalama ± Standart Sapma\* Hesaplanamadı\*: <0,05; \*\*: <0,01; \*\*\*: <0,001. Ortak harfi olmayan ortalamalar arasında fark vardır (p<0,05)



Bireylerin hastalıkları nedeniyle alışkanlıklarında meydana gelen değişimlerin, kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeğinin alt boyutları ile kıyaslamaları incelendiğinde; hasta katılımı, karar verme desteği, amaç belirleme/rehberlik, problem çözme, izlem koordinasyon ve toplam ölçek değişkenleri ile sigara içmeyi bıraktım değişkeni arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı ( $F=0,179$   $p=0.911$ ).

Alkol alışkanlığımı bıraktım değişkeni ile kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeğinin alt boyutları kıyaslandığında; hasta katılımı, karar verme desteği, amaç belirleme/rehberlik, problem çözme, izlem koordinasyon ve toplam ölçek değişkenleri ile alkol alışkanlığımı bıraktım değişkeni arasında verilerin dengesiz dağılımı sebebiyle istatistiksel olarak hesaplama yapılamadı.

Şeker alışkanlığımı bıraktım değişkeni ile kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeğinin alt boyutları kıyaslandığında; hasta katılımı ( $F=4,151$   $p=0.007$ ), karar verme desteği ( $F=4,419$   $p=0.005$ ), amaç belirleme/rehberlik ( $F=7,864$   $p=0.000$ ), problem çözme ( $F=6,777$   $p=0.000$ ), izlem koordinasyon ( $F=3,179$   $p=0.026$ ) ve toplam ölçek ( $F=6,296$   $p=0.848$ ) değişkenleri ile şeker alışkanlığımı bıraktım değişkeni arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlılık tespit edildi.

Karbonhidrat ağırlıklı beslenmeyi bıraktım değişkeni ile kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeğinin alt boyutları kıyaslandığında; hasta katılımı, karar verme desteği, amaç belirleme/rehberlik, problem çözme, izlem koordinasyon ve toplam ölçek değişkenleri ile karbonhidrat ağırlıklı beslenmeyi bıraktım değişkeni arasında verilerin dengesiz dağılımı sebebiyle istatistiksel olarak hesaplama yapılamadı.

Bireylerin hastalıkları nedeniyle alışkanlıklarında meydana gelen değişimlerin, kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeğinin alt boyutları ile kıyaslamaları incelendiğinde; hasta katılımı ( $F=3,857$   $p=0.011$ ), karar verme desteği ( $F=4,556$   $p=0.004$ ), amaç belirleme/rehberlik ( $F=8,973$   $p=0.000$ ), problem çözme ( $F=8,845$   $p=0.000$ ), izlem koordinasyon ( $F=5,569$   $p=0.001$ ) ve toplam ölçek ( $F=7,874$   $p=0.000$ ) değişkenleri ile yemeklerde yağ kullanımını azalttım değişkeni arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlılık tespit edildi.

Tuz kullanımını azalttım değişkeni ile kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeğinin alt boyutları kıyaslandığında; hasta katılımı (F=6,258 p=0.000), karar verme desteği (F=6,332 p=0.000), amaç belirleme/rehberlik (F=6,691 p=0.000), problem çözme (F=5,471 p=0.001), izlem koordinasyon (F=5,131 p=0.002) ve toplam ölçek (F=7,457 p=0.000) değişkenleri ile tuz kullanımını azalttım değişkeni arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlılık tespit edildi.

Sebze ağırlıklı beslenmeyi arttırdım değişkeni ile kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeğinin alt boyutları kıyaslandığında; hasta katılımı, karar verme desteği, amaç belirleme/rehberlik, problem çözme, izlem koordinasyon ve toplam ölçek değişkenleri ile sebze ağırlıklı beslenmeyi arttırdım değişkeni arasında verilerin dengesiz dağılımı sebebiyle istatistiksel olarak hesaplama yapılamadı.

**Tablo 4.2.7: Hastaların KHBDO-h ve KİOİ-Y Puanlarının Tanımlayıcı (alışkanlıklar) Değişkenlere Göre Dağılımı**

Değişkenler		KİOİ-Y X±SS	Hasta katılımı	Karar verme desteği	Amaç belirleme Rehberlik	Problem Çözme	İzlem Koordin.	Toplam Ölçek
<b>Fiziksel aktivitemi arttırdım</b>								
<b>Evet</b>	Olumlu	64,12 ± 18,29 <sup>a</sup>	4,20 ± 1,11	4,18 ± 1,10	3,96 ± 1,02	3,98 ± 0,96	3,83 ± 1,13	4,00 ± 0,97
	Olumsuz	47,00 ± 24,04 <sup>b</sup>	3,67 ± 1,89	4,33 ± 0,94	4,30 ± 0,99	4,13 ± 1,24	3,70 ± 1,56	4,03 ± 1,31
<b>Hayır</b>	Olumlu	59,50 ± 4,12 <sup>ab</sup>	3,92 ± 1,07	4,25 ± 1,10	4,10 ± 0,90	4,25 ± 0,74	4,20 ± 1,10	4,15 ± 0,95
	Olumsuz	55,63 ± 14,82 <sup>ab</sup>	3,98 ± 1,39	4,03 ± 1,26	3,81 ± 0,97	3,87 ± 0,86	3,77 ± 0,88	3,87 ± 0,88
<b>Test Değeri</b>		F: <b>3,231</b> p: <b>,024*</b>	F: ,513 p: ,674	F: ,211 p: ,889	F: ,409 p: ,746	F: ,307 p: ,820	F: ,220 p: ,883	F: ,269 p: ,848
<b>Kilo vermek için beslenme alışkanlığım değişti</b>								
<b>Evet</b>	Olumlu	63,32 ± 16,61	4,08 ± 1,30	4,11 ± 1,17	3,87 ± 1,04 <sup>b</sup>	3,95 ± ,95	3,75 ± 1,14	3,93 ± 1,00 <sup>a</sup>
	Olumsuz	67,50 ± 5,20	5,00 ± ,00	5,00 ± ,00	5,00 ± ,00 <sup>a</sup>	4,88 ± ,25	4,85 ± ,30	4,94 ± ,13 <sup>a</sup>
<b>Hayır</b>	Olumlu	62,25 ± 17,21	4,56 ± 1,72	4,44 ± 1,79	4,44 ± ,98 <sup>ab</sup>	4,27 ± ,83	4,24 ± ,80	4,37 ± 1,04 <sup>a</sup>
	Olumsuz	57,98 ± 19,04	4,01 ± ,89	4,05 ± ,91	3,80 ± ,91 <sup>b</sup>	3,82 ± ,89	3,74 ± ,98	3,86 ± ,81 <sup>b</sup>
<b>Test Değeri</b>		F: 1,299 p: ,277	F: 1,676 p: ,174	F: 1,278 p: ,284	F: 3,537 p: <b>,016*</b>	F: 2,460 p: ,065	F: 2,385 p: ,071	F: 2,850 p: <b>,039*</b>
<b>İlaç sayım arttı</b>								
<b>Evet</b>	Olumlu	64,88 ± 15,61	4,39 ± ,90 <sup>ab</sup>	4,11 ± 1,17	3,87 ± 1,04 <sup>b</sup>	3,95 ± ,95	3,75 ± 1,14	3,93 ± 1,00 <sup>a</sup>
	Olumsuz	61,81 ± 17,53	4,65 ± 1,83	5,00 ± ,00	5,00 ± ,00 <sup>a</sup>	4,88 ± ,25	4,85 ± ,30	4,94 ± ,13 <sup>a</sup>
<b>Hayır</b>	Olumlu	58,73 ± 18,72	4,56 ± 1,72	4,44 ± 1,79	4,44 ± ,98 <sup>ab</sup>	4,27 ± ,83	4,24 ± ,80	4,37 ± 1,04 <sup>a</sup>
	Olumsuz	60,33 ± 17,10	4,01 ± ,89	4,05 ± ,91	3,80 ± ,91 <sup>b</sup>	3,82 ± ,89	3,74 ± ,98	3,86 ± ,81 <sup>b</sup>
<b>Test Değeri</b>		F: 1,413 p: ,241	F: 1,676 p: ,174	F: 1,278 p: ,284	F: 3,537 p: <b>,016*</b>	F: 2,460 p: ,065	F: 2,385 p: ,071	F: 2,850 p: <b>,039*</b>
<b>İlaçlara bağlı sağlık sorunları yaşamaya başladım</b>								
<b>Evet</b>	Olumlu	64,00 ± 26,00	3,22 ± 2,04	3,56 ± 2,22	3,33 ± 2,08 <sup>ab</sup>	3,33 ± 2,08	3,27 ± 2,05 <sup>ab</sup>	3,33 ± 2,08 <sup>b</sup>
	Olumsuz	64,32 ± 4,83	4,35 ± 1,63	4,21 ± 1,76	4,10 ± 1,22 <sup>ab</sup>	4,02 ± 1,15	3,79 ± 1,24 <sup>ab</sup>	4,06 ± 1,23
<b>Hayır</b>	Olumlu	59,12 ± 18,34	4,00 ± 1,15	4,03 ± 1,04	3,80 ± ,97 <sup>b</sup>	3,86 ± ,89 <sup>b</sup>	3,73 ± 1,03 <sup>b</sup>	3,86 ± ,89 <sup>b</sup>
	Olumsuz	68,20 ± 13,29	4,57 ± ,70	4,63 ± ,60	4,43 ± ,52 <sup>a</sup>	4,39 ± ,51 <sup>a</sup>	4,34 ± ,73 <sup>a</sup>	4,45 ± ,49 <sup>ab</sup>
<b>Test Değeri</b>		F: 2,164 p: ,094	F: 2,432 p: ,067	F: 2,170 p: ,094	F: 3,517 p: <b>,017*</b>	F: 2,816 p: <b>,041*</b>	F: 2,694 p: <b>,048*</b>	F: 3,388 p: <b>,020*</b>

F: Tek-Yönlü Varyans analizi, \*:<0,05; \*\*:<0,01; \*\*\*:<0,001. Ortalama ± Standart Sapma Ortak harfi olmayan ortalamalar arasında fark vardır (p<0,05)

Bireylerin hastalıkları nedeniyle alışkanlıklarında meydana gelen değişimlerin, kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeğinin alt boyutları ile kıyaslamaları incelendiğinde; hasta katılımı, karar verme desteği, amaç belirleme/rehberlik, problem çözme, izlem koordinasyon ve toplam ölçek değişkenleri ile fiziksel aktivitemi arttırdım değişkeni arasında istatistiksel olarak ilişki saptanmadı ( $F=0,269$   $p=0.848$ ).

Bireylerin hastalıkları nedeniyle alışkanlıklarında meydana gelen değişimlerin, kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeğinin alt boyutları ile kıyaslamaları incelendiğinde; amaç belirleme/rehberlik ( $F=3,537$   $p=0.016$ ) ve toplam ölçek ( $F=2,850$   $p=0.039$ ) değişkenleri ile kilo vermek için beslenme alışkanlığım değiştirdim değişkeni arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlılık tespit edildi.

İlaç sayım arttı değişkeni ile kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeğinin alt boyutları kıyaslandığında; amaç belirleme/rehberlik ( $F=3,537$   $p=0.016$ ) ve toplam ölçek ( $F=2,850$   $p=0.039$ ) puanı arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlılık tespit edildi.

İlaçlara bağlı olarak sağlık sorunları yaşamaya başladım değişkeni ile kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeğinin alt boyutları kıyaslandığında; amaç belirleme/rehberlik ( $F=3,517$   $p=0.017$ ), problem çözme ( $F=2,816$   $p=0.041$ ), izlem koordinasyon ( $F=2,694$   $p=0.048$ ) ve toplam ölçek ( $F=3,388$   $p=0.020$ ) değişkenleri ile tuz kullanımını azalttım değişkeni arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlılık tespit edildi.

**Tablo 4.2.8. Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre KHBDÖ-h Toplam Puan ve Alt Boyutları ile KİÖİ-Y Puanlarının İncelenmesi**

Kronik hastalık değerlendirme ölçeği X±SS	Hasta katılımı	Karar verme desteği	Amaç belirleme/ Rehberlik	Problem Çözme	İzlem/ Koordin.	Toplam Ölçek	KİÖİ-Y toplam
<b>Kaç yıldır bu hastalıklarınız var?</b>							
10 yıl altı	4.12±1.20	4.13±1.14	3.92±0.99	3.96±0.91	3.82±1.05	3.96±0.93	63,56±14,62
10 yıl üstü	3.68±1.18	3.98±1.12	3.68±1.10	3.99±0.98	3.4±0.96	3.88±0.93	57,37±17,49
<b>Test değeri</b>	0.940	0.091	0.310	0.751	0.454	0.387	<b>0.014</b>
<b>Günde kaç çeşit ilaç kullanıyorsunuz?</b>							
4 ve Altı	4.12±1.22	4.13±1.15	3.91±0.99	1.96±0.91	2.82±1.05	1.96±0.88	60,94±16,14
5 ve Üstü	3.65±1.21	3.24±1.09	3.44±1.14	1.52±0.90	1.43±1.02	1.22±0.84	58, 63±17,95
<b>Test değeri</b>	<b>0.001*</b>	<b>0.004*</b>	<b>0.001*</b>	<b>0.001*</b>	<b>0.005*</b>	<b>0.001*</b>	0.650
<b>Günde kaç tane ilaç içiyorsunuz?</b>							
4 ve Altı	2.12±1.21	2.13±1.13	3.11±0.91	3.25±0.94	3.41±1.0	3.65±0.95	60,13±15,99
5 ve Üstü	2.54±1.19	2.01±1.11	2.95±0.98	3.28±0.96	3.45±1.11	3.57±0.91	62,75±16,94
<b>Test değeri</b>	0.380	<b>0.039*</b>	<b>0.036*</b>	0.557	0.249	0.111	0.372
<b>İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?</b>							
Her zaman	2.12 <sup>a</sup> ±1.20	2.13±1.10	2.92 <sup>a</sup> ±0.95	2.96 <sup>a</sup> ±0.90	2.82 <sup>a</sup> ±1.11	2.96 <sup>a</sup> ±0.90	61,61±16,05
Bazen	2.78 <sup>b</sup> ±1.21	2.11±1.09	2.45 <sup>b</sup> ±0.98	2.69 <sup>b</sup> ±0.93	2.41 <sup>b</sup> ±1.12	3.11 <sup>a</sup> ±0.88	59,64±16,77
Nadiren	2.84 <sup>b</sup> ±1.24	2.14±1.06	2.59 <sup>b</sup> ±0.87	2.57 <sup>b</sup> ±0.90	2.49 <sup>b</sup> ±1.16	2.36 <sup>b</sup> ±0.93	61,77±13,17
Hiçbir zaman	2.81 <sup>b</sup> ±1.22	2.19±1.05	2.57 <sup>b</sup> ±0.96	2.59 <sup>b</sup> ±0.91	2.36 <sup>b</sup> ±1.12	2.45 <sup>b</sup> ±0.95	47,00±22,60
<b>Test değeri</b>	<b>0.016*</b>	<b>0.050</b>	<b>0.038*</b>	<b>0.024*</b>	<b>0.015*</b>	<b>0.011*</b>	0.441
<b>Son 6 ay içinde kronik hastalığınız nedeniyle hastaneye kaç kez yattınız?</b>							
1	4.11 <sup>a</sup> ±1.22	4.12 <sup>a</sup> ±1.12	3.94 <sup>a</sup> ±1.99	3.98 <sup>a</sup> ±0.91	3.85±1.06	3.96 <sup>a</sup> ±0.98	63,54±13,40
2	3.25 <sup>b</sup> ±1.14	2.84 <sup>b</sup> ±0.99	3.90 <sup>a</sup> ±1.85	3.93 <sup>a</sup> ±0.93	3.82±1.09	2.65 <sup>b</sup> ±0.92	63,68±15,35
3 ve üzeri	3.36 <sup>b</sup> ±1.17	2.97 <sup>b</sup> ±0.96	2.38 <sup>b</sup> ±0.99	2.77 <sup>b</sup> ±0.95	3.93±1.08	2.77 <sup>b</sup> ±0.91	51,58±18,02
<b>Test değeri</b>	<b>0.040*</b>	<b>0.030*</b>	<b>0.037*</b>	<b>0.037*</b>	0.207	<b>0.034*</b>	0.068
<b>Hastalığınızı takip eden doktorunuz var mı?</b>							
Evet	4.25±1.17	4.25±1.14	4.03±0.96	4.03±0.90	3.93±1.02	4.07±0.90	60.86±22.30
Hayır	3.56±1.18	3.67±1.06	3.46±1.05	3.61±0.96	3.37±1.12	3.51±0.97	63.10±16.13
<b>Test değeri</b>	<b>0.004*</b>	<b>0.010*</b>	<b>0.004*</b>	<b>0.022*</b>	<b>0.008*</b>	<b>0.003*</b>	0.524

**Tablo 4.2.8. Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre KHBDÖ-h Toplam Puan ve Alt Boyutları ile KİÖİ-Y Puanlarının İncelenmesi ( Tablo 4.2.8'in Devamı)**

<b>Son 6 ay içinde kronik hastalığınız sebebiyle acil servise kaç kez başvurduunuz?</b>							
1 kez	3.12±1.23	3.13±1.12	2.92±0.96	2.96±0.98	2.82±1.85	2.96±0.88	63,23±14,00
2 ve üstü	3.10±1.22	3.11±1.09	2.99±0.98	2.90±0.93	2.88±1.76	2.87±0.89	60,97±14,69
<b>Test değeri</b>	0.143	0.668	0.356	0.320	0.208	0.355	0.570

\*;<0,05; \*\*;<0,01; \*\*\*;<0,001. Ortak harfi olmayan ortalamalar arasında fark vardır (p<0,05)

Kronik hastalığı bulunan bireylerin hastalık yılları ile KHBDÖ-h toplam puan ve alt boyutlarının tamamında istatistiksel olarak bir ilişki görülmedi ( $p>0,05$ ). KİÖİ- Y toplam puan ile hastalık yılı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ( $p<0,05$ ).

Bireylerin günde kullandığı ilaç çeşitleri ile KHBDÖ-h toplam puan ve alt boyutlarının tamamında istatistiksel olarak bir ilişki saptandı ( $p<0,05$ ). Günde 4 ve altı ilaç kullananların hasta katılımı, karar verme desteği, amaç belirleme/rehberlik, problem çözme ile izlem/koordinasyon durumları günlük 5 ve üstü ilaç kullanan bireylere oranla daha çok KHBDÖ-h katılmaktadır.

Hastaların bireysel özelliklerine göre KHBDÖ-h toplam puan ve alt boyutları ile KİÖİ-Y puanlarının incelendiği tabloda günlük ilaç kullanımı 4 ve altı olan kişilerin, ilaç kullanımı 5 ve üstü olan bireylere oranla KHBDÖ-h alt boyutlarından karar verme desteği ( $p=0.039$ ) ve amaç belirleme/ rehberlik ( $p=0.036$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ( $p<0,05$ ).

Bireylerin ilaçlarını düzenli kullanma durumları ile KHBDÖ-h toplam puan ve alt boyutlarının tamamı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ( $p<0,05$ ). Farkın kaynağını belirlemek için yapılan ileri analizler sonucunda da farkın bütün alt boyutlar için her zaman düzenli ilaç kullananların bazen, nadiren ve hiç düzenli kullanmayanlara göre daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edildi.

Bireylerin son 6 ay içerisinde kronik hastalıkları nedeniyle hastaneye yatma durumları ile KHBDÖ-h toplam puan ve alt boyutları incelendiğinde; hasta katılımı ( $p:0.040$ ), karar verme desteği ( $p:0.030$ ), amaç belirleme/rehberlik ( $p:0.37$ ), problem çözme ( $p:0.37$ ) ve toplam ölçek puanı ( $0.034$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ( $p<0,05$ ). Farkın kaynağını belirlemek için yapılan ileri analizler sonucunda da farkın bütün alt boyutlar için son 6 ay içerisinde hastaneye 1 kez yatan kişilerin 2,3 ve üzeri yatan kişilere oranla daha çok kronik hastalık bakımına katıldığı görüldü.

Bireylerin son 6 ay içerisinde kronik hastalıkları nedeniyle acil servise başvuru yapma durumları ile KHBDÖ-h ile KİÖİ-Y toplam puan ve alt boyutları tamamı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Bireylerin hastalıklarını takip eden doktorun bulunma durumları ile KHBDÖ-h toplam puan ve alt boyutlarının tamamı arasında istatistiksel olarak anlamlı

bir ilişki saptandı ( $p<0,05$ ). Kronik hastalığını takip eden bir doktorun olma durumu, takip eden doktoru olmayan kişilere oranla daha çok KHBDÖ-h katılmaktadır.

### 4.3. KİÖİ-Y ile KHBDÖ-h ölçeklerinin analizleri

**Tablo 4.3.1: KİÖİ-Y ve KHBDÖ-h Ölçeklerinin Korelasyon Analizleri**

		KHBDÖ -h	KİÖİ-Y Toplam Puan	Hasta Katılımı	Karar Verme Desteği	Amaç Belirleme Rehberlik	Problem Çözme	İzlem Koordinasyon
<b>KİÖİ-Y Toplam Puan</b>	r	<b>0,141</b>						
	p	0,070						
<b>Hasta Katılımı</b>	r	0,117	<b>0,373</b>					
	p	0,136	0,000***					
<b>Karar Verme Desteği</b>	r	0,133	0,416	<b>0,857</b>				
	p	0,087	0,000***	0,000***				
<b>Amaç Belirleme/Rehberlik</b>	r	0,253	0,381	0,784	<b>0,818</b>			
	p	0,001**	0,000***	0,000***	0,000***			
<b>Problem Çözme</b>	r	0,114	0,353	0,620	0,633	<b>0,754</b>		
	p	0,144	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***		
<b>İzlem/koordinasyon</b>	r	0,270	0,362	0,679	0,670	0,826	<b>0,787</b>	
	p	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	0,000***	
<b>Toplam Ölçek</b>	r	0,212	0,420	0,869	0,877	0,945	0,852	<b>0,907</b>
	p	,006	,000	,000	,000	,000	,000	,000

r: Pearson korelasyon katsayısı  
\*:<0,05; \*\*:<0,01; \*\*\*:<0,001

Tabloda ki korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde Kişisel İyi Oluş ölçeği ile kronik hastalık bakım değerlendirme ölçek boyutlarının hepsinde pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptandı. Kronik hastalık bakım değerlendirme ölçek boyutlarının arasındaki en güçlü ilişki ( $r=0,857$ ) hasta katılımı ile karar verme desteği arasında iken, en zayıf ilişki ( $r=0,620$ ) problem çözme ile hasta katılımı arasındadır. Bu sonuçlar: hasta katılımı ile amaç karar verme desteği arasında ve problem çözme ile hasta katılımı arasında yüksek korelasyon olduğu saptandı.

Kişisel İyi Oluş ölçeği ile kronik hastalık bakım değerlendirme ölçek boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde en güçlü ilişki ( $r=0,416$ ) karar verme desteği arasında iken en zayıf ilişki ( $r=0,353$ ) problem çözme boyutu arasında olduğu tespit edildi. Bu sonuçlar, Kişisel İyi Oluş ölçeği ile karar verme desteği boyutu ve problem çözme boyutu arasında da orta şiddetli korelasyon olduğu tespit edildi.

Kişisel İyi Oluş ölçeği ile kronik hastalık bakım değerlendirme toplam ölçek puanları incelendiğinde ( $r=0,420$ ) orta şiddette korelasyon saptandı.



**Tablo 4.3.2: KİOİ-Y ve KHBDO-h Ölçeklerinin Regresyon Analizleri**

Değişkenler		Model Özeti		Anova		Katsayılar		
Bağımsız	Bağımlı	R <sup>2</sup>	Düzeltilmiş R <sup>2</sup>	F	P	B	t	P
Kişisel İyi Oluş	<b>Hasta Katılımı</b>	0,780	0,779	79,487	<b>0,000</b>	0,883	24,073	<b>0,000</b>
Durbin Watson Testi:1,831								
Kişisel İyi Oluş	<b>Karar Verme Desteği</b>	0,173	0,168	34,186	<b>0,000</b>	0,416	5,847	<b>0,000</b>
Durbin Watson Testi:1,353								
Kişisel İyi Oluş	<b>Amaç Belirleme/ Rehberlik</b>	0,145	0,140	26,667	<b>0,000</b>	0,381	5,260	<b>0,000</b>
Durbin Watson Testi:1,247								
Kişisel İyi Oluş	<b>Problem Çözme</b>	0,127	0,122	23,695	<b>0,000</b>	0,356	4,868	<b>0,000</b>
Durbin Watson Testi:1,420								
Kişisel İyi Oluş	<b>İzlem/ Koordinasyon</b>	0,131	0,126	24,575	<b>0,000</b>	0,362	4,957	<b>0,000</b>
Durbin Watson Testi:1,340								

Kişisel İyi Oluşun, kronik hastalık bakım değerlendirme boyutlarından hastalık katılımı boyutunu ne ölçüde etkilediğine dair sonuçlara yer verilmiştir. Buna göre, Kişisel İyi Oluş ölçeği, hastalık katılımı değişkenine ait varyansı %78 oranında açıklamaktadır. Başka bir ifadeyle, hastalık katılımı boyutunun hastalar üzerindeki etkisi %78 oranında Kişisel İyi Oluş faktörüne bağlı olarak şekillenmektedir. Hastalık katılımı boyutu, Kişisel İyi Oluş ölçeğinden pozitif yönde etkilenmektedir ( $p<0,01$ ). Kişisel İyi Oluşun, kronik hastalık bakım değerlendirme boyutlarından hastalık katılımı boyutu ile anlamlı bir ilişkisinin olduğu tespit edildi.

Kişisel İyi Oluşun, kronik hastalık bakım değerlendirme boyutlarından karar verme desteği boyutuna göre, Kişisel İyi Oluş ölçeği, karar verme desteği değişkenine ait varyansı %17,3 oranındadır. Karar verme desteği boyutunun hastalar üzerindeki etkisi %17,3 oranında Kişisel İyi Oluş faktörüne bağlı olarak şekillenmektedir. Karar verme desteği boyutu, Kişisel İyi Oluş ölçeğinden pozitif yönde etkilenmektedir ( $p<0,01$ ). Bu sonuçlara göre Kişisel İyi Oluşun, karar verme desteği boyutu üzerinde etkisinin olduğu saptandı.

Kişisel İyi Oluşun, kronik hastalık bakım değerlendirme boyutlarından amaç belirleme/rehberlik boyutuna göre, Kişisel İyi Oluş ölçeği, amaç belirleme/rehberlik

değişkenine ait varyansı %14,5 oranında açıklamaktadır. Başka bir ifadeyle, amaç belirleme/rehberlik boyutunun hastalar üzerindeki etkisi %14,5 oranında Kişisel İyi Oluş faktörüne bağlı olduğu bulundu. Amaç belirleme/rehberlik boyutu, Kişisel İyi Oluş ölçeğinden pozitif yönde etkilenmektedir ( $p<0,01$ ). Kişisel İyi Oluşun, kronik hastalık bakım değerlendirme boyutlarından amaç belirleme/rehberlik boyutu ile anlamlı bir ilişkisinin olduğu tespit edildi.

Kişisel İyi Oluşun, kronik hastalık bakım değerlendirme boyutlarından problem çözme boyutuna göre, Kişisel İyi Oluş ölçeği, problem çözme değişkenine ait varyansı %12,7 oranında açıklamaktadır. Başka bir ifadeyle, problem çözme boyutunun hastalar üzerindeki etkisi %12,7 oranında Kişisel İyi Oluş faktörüne bağlı olarak şekillenmektedir. Problem çözme boyutu, Kişisel İyi Oluş ölçeğinden pozitif yönde etkilenmektedir ( $p<0,01$ ). Kişisel İyi Oluşun, kronik hastalık bakım değerlendirme boyutlarından problem çözme boyutu ile anlamlı bir ilişkisinin olduğu tespit edildi.

Kişisel İyi Oluşun, kronik hastalık bakım değerlendirme boyutlarından izlem ve koordinasyon boyutuna göre, Kişisel İyi Oluş ölçeği, izlem/koordinasyon değişkenine ait varyansı %13,1 oranında açıklamaktadır. Başka bir ifadeyle, izlem/koordinasyon boyutunun hastalar üzerindeki etkisi %13,1 oranında Kişisel İyi Oluş faktörüne bağlı olarak şekillenmektedir. İzlem/koordinasyon boyutu, Kişisel İyi Oluş ölçeğinden pozitif yönde etkilenmektedir ( $p<0,01$ ). Kişisel İyi Oluşun, kronik hastalık bakım değerlendirme boyutlarından izlem ve koordinasyon boyutu ile anlamlı bir ilişkisinin olduğu tespit edildi.

## 5.TARTIŞMA ve SONUÇ

Dünya’da ve Türkiye’de beklenen yaşam süresinin uzaması nüfusun giderek yaşlanmasına yol açıp kronik hastalıkların yaygınlaşmasına ve hastalık yükünün artışına yol açmıştır (Hancerlioğlu, 2014). Bu yüzden kronik hastalıklarda sunulan sağlık hizmetlerinin maliyetinin düşürülmesi ve kalitesinin artırılması için planlamalar yapmak gerekmektedir. Kronik hastalıklar bakım ve yönetimi zor olan hastalıklardır. Çünkü bu hastalıkların fiziksel, sosyal ve psikolojik etkileri bireylerin hastalığa uyumunu ve tıbbi sürece hazır olmalarını da etkilemektedir. Sahip olunan kronik hastalıklara bağlı farklı sorunlar yaşanmakta ve farklı ekilenimler olmaktadır. Bu yüzden sorunların çözümünde bireylere sunulan sağlık hizmetlerinin kişisel olarak nasıl algılandığı önemlidir. Bireyin sunulan sağlık hizmetini algılanış şekli yaşam kalitesini olumlu veya olumsuz etkilemektedir. Bu yüzden sunulan sağlık hizmetlerinin bireysel olarak nasıl algılandığı ve memnuniyet etkileri değerlendirilmelidir. Bu sayede hastalara sunulacak sağlık hizmetleri geliştirilebilir, gerekiyorsa da değiştirilir. Kişilerin kendi sağlık durumlarını nasıl değerlendiği ile öznel iyi oluş arasında doğrusal bir ilişki olduğu ifade edilmektedir.

İyilik hali veya iyi oluş kavramı akıl, ruh ve bedenin birlikte bir bütün olması, bedensel işleyiş açısından birbirini tamamlaması ve böylece sağlıklı bir birey ve iyi olma durumunun sağlanmasıdır (Ağaoğlu, 2012; Memnun, 2006).

DSÖ (2018) verilerine göre Türkiye’de 2016 yılında toplam 455 bin ölüm meydana gelmiş bunların yaklaşık %89’u BOH nedeniyle olmuştur. BOH nedenli ölümlerin çoğunluğu kardiyovasküler hastalıklar (%34) oluştururken, bunu kanser (%23), kronik hava yolu hastalıkları (%7), diyabet (%5) takip etmiştir.

### 5.1. Hastaların Bireysel Özelliklerine Ait Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılan bireylerin bulguları incelendiğinde (Tablo 4.1.1) %57,6’sı kadın %42,4’ü erkek olmak üzere toplam 165 kişi katılmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalamalarına baktığımızda %13,9’u 45 yaş ve altında, %36,4’ü 46-65 yaş aralığında ve %49,7’si 65 yaş üstüdür. Çalışmaya katılanların %57,6’sı kadın, %42,4’ü ise erkektir. Yapılan birçok çalışmada kadın bireylerde kronik hastalık vakalarının genellikle erkeklere göre daha fazla olduğu gösterilmiştir. Bu farklılığın nedeni olarak genellikle erkek ve kadın bireylerde günlük yaşamlarındaki hareketsizlik

farkının önemli bir faktör olabileceği belirtilmektedir (Gill, 2003; Kim, 2011). Kronik hastalık dağılımları cinsiyete göre ve hastalıkların çeşidine göre farklılık göstermekte (KOAHA hastalığı erkeklerde kadınlara oranla fazla görülürken, kansızlık kadınlarda daha fazla görülmekte) (TUİK,2018) fakat çalışmaya baktığımızda kadınların sayısı ve genel yaş ortalaması literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Acar, 2011; Kaya, 2020).

Tablo 4.1.1'e göre çalışmaya katılan bireylerin, medeni durumlarına bakıldığında %74,5'inin evli, %12,7'sinin bekâr/ayrılmış ve %12,7'sini diğer grupta olduğu görülmektedir. Bireylerin %64,2'sinin çekirdek aileye sahip olduğu, %30,9'unun ise geniş aileye sahip olduğu görülmektedir. Gelir durumuna bakıldığında %70,9'unun orta, %24,2'sinin iyi olduğu görülmektedir. Çalışmada bulunan hastaların ekonomik durumunun ortalaması ortanın üzeri olduğu, medeni durumlarının büyük oranda evli, ortalama üstünde çekirdek aileye sahip olduğu görülmektedir. Kronik hastalıklarla alakalı yapılan diğer çalışmalarda da demografik veriler bizim çalışmamızla uyum göstermektedir (Bora, & Baysan, 2009; Göklü, 2019; Tünerir, 2019).

Tablo 4.1.1'e göre çalışmaya katılan bireylerin, ailelerinde bakıma katkıda bulunanların oranı %73,3'ü bakıma katılan bir aile üyesi olduğunu %26,7'sinin ise bakımına katkıda bulunan biri olmadığı görülmektedir. Yapılan çalışmalarda ise kronik rahatsızlığı olan yaşlıların %5-10'u başkalarının yardımına ihtiyaç duyduğunu geri kalan büyük bir bölümü ise kendi evlerinde bağımsız olarak yaşlanma arzusu ile kendi kendine yeterli durumda olduğunu belirtmektedir (Huang, 2015; McGarry, 2000). İncirkuş ve Nahcivan (2015) 'ın çalışmasında ise; Kronik hastalığı bulunan bireye aile üyelerinin desteği çok önem arz etmekte ve kişinin iyi oluşluk seviyesini, tedaviye uyumunu, hastalık kabulünü gibi birçok faktörde olumlu etkileri olduğu görülmektedir.

Tablo 4.1.2'ye bakıldığında çalışmaya katılan bireylerin kliniğe ait değişenlerin incelendiğinde, bireylerin en fazla diyabet %44,2, hipertansiyon %29,1, koroner kalp hastalıkları %23,0 ve astım %12,7'sinin tanı aldığı görülmektedir. Kronik hastalık tanısı alanların %71,5'inin 10 yılın altında, %28,5'inin 10 yıl üstünde hastalıkları ile yaşadıklarını belirtmişlerdir. Dönmez Ak (2017) 'ın yaptığı çalışmada ise kronik hastalık tanısı alanların %41,7 si 10 yılın üstünde %38,3 ise 6- 10 yıl arasında ve %20'si 1-5 yıldır kronik hastalık ile yaşamlarını sürdürmektedir. Benzer

sonuçlara sahip diğer bir çalışmada kadın ve erkek bireylerde ortak olarak en çok görülen kronik hastalıklar artrit, hipertansiyon ve osteoporoz olarak gösterilmektedir (Kim, 2011). Bu sonuçlar göstermekteki bireylerin kronik hastalıkları artık hayatlarının bir parçası olduğu uzun süre hastalıklarla uyum içerisinde yaşamaları gerektiğini göstermektedir.

Tablo 4.1.2'ye göre çalışmaya katılan bireylerin kronik hastalıklarına bağlı ilaç kullanımları incelendiğinde, ortalama günde 1 veya 2 çeşit ilaç içen kişilerin sayısının fazla olduğu (%57), günde içilen ilaç sayısının ise %84,8 oranında 5 ve altında ilaç olduğu görüldü. Bunun yanı sıra hastaların ilaçlarını %63,6 oranında düzenli kullandığı tespit edildi. Çalışmamıza benzer şekilde, literatürde 3 ve daha fazla kronik hastalığı olan bireylerde (%36,1) kullanılan ilaç tüketiminin daha az kronik hastalığa sahip kişilere göre yükseldiği gösterilmektedir (American Journal of Public Health, 1997). Bu bulgular sonucunda hastaların ilaç uyumlarının iyi olduğu fakat kullanılan ilaç sayısının ortalamanın üzerinde olduğu görülmektedir.

Tablo 4.1.2'ye göre çalışmaya katılan bireylerin hastane öykülerine baktığımızda, son 6 ay içerisinde kronik hastalığı nedeniyle hastaneye yatan sayılarının %55,3 olduğu ve %31,5'inin en az 1 kez hastaneye yatış yapıldığı görülmüştür. Kronik hastalıklar, uzun süreli hastaneye yatış gerektiren bir durum olduğundan sağlık hizmetleri maliyetinin önemli bir kısmını oluştururlar ve aynı zamanda buna bağlı olarak iş kaybına da neden olmaktadır (Anderson, 2019; Raghupathi, 2018). Kronik hastalığı bulunan bireylerin hastaneye yatış sayılarının belli bir düzeyde olması gerektiği, fazla başvuruların özellikle hastane enfeksiyonları açısından risk yaratacağı için bireylerin hastalıklarına uyumun ve dikkatin yüksek olması gerekmektedir (Aktürk, 2019).

Tablo 4.1.2'ye göre kronik hastalığı bulunan bireylerin özellikle son 6 ay içerisinde acil başvuru sıklıklarının yüksek olduğu (%46,1) ve 2'nin üzerinde bir başvuru sıklığı görülmektedir. Acil servislere başvurularda özellikle kronik hastalığı bulunan bireylerin servis iş yoğunluğunu arttırdığı, bunun yanı sıra acilde kalma sürelerinin uzun olduğu ve acillerde yoğunlukların artmasına neden olduğu görülmektedir (Coleman, 2001).

Tablo 4.1.3'e göre çalışmaya katılan bireylerin hastalığına ilişkin değişkenlere bakıldığında, hastalık tanısı aldıktan sonra bireylerin sigara içmeyi bırakanların olumlu yönde %60,4, alkol bırakanların %55,9'unun olumlu yönde etkilendiği görüldü. Bunun dışında fiziksel aktivitesini artıranların %66,7'sinin olumlu yönde, şeker alışkanlığını bırakanların %57,6'sının olumlu yönde, karbonhidrat ağırlıklı beslenmeyi bırakanların %55,2'sinin olumlu yönde, yağ kullanımını azaltanların %64,8'inin olumlu yönde, tuzu alışkanlığını bırakanların %72,1'i olumlu yönde, sebze ağırlıklı beslenmenin %67,9'unun olumlu yönde etkilendiklerini belirtmişlerdir. Yapılan bir çalışmada ise kronik hastalığa yakalanan insanların çoğunluğunda kronik hastalığa bağlı olarak fiziksel aktivitelerinde değişme olmadığı veya azalma olduğu, alkol tüketiminin hastalığa bağlı olarak değişmediği (kanser vs.) veya azaldığı (diyabet vb.), sigara alışkanlığının ise akciğer kanseri ve kalp yetmezliği gibi kronik hastalıklarda epey düştüğü belirtilmektedir (Newsom, 2011).

Tablo 4.1.3'e göre kronik hastalık nedeniyle kilo vermek için beslenme alışkanlığını değiştirenlerin %49,7'si, ilaç kullanım sayısının %49,7'sinin artmadığı ve ilaçlara bağlı sağlık sorunları yaşamaya başlayanların %69,7'sinin hayır-olumlu cevabı verdiği görülmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda kronik hastalığı bulunan bireylerin özellikle beslenme alışkanlıklarının değiştirmeye uyumlu oldukları ve olumlu geri bildirim aldığı görülmektedir.

## **5.2. Hastaların Kronik Hastalık Özelliğine Göre KHBDÖ-h Toplam Puan ve Alt Boyutları ile KİÖİ-Y Puanlarının Tartışılması**

Tablo 4.2.1'e göre çalışmaya katılan bireylerin Kişisel İyi Oluş durumlarının incelenmesi amacıyla, Kişisel İyi Oluş İndeks-Yetişkin Türkçe Formu (KİÖİ-Y) kullanıldı. KİÖİ-Y ölçeğine göre ortalama puanımız  $60,78 \pm 16,22$  olarak hesaplanmıştır. Meral (2014) KİÖİ-Y formunun Türkiye'deki yetişkin örneklem üzerinden psikometrik özelliklerinin incelenmesinde ise iç tutarlık katsayısının 0,86 olarak hesaplamıştır. Ölçeğin iç güvenilirlik sayısı Türk örneklemelerinde yapılan çalışmayla benzerlik göstermektedir. Smyth, Nielsen ve Zhai (2010) tarafından Çin'de kentsel örneklem üzerinden yapılan araştırmaya göre Cronbach iç tutarlık katsayısı 0.81 olarak hesaplanmıştır. Hollanda örneğinde ise Cronbach's alfa iç tutarlık katsayısı 0.86 hesaplanmıştır (Van Beuningen, & De Jonge, 2011). Bu indeks puanı Batı Avrupa ve ABD örneklemelerine göre bakıldığında 70-80 (norm puan) aralığına göre dengeli (homeostasis) bir Kişisel İyi Oluş durumunu göstermektedir

(McGillivray, Lau, Cummins & Davey, 2009). Kronik hastalık bakımının değerlendirilmesi amacıyla Hastaların KHBDÖ-h Ölçeği-Hasta Formu kullanıldı. KHBDÖ-h ölçeğine göre ortalama puan  $3,97 \pm 0,94$  olarak hesaplanmıştır. Ölçek puanlarındaki artış, kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları bakımdan memnuniyetlerinin yüksek ve kronik hastalık yönetiminin yeterli olduğunu gösterir (Rosemann at all, 2007; İncirkuş, & Nahcivan, 2011).

KHBDÖ-h ölçeğinin alt boyutlarında bulunan maddelerin istatistiklerine baktığımızda (Tablo 4.2.1), hasta katılımının ortalama  $4,12 \pm 1,20$ , karar verme desteğinin ortalama  $4,14 \pm 1,14$ , amaç belirleme/rehberlik ortalama  $3,92 \pm 1,00$ , problem çözme ortalama  $3,95 \pm 0,92$ , izlem koordinasyon ortalama  $3,82 \pm 1,05$  ve toplam ölçeğin ortalaması  $3,97 \pm 0,94$  olarak tespit edildi. Bu bulgular literatürde KHBDÖ-h ölçeğinin kullanıldığı diğer çalışmaların puanları ile yakınlık göstermektedir (Özlük, 2016). Ölçek puanına bakıldığında en fazla puanı karar verme desteğinin aldığı görülmekte ardından hasta katılımı gelmektedir (İncirkuş, 2010). Özlük (2016)'ün tez çalışmasında da ölçek alt boyut puanlarına bakıldığında en fazla karar verme desteği ve hasta katılımı alt boyutlarının ortalamasının yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2.2'ye göre çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik değişkenlere göre KİÖİ-Y puanının karşılaştırıldığında, cinsiyet durumları ile Kişisel İyi Oluş durumu arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir. Literatürdeki diğer araştırmalara baktığımızda iyi oluş durumları ile cinsiyet arasında bir ilişkinin olmadığı görülmüştür (Compton, & Hoffman, 2013; Diener, & Ryan, 2009; Kaya, 2020). Farklı örneklem türü olan üniversite öğrencilerinin iyi oluş durumları ile cinsiyetlerinin incelendiği çalışmalarda çalışmanın bulguları desteklenmiştir (Kermen, & Sarı, 2014; Şahin, 2011; Topuz, 2013).

Tablo 4.2.2'ye göre çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik değişkenlerine göre KHBDÖ-h incelendiğinde, cinsiyet ile karar verme desteği alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi. Kadınların erkeklere oranla daha fazla kronik hastalık bakımında karar verme desteği alt boyutuna katıldığı görülmektedir.

Çalışmada cinsiyet ile KHBDÖ-h ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel bir anlamlılık tespit edilmedi. Kadın veya erkek olmanın kronik hastalık bakımını değerlendirmede anlamlılık görülmeyen birçok çalışmada bu çalışmanın sonuçlarını desteklemektedir (Ay, & Arpacı, 2017; Bayrak, Yıldırım, Oğuz, Sağaltıcı, Doğanay, Özdemir & E , 2019; Huzur, 2018; Kaya, İçen, Uğuz, Şimşek, Akman & Akturan , 2013;). Desteklenen bu çalışmalar sonucunda cinsiyet faktörünün kronik hastalık bakımının değerlendirilmesinde anlamlı bir faktör olmadığı sonucu söylenebilir. Özlük (2016)'ün diyabet hastaları üzerine yaptığı çalışmada cinsiyete göre hastaların cinsiyeti ile kronik hastalık alt boyutları ve toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık tespit etmediği yazmaktadır. Akan (2019)'ın tez çalışmasında da diyabet hastalarında cinsiyet durumu ile kronik hastalık bakımını değerlendirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır. Yine KOAH hastalarında yapılan bir çalışmada da benzer sonuçların elde edildiği, cinsiyetin kronik hastalık bakımını değerlendirme durumunu etkilemediği saptanmıştır (Üstünova & Nahcivan, 2015).

Tablo 4.2.2'e göre çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik değişkenlerine göre KHBDÖ-h incelendiğinde, yaş dağılımlarına ile amaç belirleme, izlem koordinasyon alt boyutları ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel anlamlılık tespit edildi. İncirkuş (2010)'un çalışmasında yaş grupları ile kronik hastalık bakımı arasında anlamlılık tespit edilmiştir. Bayrak ve ark. (2019) özellikle kalp yetmezliği olan hastalar üzerinde yaptığı çalışma da 70 yaş ve üzerindeki hastaların diğer yaş gruplarına göre daha fazla öz bakım yetersizliklerinin olduğu tespit edildi. Bu bulgular doğrultusunda kronik hastalığı olan bireylerin yaşları arttıkça daha çok bakıma ihtiyacı olduğu ve bakım değerlendirmelerine daha çok katıldıkları görülmüştür.

Üstünova ve Nahcivan (2015)'in KOAH'lı bireyler üzerine yaptığı çalışmasında bu çalışma ile aynı yaş gruplama yapılmış fakat yaş ile kronik hastalık bakımı değerlendirme durumları arasında istatistiksel bir anlamlılık görülmemiştir. Bunun nedeni sadece KOAH'lı bireylerin örneklem de olmasından dolayı olduğu söylenebilir. Buna benzer çalışma ile zıtlık gösteren literatürde çalışmalara rastlandı (Özlük,2016; Ay ve Arpacı, 2017). Yurtdışında Rick ve ark. (2012)'nin yaptığı çalışmada 75 yaş ve üzerindeki kişilerin kronik hastalık değerlendirmelerinin düşük olduğu görüldü. Özellikle hastaların yaşları arttıkça kronik hastalık bakımlarını



değerlendirme durumları da artmakta olduğu görüldü.

Çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik değişkenlerine göre KHBDÖ-h incelendiği, medeni durumları ile KHBDÖ-h alt boyutları ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel anlamlılık tespit edilmemiştir. Literatürde Huzur (2018)'un diyabetli bireyler üzerine yaptığı çalışmada bu çalışmadan farklı olarak bekâr olmanın evli olma durumuna göre hasta bakımı değerlendirme de daha yüksek puana sahip olduğu görüldü.

Tablo 4.2.3'e göre çalışmaya katılan bireylerin ailevi özelliklerin KİÖİ-Y puanının karşılaştırıldığında, aile tipi ile Kişisel İyi Oluş durumu arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Geniş aile ile çekirdek aile yapıları arasındaki farkın Kişisel İyi Oluşu pozitif etki ettiği görüldü.

Tablo 4.2.3'e göre çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik değişkenlere göre KİÖİ-Y puanının karşılaştırıldığında da eğitim durumu ile Kişisel İyi Oluş durumu arasında anlamlı ilişki tespit edildi. Literatürde yapılan çalışmalarda da Kişisel İyi Oluş ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark bulunduğu ve eğitim düzeyinin azalmasının Kişisel İyi Oluşu da azalttığı görüldü. (Bekiroğlu, & Tatar, 2019; Bedir, 2019). Eğitim ve kronik hastalık arasında ilişki ters orantılıdır. Daha yüksek eğitim kazanımının yaygın kronik hastalıkların hipertansiyon, diyabet ve kardiyovasküler hastalıkların daha düşük prevalansı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Eğitim durumunun artmasına bağlı olarak Kişisel iyi oluşun artmasına en iyi örnek, bu insanların kronik hastalığın prognozunu ve bedenlerindeki sinyalleri en iyi yönetmeleri ve daha sağlıklı kararlar almaları iledir (Hayes TO, 2020).

Literatürde bazı çalışmalarda çalışma bulgularından farklı olarak eğitim düzeyi ile Kişisel İyi Oluş durumları arasında ilişkinin olduğu fakat bu durumun tutarsızlık gösterdiği belirtilmiştir. Bu durum bazı insanların zenginlik, eğitim ve sağlık gibi durumlarının iyi olduğu durumlarda, Kişisel iyi oluşun düşük olduğu bazılarında tam tersinin olduğu görülmüştür (Diener, & Ryan, 2009; Seligman, & Csikszentmihalyi, 2000; Şahin, 2011; Şenocak, 2016). Çalışmada eğitim ile Kişisel İyi Oluş durumlarının anlamlı olmasının örneklemin sosyo-ekonomik durumu ve yaş ortalamalarının farklılığından olduğu söylenebilir.

Tablo 4.2.3'e göre çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik değişkenlerine göre KHBDÖ-h incelendiğinde, eğitim düzeyi ile ölçek alt boyutlarının tamamı ve toplam ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edildi. Okuryazar olmanın meslek/lise mezunu olan hastalardan daha yüksek ortalamaya sahip olduğu görüldü. Karabulutlu, Atman ve Yağcı (2015)'in çalışmasında kronik hastalıklı bireylerin bakımında eğitim durumları incelenmiş, eğitim seviyesi arttıkça alt boyutlardan ve toplam puan değerleri yükseldiği görülmüştür. Taggart ve ark. (2011) yurtdışı örnekleminde yapılan çalışmasında da eğitim düzeyinin kronik hastalık bakımını değerlendirme sürecini olumlu yönde etkilediği görülmüştür. Ölmez (2015)'in tip 2 Diyabetüs Mellitüs hastalarında yapmış olduğu tez çalışmasında eğitim durumları ile KHBDÖ-h alt boyut ve toplam ölçek puanı arasında anlamlılık tespit edilmemiştir. Tuncay ve Fertelli (2019)'nin nörolojik hastalığı olan bireylerin üzerine yaptığı çalışmada bu çalışma bulgularından farklı olarak eğitim seviyesi ile kronik hastalık bakımı değerlendirme durumları arasında anlamlılık bulunmadı. Eğitim seviyesinin kronik hastalık bakımı değerlendirme üzerine etkisi olduğu ve eğitim seviyesinin artmasının kronik hastalık bakımı için önemli bir etken olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2.3'e göre çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik değişkenlerine göre KHBDÖ-h incelendiğinde, aile tipi ile ölçek alt boyutlarından amaç belirleme, problem çözme, izlem koordinasyon ve toplam ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edildi. Geniş aile olmanın kronik hastalıklarda amaç belirlemede, problem çözmede ve izlem koordinasyon durumlarına daha çok katıldığı görüldü.

Tablo 4.2.4'te göre çalışmaya katılan bireylerin KİOİ-Y puanının karşılaştırıldığında ailenin gelir durumu ile Kişisel İyi Oluş durumu arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Ailenin gelir durumunun iyi ve orta seviyeleri arasındaki farkın iyi oluş üzerinde de pozitif etkisi olduğu görüldü. Ailenin gelir durumu iyileştikçe Kişisel İyi Oluşun arttığı görüldü ve bunu destekleyen aynı yaş gruplarında yapılmış çalışmalarda da gelir durumunun kişilerin mutluluk ve iyi oluşlarını etkilediği görüldü (Easterlin, 1974; Oishi, Diener, Lucas, & Suh, 1999). Literatüre baktığımızda gelir durumu iyi ve orta olan ailelerin gelir durumu düşük olan ailelere göre Kişisel İyi Oluş durumları daha iyi olduğu söylenmektedir. (Bekiroğlu, & Tatar, 2019; Göklü, 2019).

Ailenin gelir durumunun iyi ve orta seviyeleri arasındaki farkın iyi oluş üzerinde de pozitif etkisi olduğu görüldü. Ailenin gelir durumu iyileştikçe Kişisel İyi Oluşun arttığı görüldü ve bunu destekleyen aynı yaş gruplarında yapılmış çalışmalarda da gelir durumunun kişilerin mutluluk ve iyi oluşlarını etkilediği görüldü (Easterlin, 1974; Oishi at all, 1999). Dost (2004) üniversite öğrencileri üzerine çalışması sonucunda, araştırma bulgularından farklı olarak gelir durumunun artmasının kişilerin mutluluk düzeylerini artırdığı fakat Kişisel İyi Oluşun yaşam şartlarındaki değişmeye bağlı olarak kötü etkilediği belirtildi. Literatüre baktığımızda gelir durumu iyi ve orta olan ailelerin gelir durumu düşük olan ailelere göre Kişisel İyi Oluş durumları daha iyi olduğu söylenmektedir. (Bekiroğlu, & Tatar, 2019; Göklü, 2019).

Çalışmada da gelir durumu ile Kişisel İyi Oluş ilişkisini anlamlı olmasının nedeni örneklemin ailesinin büyük oranda gelir durumunun iyi olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Daha düşük gelir durumu olan örneklerde bu bulgular değişebilir.

Tablo 4.2.4'e göre çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik değişkenlerine göre KHBDÖ-h incelendiğinde, hastaların ailelerinin gelir durumlarına göre hasta katılımı, amaç belirleme ve toplam ölçek puanları arasında istatistiksel anlamlılık tespit edildi. Ailenin gelir durumu arttıkça kronik hastalık bakım değerlendirmelerine katılım düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü. Alan yazına baktığımızda sosyoekonomik durumlarının iyileşmesinin kronik hastalıkların iyileşmesinde ve yönetiminde daha iyi sonuçlar elde ettiği görüldü (Özlük, 2016; Zulfritri, 2019). Kronik hastalıklar ve sosyoekonomik statü arasındaki ilişki birçok çalışmada incelenmiştir. Özellikle daha düşük sosyoekonomik düzeye sahip toplumlarda kronik hastalıkların sayısının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Fakat bu durumun tüm kronik hastalıklar için geçerli olmadığı özellikle sosyoekonomik durumu iyi olan toplumlarda hipertansiyon ve göğüs kanseri gibi kronik hastalıkların daha yaygın olarak bulunduğu rapor edilmektedir (Lai, 2019; Vukovic, 2008)

Demir Doğan ve ark. (2019)' çalışmasına, bu çalışma sonuçlarında farklı olarak çalışma (gelir) durumunun kronik hastalık bakımı değerlendirme sürecine bir etkisi olmadığı görüldü. Sosyoekonomik durumun kronik hastalıklarda bakımın değerlendirilmesinde ve yönetiminde etkili olduğu, hastaların gelir durumlarının da

hastalık yönetiminde dikkate alınması gerektiği belirtilmektedir (Vukovic, 2008).

Tablo 4.2.5'e göre çalışmaya katılan bireylerin sahip olduğu kronik rahatsızlıklar ve KİOİ-Y Puanının karşılaştırıldığında koroner kalp rahatsızlığı, nörolojik hastalığı ve kansızlık şikâyeti olan hastaların Kişisel İyi Oluş düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. Avşaroğlu (2017)'nin çalışmasında sağlık durumlarının iyi olması ve hastalıkların olmayışının Kişisel İyi Oluşun etkilediği görülmüştür. Hefferon ve Boniwel (2014)'in araştırmasında yüksek iyi oluşun faktörlerinden birini de hastalıklara az maruz kalma olarak belirtti. Koroner kalp hastalığı bulunan bireylerin Kişisel İyi Oluş düzeylerinin düşük olduğu bu nedenle tedavilerinde sosyal desteklerinin artırılması gerektiği ve bireylerin hastalığa uyumlarının artırılması gerektiği belirtildi (Çetinkaya, 2019). Kansızlık (anemi) durumunun Kişisel İyi Oluşu olumsuz yönde etkilediği görüldü. Literatürde bu konuda sadece kansızlığın depresyon durumunu etkilediğini gösteren yayına rastlandı (Deveci, 2019). Çalışmada görülen özellikle Kişisel İyi Oluş durumları negatif yönde etkileyen bu hastalıkların daha dikkatli değerlendirilmesi gerektiği öngörülmüştür.

Tablo 4.2.5'e göre çalışmaya katılan bireylerin kliniğe ait değişkenlerine göre KHBDÖ-h incelendiğinde, kronik hastalıklardan psikiyatrik hastalığı, diyabet, KOAH, astım, tiroit hastalığı, KBY, nörolojik hastalık durumları ile kronik hastalık bakım değerlendirme durumları arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık görülmedi.

Tablo 4.2.5'e göre çalışmaya katılan bireylerin kliniğe ait değişkenlerine göre KHBDÖ-h incelendiğinde, tiroit hastalığı, KBY, nörolojik hastalık durumları ile kronik hastalık bakım değerlendirme durumları arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık görülmedi. Kronik hastalığı olan bireylerin uzun bir süre ilaç kullanımı, diyet, egzersiz ve farklı araç gereç kullanma durumları ile hayatlarını sürdürmektedirler. Bu nedenle kronik hastalıklara uyum göstermek ve öz yönetimi sağlamak bireyler için önemli bir durumdur. Çalışmaya katılan bireylerin kliniğe ait değişkenlerine göre KHBDÖ-h incelendiğinde, koroner kalp hastalığı olan bireyler ile kronik hastalık bakım değerlendirme durumları arasında hem bütün alt boyutlarında hem de toplam ölçek puanı arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık görüldü. Koroner kalp hastalığı olan bireylerin kronik hastalık bakımı değerlendirmelerinin daha yüksek olduğu görüldü. Rosemann ve ark. (2007) çalışmasında da özellikle İskemik kalp hastalığı bulunanların öz bakım değerlendirmelerinin yüksek olduğu görüldü.

Bayrak ve ark. (2019)'nın çalışmasında özellikle diyabet ve kronik böbrek hastalığı olanların kronik hastalık bakım ve değerlendirmelerinin yüksek olduğu görülmektedir. Dönmez Ak (2017)'nin çalışmasında da farklı olarak tiroit hastalığı olan bireylerin toplam ölçek puanında, hipertansiyon için karar verme alt boyutunda, diyabet hastaları için izlem/koordinasyon alt boyutunda ve KOAH hastaları için izlem/koordinasyon alt boyutlarında anlamlılık görülmüştür. Bu bulguların tartışılması sonucun da özellikle koroner kalp hastalığı harici gruplardaki bireylerin hastalıklarına dair bakım değerlendirmelerinin anlamsız olduğu, bu sebeple bu gruptaki bireylere özel çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Tablo 4.2.5'e göre çalışmaya katılan bireylerin kliniğe ait değişkenlerine göre KHBDÖ-h incelendiğinde, hastalığının takibini yapan doktor olma durumları ile kronik hastalık bakımı değerlendirme durumları arasında istatistiksel anlamlılık tespit edildi. Hastalığını takip eden doktoru olan bireylerin olmayanlara oranla daha yüksek puana sahip olduğu ve kronik hastalığı takip edenlerin KHBDÖ-h alt boyutları ve toplam puanın anlamlı olduğu görülmektedir. Kronik hastalığı olan bireylerin hekimleri tarafından takip edilme durumlarının bakım değerlendirme ve yönetimi üzerine olumlu etkileri olduğu söylenebilir. Demir Doğan ve ark. (2019) çalışmasında kronik hastalığı bulunanların izlem gereksinimleri olduğu görülmektedir. Tuncay ve Fertelli (2018) ve Smith (2013)'nin çalışmasında hastalıkları hakkında bilgi alma durumlarının kronik hastalık bakımını değerlendirmeyi etkilediği ve bu durumda algılanan sağlık durumuna olumlu yönde etkileri olduğu belirtilmektedir.

Tablo 4.2.6'ya göre çalışmaya katılan bireylerin hastalığı nedeniyle alışkanlıklarındaki değişimleri ile KHBDÖ-h incelendiğinde, şeker alışkanlığını bırakan hastaların tüm alt boyut ve toplam ölçek puanı arasında istatistiksel anlamlılık tespit edildi. Özellikle diyabet hastalığı bulunan bireylerin diyet yapma ve şeker alışkanlıklarını azaltmalarının kronik hastalık bakımlarında önemli etkileri olduğu ve azalan metabolik kapasiteleri ile daha kolay başa çıkabildiği görülmektedir (Bayrak, 2019; Buttar, 2005; Huzur, 2018; Türkmen, 2012). Kronik hastalıkları nedeniyle alışkanlıklarında değişikliğe gitmenin hastalığa ait bakımı değerlendirmeye olumlu etkileri olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2.6'ya göre çalışmaya katılan bireylerin hastalığı nedeniyle alışkanlıklarındaki değişimleri ile KHBDÖ-h incelendiğinde, yemeklerinde yağ

kullanımını azaltma durumları ile kronik hastalık bakımı değerlendirme durumları arasında tüm alt boyut ve toplam ölçek puanı arasında istatistiksel anlamlılık tespit edildi. Akan (2019)'nın çalışmasında kronik hastalığı bulunan bireylerin beslenmelerindeki değişikliklerine uyum göstermelerinin kronik hastalıklarla baş etmede olumlu etkileri olduğu, bu durumunda kronik hastalığa ait bakımlarını değerlendirme durumlarını etkilediği saptanmıştır. Bezner (2015)'nin yapmış olduğu çalışmada ise kronik hastalığa sahip kişilerin bireysel sağlık ve davranış biçimleri ve beslenme alışkanlıkları gibi seçimlerinin Kişisel İyi Oluş üzerinde önemli olumlu değişikliklere neden olduğu ve bu aktivitelerin stresi azaltmaya yönelik olduğunu belirtilmiştir.

Tablo 4.2.6'a göre çalışmaya katılan bireylerin hastalığı nedeniyle alışkanlıklarındaki değişimleri ile KHBDÖ-h incelendiğinde, tuz alışkanlıklarını azaltma durumları ile kronik hastalık bakımı değerlendirme durumları arasında tüm alt boyut ve toplam ölçek puanı arasında istatistiksel anlamlılık tespit edildi. Kronik hastalığı bulunan bireylerin yağ kullanımını azaltanların olumlu yönde etkilendiği ve bu durumun bakım değerlendirmelerinde yansıdığı görülmektedir. Kronik hastalığa bağlı egzersiz, beslenme alışkanlıklarında düzeltmenin hastaların iyilik halini etkilediği görülmektedir (Akan, 2019; Çallı, & Kartal, 2012).

Tablo 4.2.6'ya göre çalışmaya katılan bireylerin hastalığı nedeniyle alışkanlıklarındaki değişimlerine göre KİÖİ-Y puanının karşılaştırıldığında, sigara kullanımını ile Kişisel İyi Oluş düzeyleri arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmadı ve literatürde de araştırma bulgularıyla paralellik gösteren çalışma görüldü (Aktürk, 2019). Fiziksel aktivitenin artması ile Kişisel İyi Oluş arasında pozitif yönde paralellik görüldü. Literatüre bakıldığında özellikle yaşlı gruplarda yapılan çalışmalarda fiziksel aktivitenin Kişisel İyi Oluş' u iyi yönde etkilediği vurgulandı ve bakım uygulamalarında fiziksel aktivitenin öneminden bahsedildi (Bedir, 2019; Hefferon, & Boniwel, 2014). Düzenli fiziksel aktivite yapmanın depresyon, mutluluk ve iyi oluş üzerine olumlu etkisi olduğu saptanmıştır (Başar, 2018).

Tablo 4.2.7'ye göre veriler incelendiğinde, yurtdışında ve farklı örneklerde de fiziksel aktivite ile iyi oluş durumları arasında pozitif bir ilişki tespit edildiği görüldü, fiziksel aktivitenin sadece Kişisel İyi Oluş' u değil birçok faktörü de etkilediği (öz-yeterlik, öz-düzenleme gb.) görüldü (Ay, 2014; Briki, 2018; Kaya, 2020). Benzer

şekilde fiziksel aktivite artışının ve egzersizin kronik hastalıkların azalmasında önemli rol oynadığı ve kronik hastalığa sahip kişilerin hastalığın prognozunu ve kişinin iyi oluşluk düzeyini olumlu yönde etkilediği çalışmalarda belirtilmektedir (Anderson, 2019). Şeker alışkanlığının bırakmak Kişisel İyi Oluşu olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Zahedi ve ark. (2014)'nın 6- 18 yaş aralığında 13 486 kişi ile yaptığı çalışma sonucunda da abur cubur türevi şekerli şeylerin tüketilmesinin kişilerin iyi oluşluklarına olumsuz yönde etkisi olduğu görülmektedir. Çalışmada literatürden farklı olmasının nedeninin kronik hastalıkların dağılımından kaynaklı olduğu söylenebilir.

Bakım sonuçlarının değerlendirilmesi bakımın sürekli geliştirilmesi, objektif ve düzenli kayıtların sağlanması için önemlidir. Bu nedenle kullanılan KHBDÖ-h formu kronik hastalığı olan bireylerin aldıkları sağlık bakım hizmetlerini değerlendirmek için önemli bir ölçme aracıdır (İncirkuş, & Nahcivan, 2011). Kronik hastalıklarda yönetim, verilen bakımın koordinasyonunu ve sürekliliğini sağlamakta, çalışanların iş birliğinin pekişmesini sağlamakta ve bakım maliyetlerini azaltmak için kullanılan önemli bir roldür (İncirkuş, & Nahcivan, 2015).

Tablo 4.2.7'ye göre çalışmaya katılan bireylerin hastalığı nedeniyle alışkanlıklarındaki değişimleri ile KHBDÖ-h incelendiğinde, kilo vermek için beslenme alışkanlıklarının değişme durumları ile kronik hastalık bakımı değerlendirme durumları arasında amaç belirleme alt boyutu ve toplam ölçek puanı arasında istatistiksel anlamlılık tespit edildi. Mackey ve ark. (2012) çalışmasında kronik hastalığı bulunan bireylerde kazanılan yeni olumlu alışkanlıkların kronik hastalık bakım değerlendirmelerini artırdığı bu durumun onların hastalıklarına bağlı değişimlere, ilaç uyumuna ve tedaviye olumlu etki ettiği görülmektedir.

Tablo 4.2.7'ye göre çalışmaya katılan bireylerin hastalığı nedeniyle alışkanlıklarındaki değişimleri ile KHBDÖ-h incelendiğinde, ilaç sayı durumlarının değişimi ile kronik hastalık bakımı değerlendirme durumları arasında problem çözme alt boyutu hariç tüm alt boyutlarda ve toplam ölçek puanı arasında istatistiksel anlamlılık tespit edildi. Karabulut, Atman ve Yağcı (2015)'in çalışmasında ilaç sayısının az sayıda olması kronik hastalık değerlendirmelerini etkilemekte, çalışma ile paralel olarak hasta katılımı ve amaç belirleme alt boyutlarında anlamlı olduğu görülmektedir. Kronik hastalığı olup ilaç sayısı artan bireylerin rehber edinme ve

katılımlarının daha yüksek olduğu görüldü. Kronik hastalığı bulunan bireyin hastalığına bağlı hayatında alacağı yeni kararlar ve olumlu sağlık davranışları önem arz etmektedir (Türkmen, 2012).

Tablo 4.2.7'ye göre çalışmaya katılan bireylerin hastalığı nedeniyle alışkanlıklarındaki değişimleri ile KHBDÖ-h incelendiğinde, ilaçlara bağlı sağlık sorunları yaşama durumları ile kronik hastalık bakımı değerlendirme durumları arasında hasta katılımı ve karar verme desteği alt boyutları haricinde diğer alt boyutların tamamında ve toplam ölçek puanı arasında istatistiksel anlamlılık tespit edildi. Kronik hastalığı bulunan ve çoklu ilaç alımı olan bireylerin bu ilaçlar nedeniyle tedaviye uyumu kötü etkilenebilmektedir (Kalender, & Sütçü, 2014) ve bu durumun öz bakımlarında yetersizliğe neden olacağı düşünülmektedir. Kronik hastalığı bulunan bireylerde ilaç sayılarının fazla olması, yan etkilerinin fazla olması ve sıkıntılarının hastalıklara bağlı fazla olması kronik bakım değerlendirme süreçlerini etkileyebileceği öngörülmektedir.

Tablo 4.2.8'e göre çalışmaya katılan bireylerin hastalık süreleri ile KİÖİ-Y toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Hastalık süresi uzadıkça Kişisel iyi oluş düzeyleri azalmaktadır. Arslantaş ve ark. (2010) yaptığı çalışmada hastaların hastalık süresi arttıkça umutsuzluk düzeyi artmıştır. Başka bir çalışmada ise diyabet ile geçirilen yaşam süresinin uzunluğu hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemiş ve depresyon eğilimini arttırmıştır (Güven, 2007)

Tablo 4.2.8'e göre çalışmaya katılan bireylerin günlük ilaç kullanımı 4 ve altı olan kişilerin, ilaç kullanımı 5 ve üstü olan bireylere oranla KHBDÖ-h toplam puan ve alt boyutlarının tamamı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Ayrıca ilaçlarını düzenli kullanma durumları ile KHBDÖ-h toplam puan ve alt boyutlarının tamamı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Literatürdeki diğer araştırmalara baktığımızda ilaç sayısı ile KHBDÖ-h madde puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır (İncirkuş, 2010; Schmittiel, 2007).

Karabulutlu ve ark. (2015) yaptığı çalışmada hastaların günlük kullandıkları ilaç sayısının KHDBÖ alt boyutlarından hasta katılımı ve problem çözme alt boyutu puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturduğu belirlenmiştir. Günlük ilaç sayısı 4 ve üzeri olan hastaların hasta katılımı ve problem çözme puanlarının diğer



gruplara göre en düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir. İlaçlarını düzenli olarak kullananların amaç belirleme, izlem ve koordinasyon ve toplam puanları düzenli olarak kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturacak şekilde daha yüksek bulunmuştur. Benson ve ark. (2019)'a göre ise hastaların ilaç alım sayısı ile Kişisel İyi Oluş ölçeği arasında negatif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir.

Tablo 4.2.8'e göre bireylerin son 6 ay içerisinde kronik hastalıkları nedeniyle hastaneye yatma durumları ile KHBDÖ-h toplam puan ve alt boyutları arasında izlem/koordinasyon alt boyutu hariç istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Ayrıca bireylerin son 6 ay içerisinde kronik hastalıkları nedeniyle acil servise başvuru yapma durumları ile KHBDÖ-h ile KİOİ-Y toplam puan ve alt boyutları tamamı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Çiftci (2015)'in yapmış olduğu çalışmada hastaların hastalık süresi, kendisi veya ailesinde ki bireyler için aylık ortalama sağlık kuruluşuna başvurma durumları, kendisinin kronik hastalığı dolayısıyla acil servise başvurma durumları ile KHBDÖ-h ortalamaları yönünden karşılaştırılması sonucunda anlamlı bir farklılık görülmediği saptanmıştır. Hastaların hastanede yatma durumu, yatış sayısı, acile gitme durumu ve acile gitme sayısı arasında KHBDÖ-h puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (İncirkuş, 2015). Hastaların acile başvurma ve hastanede yatma durumu ile de kronik hastalık bakım değerlendirme puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Üstünova, 2013). Özlük (2016)'ün yapmış olduğu çalışmada ise hastaların son altı ayda hastanede yatma durumları ile kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği toplam puan ve amaç belirleme alt ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Cramm (2014)'e göre kronik hastalığı olan bireylerde hastaneye yatma esnasında ve/veya hastaneden sonraki dönemlerde KHBDÖ-h ölçeğinin kullanılmasının bu bireylerin hastalıklarını değerlendirmesi ve tedavi deneyimlerini anlamaları açısından anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

### **5.3. KİOİ-Y ile KHBDÖ-h ölçeklerinin analizlerinden Elde edilen Bulguların Tartışılması**

Tablo 4.3.1 ve 4.3.2'ye göre Kişisel İyi Oluş ölçeği ile kronik hastalık bakım değerlendirme ölçek boyutlarının hepsinde pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptandı. Literatürde kronik hastalığı olan bireylerin Kişisel İyi Oluş durumları

ile kronik hastalık bakım değerlendirme durumlarının incelendiği çalışma maalesef bulunmamaktadır. Akan (2019)'un tez çalışmasında diyabetli hastalar incelenmiş, kronik hastalık bakım durumları ile yaşam kalitesinin anlamlı pozitif yönde bir ilişkinin olduğu saptanmıştır.

Yaşam kalitesi artma durumlarının da hastalığa birçok olumlu etkileri olduğu, Kişisel İyi Oluş durumlarının da arttığı görülmüştür. Bizim alışmamızda bulunan ilişki yüksek düzeyde olması Kişisel İyi Oluş ile kronik hastalık bakım değerlendirmelerinin üzerine durulması gerektiği görüldü. şengr (2020)'un tez çalışmasında iyi oluş düzeyinin yalnızlık ile ters orantılı görüldü. Bizim alışmamızda da karar verme desteği olan bireylerin Kişisel İyi Oluş pozitif yönde ilişkili olduğu sonucunu desteklemektedir. Avşaroğlu (2017) ve Tatu (2019)'un çalışmasında da psikiyatrik hastalığı olan bireylerin ilaç uyumu, yaşam kaliteleri ve iyilik hallerinin düşük olduğu ve eğitimler, sosyal beceriler ile bu durumun düzeltilebileceği sonucu bulundu. Çalışmada da rehberlik durumu ile Kişisel İyi Oluş durumları arasında da pozitif yönlü ilişki bulunup bu bulgu desteklendi.

## 6. KAYNAKLAR

Acar, A. E. (2011). *Kronik hastalıkların, hastaların aile işlevleri ve yaşam doyumları üzerine etkisi* [Doktora Tezi, DEÜ Eğitim Bilimleri Enstitüsü]. Erişim adresi: <http://hdl.handle.net/20.500.12397/7176>

Ağaoğlu, C. (2012). *Cinsiyetleri Farklı Üniversite İkinci Sınıf Öğrencilerinin İyilik Hali Boyutlarına Göre Özyeterlik ve Sürekli Öfkelerinin İncelenmesi*. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi]

Akan, G. (2019). *Tip 2 Diyabetli Bireylerin Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Durumları ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki*. [Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü] Erişim adresi: <http://acikerisim.pau.edu.tr:8080/xmlui/handle/11499/26277>

Akdemir, N., & Akkuş, Y. (2006). Rehabilitasyon ve Hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 13(1), 82-91.

Akdur, R., Piyal, B., Çalışkan, D., & Ocaktan, E. (2011). *Halk Sağlığı*. Birgül Piyal (edt), (1.baskı). Ankara: Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Yayınları.

Akın, A. (2013). *Güncel Psikolojik Kavramlar 1: Pozitif Psikoloji*. Sakarya: Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yayınları.

Akturan, S., Gümüş, B., Özer, Ö., Balandız, H., & Erenler, A. (2019). Death Rates and Causes of Death in Turkey Between 2009 and 2016 Based on TUIK Data. *Konuralp Medical Journal*, 11(1), 9-16. <https://doi.org/10.18521/ktd.506407>

Aktürk, B. (2019). *Doğu Marmara Bölgesi'nde Sigara Bağımlılığı Bulunan Bireylerin Kişisel İyi Oluşları ile Pozitif ve Negatif Duygu durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. [Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü].

Ali, M. K., Jaacks, L. M., Kowalski, A. J., Siegel, K. R., & Ezzati, M. (2015). Noncommunicable diseases: three decades of global data show a mixture of increases and decreases in mortality rates. *Health affairs*, 34(9), 1444-1455. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0570>.

Anderson, E., & Durstine, J. L. (2019). Physical activity, exercise, and chronic diseases: A brief review. *Sports Medicine and Health Science*, 1, 3–10. <https://doi.org/10.1016/j.smhs.2019.08.006>

Arslantaş, H., Adana, F., Kaya, F., & Turan, D. (2010). Yatan Hastalarda Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyi ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2(18), 87-97.

Aşiret, G. D., & Okatan, C. (2019). Hipertansiyon Hastalarının İlaç Uyum Düzeyleri ile Spirütüel İyi Oluşları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 10(23), 122-128. <https://doi.org/10.5543/khd.2019.66376>

Avşaroğlu, S. (2018). Sosyal-bilişsel öğrenme kuramı. *Pegem Atıf İndeksi*, 341-363.

Avşaroğlu, Z. (2017). *Bir Dönem Boyunca Verilen Pozitif Psikoloji Dersinin Öğrencilerin Mental İyi Oluş ve Kişisel İyi Oluşlarına Olan Etkisinin İncelenmesi*. [Yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi]

Ay, İ. (2014). *Üniversite öğrencilerinin psikolojik yardım gereksinimlerine ilişkin öznel faktörlerin incelenmesi*. [Yayınlanmamış doktora tezi, Atatürk Üniversitesi Eğitim Bilimler Enstitüsü]

Ay, S., & Arpacı, P. (2017). Hastanede yatan hastaların kronik hastalık bakımının değerlendirilmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(1), 527-532.

Aywater, R. M. (1949). Commission on Chronic Illness. *Am J Public Health Nation's Health*, 39(10), 1343–4. <https://doi.org/10.2105/ajph.39.10.1343>.

Barr, V., Robinson, S., Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., & Salivaras, S. (2003). The expended chronic care model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. *Hosp Q*, 7(1), 73-82. <https://doi.org/10.12927/hcq.2003.16763>

Basın Odası Haberleri. TÜİK 2019. (2021, 3 Mayıs). Erişim adresi: [https://tuikweb.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2019\\_25\\_20191121.doc](https://tuikweb.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2019_25_20191121.doc)

Başar, S. (2018). Düzenli egzersizin depresyon, mutluluk ve psikolojik iyi oluş üzerine etkisi. *İnönü Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 5(3), 25-34.

Bayrak, B., Yıldırım, G., Oğuz, S., Sağaltıcı, Ç., Doğanay, E., Özdemir, F., &

- Enez, Ö. F. (2019). Kalp Yetersizliği Hastalarında Öz Bakımı Değerlendirme ve Etkileyen Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 10(23), [114-121](https://doi.org/10.5543/khd.2019.68552). <https://doi.org/10.5543/khd.2019.68552>
- Bedir, Ö. (2019). *İstanbul Bölgesi'nde Yeme Bağımlılığı ile Kişisel İyi Oluş İlişkisinin İncelenmesi*. [Yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü]
- Bekiroğlu, B., & Tatar, A. (2019). Genç Yetişkinlerde Kişisel İyi Oluşun Duygu Odaklı Yapılarla İncelenmesi. *Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*, 8(3), 204-218.
- Benson, T., Sladen, J., Liles, A., & Potts, H. W. W. (2019). Personal Wellbeing (PWS)-a short version of ONS4: development and validation in social prescribing. *BMJ Open Quality*, 8, e000394. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-000394>
- Bezner, J. R. (2015). Promoting Health and Wellness: Implications for Physical Therapist Practice. *Phys Ther*, 95(10), 1433-44. <https://doi.org/10.2522/ptj.20140271>
- Bilir, N. (2006). Değişen Sağlık Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü: Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25(3), 1-6.
- Bilir, N., & Subaşı, N. P. (2006). *Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kontrolü*. İçinde: Güler, Ç., & Akın, L. (eds.). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler* (s. 1032– 1034). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Bora, E., & Baysan, L. (2009). Empati Ölçeği-Türkçe Formunun Üniversite Öğrencilerinde Psikometrik Özellikleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 19(1), 39-47.
- Briki, W. (2018). Why do exercisers with a higher trait self-control experience higher subjective well-being? The mediating effects of amount of leisure-time physical activity, perceived goal progress and self-efficacy. *Personality and Individual Differences*, 125 (2018), 62-67. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.12.020>
- Buttar, H. S., Li, R., & Ravi, N. (2005). Prevention of cardiovascular diseases: Role of exercise, dietary interventions, obesity and smoking cessation. *Exp Clin Cardiol*, 10(4), 229-249.
- Campbell, A., & Merelman, R. (1981). The sense of well-being in America: Recent patterns and trends. *American Political Science Review*, 75(3), 763- 764.

- Chronic respiratory diseases. Burden of COPD 2018. National Center for Health Statistics. (2021, 3 Mayıs). Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/nchs/icd/index.htm>
- Coleman, E. A., Eilertsen, T. B., Kramer, A. M., Magid, D. J., Beck, A., & Conner, D. (2001). Reducing emergency visits in older adults with chronic illness. A randomized, controlled trial of group visits. *Eff Clin Pract*, 4(2), 49-57.
- Compton, W. C. & Hoffman, E. (2013). *Positive psychology: The science of happiness and flourishing*. (2. ed.) Belmont: Wadsworth Cengage Learning.
- Çarıkçı, İ., & Koyuncu, O. (2010). Bireyci-toplumcu kültür ve girişimcilik eğilimi arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik bir araştırma. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 0(3), 1-18.
- Çetinkaya, S. (2019). *Kalp hastalıklarında hastalığa psikososyal uyum ve sosyal destek algısı*. [Yayımlanmamış Yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]
- Çoşansu, G. (2001). *Erişkinlerde Diyabet Risk Faktörlerinin Belirlenmesi*. [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]
- Cramm, J. M. & Nieboer A. P. (2014). Development and Validation of the Older Patient Assessment of Chronic Illness Care (O-PACIC) Scale After Hospitalization. *Soc Indic Res*, 116, 959-969. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0314-y>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of happiness studies*, 9(1), 1-11. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9018-1>
- Dede, B., Sarı, M., Gürsul, A., Hanedar, A., Gadis, A., Görgülü, B., ... Eser, E. (2016). Kronik hastalığı nedeniyle ayaktan izlenen hastaların aldıkları sağlık hizmetlerinin niteliğini etkileyen değişkenler. *TAF Prev Med Bull*, 15(3). <https://doi.org/10.5455/pmb.1-1450185478>
- Demir, D. M., Çadırlı, Ş., & Arslan, Y. (2019). Kronik hastalığı olan bireylerin bakıma ilişkin değerlendirmeleri ve öğrenim gereksinimleri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*, 1(6), 22-28.
- Deniz, E., Avşaroğlu, S., & Hamarta, E. (2004). Psikolojik danışma servisine başvuran üniversite öğrencilerinin psikolojik belirti düzeyleri. *XIII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı*, 1-12.

- Deveci, Y. (2019). Depresyon II. (2021, 3 Mayıs). Erişim adresi: <http://www.yavuzdeveci.com/depresyon-ii/>
- Diener, E. & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: A general overview. *South African Journal of Psychology*, 39(4), 391-406.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575. <https://doi.org/10.1002/9781118339893.wbecp518>
- Diener, E. (2014). Subjective well-being-the science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- Dost, M. (2004). *Üniversite öğrencilerinin öznel iyi oluş düzeyleri*. [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü]
- Dönmez Ak, S. (2017). *Kronik Hastalığı Olan Bireylere “Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (KHBDÖ-h)”nin Uygulanması*. [Uzmanlık Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi].
- Dursun, P. (2012). *The role of meaning in life, optimism, hope, and coping styles in subjective well-being*. [Unpublished Doctoral Dissertation, Middle East Technical University]
- Dünya Sağlık Örgütü. Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi 2008-2013 Eylem Planı. (2021, 3 Mayıs). Erişim adresi: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44009/9789755903163\\_tur.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44009/9789755903163_tur.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Dünya Sağlık Örgütü. Türkiye hanehalkı sağlık araştırması: bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri prevelansı, 2017. (2021, 3 Mayıs). Erişim adresi: [https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO\\_Turkey\\_Risk\\_Factors\\_A4\\_TR\\_19.06.2018.pdf](https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO_Turkey_Risk_Factors_A4_TR_19.06.2018.pdf)
- Easterlin, R. A. (1974). Does Economic growth improve the human lot? Some empirical evidence. In P. A. David, & M. W. Reder (Eds.), *Nations and households in economic growth* (pp. 89–125). New York: Academic Press.
- Erci, B., Avcı, İ. A., Aylaz, R., Çevirme, A., Güngörmüş, Z., Dilek, K., ... Yıldız, E. (2016). *Halk sağlığı hemşireliği* (1. baskı), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

- Ergül, Ş., & Kalkım, A. (2011). Önemli bir kronik hastalık: çocukluk ve ergenlik döneminde obezite. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(2), 223- 230.
- Erkoç, Y., & Yardım, N. (Ed). (2011). *T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları*. (s. 15-17), Ankara: Anıl Matbaası.
- Eryılmaz, A. (2009). Ergen öznel iyi oluş ölçeğinin geliştirilmesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 7(4), 975-989.
- Eryılmaz, A. (2013). Pozitif psikolojinin psikolojik danışmanlık ve rehberlik alanında gelişimsel ve önleyici hizmetler bağlamında kullanılması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 1(1), 1-22.
- Gencer, N. (2019). *Hemodiyaliz hastalarında dindarlık ve öznel iyi oluş*. [Yayınlanmamış Doktora tezi, Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü]
- Gill, T. M., & Kurland, B. (2003). The burden and patterns of disability in activities of daily living among community-living older persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 58(1), 70-75. <https://doi.org/10.1093/gerona/58.1.M70>
- Glasgow, R. E., Wagner, E. H., Schaefer, J., Mahoney, L. D., Reid, R. J. & Greene S. M. (2005). Development and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). *Med Care*, 43(5), 436-44. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000160375.47920.8c>
- Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD 2018. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2021, 3 Mayıs). Erişim: [https://goldcopd.org/wpcontent/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov\\_WMS.pdf](https://goldcopd.org/wpcontent/uploads/2017/11/GOLD-2018-v6.0-FINAL-revised-20-Nov_WMS.pdf)
- Gökdemir, Ö., & Veenhoven, R. (2014). Kalkınmaya farklı bir bakış: iyi oluş. *Kalkınmada Yeni Yaklaşımlar*, 17, 337-363.
- Göklü, G. (2019). *Ege Bölgesi’nde Alkol Kullanan Bireylerin Kişisel İyi Oluşları ve Psikolojik Semptomları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. [Yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü]
- Gültekin, M., & Boztaş, G. (2014). Türkiye kanser istatistikleri. *Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu*, 43.



Güven, T. (2007). Diyabetes Mellitüslü Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Depresyon Etkisinin Araştırılması. [Uzmanlık Tezi, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği].

Hancerlioğlu, S., & Aykar, F. (2018). Kronik hastalıklarda öz-bakım yönetimi ölçeği ve uyum soru formu'nun Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 175-183.

Haskett, T. (2006). Chronic illness management: Changing the system. *Home Health Care Management Practice*, 18, 492-496. <https://doi.org/10.1177/1084822306289988>

Hayes, T. O. & Gillian, S. (2020). Background: Understanding the Connections Between Chronic Disease and Individual-Level Risk Factors. (2021, 3 Mayıs). Erişim adresi: <https://www.americanactionforum.org/research/background-understanding-the-connections-between-chronic-disease-and-individual-level-risk-factors/>

Hefferon, K. & Boniwell, I. (2014). *Pozitif Psikoloji Kuram, Araştırma ve Uygulamalar* (T. Doğan, Çev.). İstanbul: Nobel Yayın Dağıtım.

Huang, F. (2015). Explore home care needs and satisfaction for elderly people with chronic disease and their family members. *Procedia Manufacturing*, 3, 173 –179. <https://doi.org/10.1016/j.promfg.2015.07.123>

Huzur, Ş. (2018). *Diyabetik bireylerde bakım gereksinimlerinin yaşam kalitesi ve kronik hastalık bakımına etkisi*. [Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi, Namık Kemal Üniversitesi]

İncirkuş, K. (2010). *Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Aracı'nın Geçerlik ve Güvenirliği*. [Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]

İncirkuş, K., & Nahcivan, N. (2015). Kronik Hastalık Yönetimi İçin Bir Rehber: Kronik Bakım Modeli. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 66-75.

Kalender, N., & Sutcu, C.H. (2014). Kronik Hastalıkların Yönetimindeki Engeller. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 6(1), 46-53.

Kara, E. (2011). Kronik Hastalıklar Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Ders Notları, Adana.

Karabulutlu, E. Y., Atman, R., & Yağcı, S. (2015). Kronik hastalığı olan bireylere

verilen bakımın değerlendirilmesi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(1), 16-30.

Karadağ, E., İnkaya, B. V., & Kunduracı, E. (2016). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Olan Hastalarda Yeti Yitimi ile Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişki. *STED Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 25(5), 175-180. <https://dx.doi.org/10.7197/1305-0028.1704>

Karancı, N., Dirik, G., & Yorulmaz, O. (2007). Eysenck Kişilik Anketi- Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu'nun (EKA-GGK) Türkiye'de Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türkiye Psikiyatri Dergisi*, 18(3), 1-8.

Kaya, Ç. A., İçen, F., Uğuz, K., Şimşek, M., Akman, M., & Akturan, S. (2013). Kronik hastalık bakımının hasta perspektifinden değerlendirilmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 4(3), 1-9.

Kaya, F. (2020). *Olumlu Bazı Kişilik Özelliklerinin Öznel İyi Oluşu Yordayıcı Rolü*. [Yayımlanmamış Yüksek lisans tezi, Trabzon Üniversitesi]

Kaya, N. (2019). *Dahili polikliniklere başvuran kronik hastalığı olan hastalarda öz bakım yönetimi ve ilaç uyumu*. [Yüksek lisans tezi, Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]

Kayış, A. (2010). Kronik Hastalıkların Bakımında Bütüncül Yaklaşımı Etkileyen Faktörler ve Kronik Hastalıklı Bireylerin Aileleriyle Yaklaşımları. *Acıbadem Hemşirelik E Dergisi*, 23, 1-4.

Kermen, U., & Sarı, T. (2014). Üniversite öğrencilerinde ihtiyaç doyumu ve öznel iyi oluş arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 14(2), 175-185.

Kim, Il-H. (2011). Age and Gender Differences in the Relation of Chronic Diseases to Activity of Daily Living (ADL) Disability for Elderly South Koreans: Based on Representative Data. *J Prev Med Public Health*, 44(1), 32-40. <https://doi.org/10.3961/jpmph.2011.44.1.32>.

Koşar, C., & Besen, D. B. (2015). Kronik hastalıklarda hasta aktifliği: Kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(1), 45-51.

Lai, S., Shen, C., Yang, X., Zhang, X., Li, Q., Gao, J., & Zhou, Z. (2019). Socioeconomic inequalities in the prevalence of chronic diseases and preventive

care among adults aged 45 and older in Shaanxi Province, China. *BMC Public Health*, 19, 1460. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7835-5>.

Mackey, K., Parchman, M. L., Leykum, L. K., Lanham, H. J., Noel, P. H., & Zeber, J. E. (2012). Impact of the Chronic Care Model on medication adherence when patients perceive cost as a barrier. *Prim Care Diabetes*, 6(2), 137-42. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2011.12.004>.

Malkoç, A. (2011). *Öznel iyi oluş müdahale programının üniversite öğrencilerinin öznel iyi oluş düzeylerine etkisi*. [Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü]

McGarry, K., & Schoeni, R. (2000). Social security, economic growth, and the rise in elderly widows' independence in the twentieth century. *Demography*, 37, 221-236.

Mcgillivray, J. A., Lau, A. L. D., Cummins, R. A., & Davey, G. (2009). The Utility Of The Personal Wellbeing Index Intellectual Disability Scale In An Australian Sample. *Journal Of Applied Research In Intellectual Disabilities*, 22, 276-286. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2008.00460.x>

Memnun, S. (2006). *Algılanan Esenlik Ölçeğinin (Perceived Wellness Scale) Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması ve Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Esenlik Algıları*. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü BESYO Anabilim Dalı].

Meral, B. F. (2014). Kişisel İyi Oluş indeksi-yetişkin Türkçe formunun psikometrik özellikleri. *The Journal of Happiness and Well-Being*, 2(2), 119- 31.

Metintaş, S. (2007). "Kronik Dejeneratif Hastalıkların Epidemiyolojisi". *ESOGÜ Tıp Fakültesi 3. sınıf Halk Sağlığı Ders Notu*, Eskişehir.

Molaoğlu, M., & Yanmış, S. (2018). Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Yeti Yitimi ve Günlük Yaşam Aktiviteleri. *SETSCI Conference Indexing System*, 3, 1236-1238.

Newsom, J. T., Huguet, N., McCarthy M. J., Ramage-Morin, P., Kaplan, M., Bernier, ... Oderkirk, J. (2012). Health Behavior Change Following Chronic Illness in Middle and Later Life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 67, 279-288. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr103>

Oishi, S., Diener, E., Lucas, R. E., & Suh, E. M. (1999). Cross-cultural variations

in predictors of life satisfaction: Perspectives from needs and values. *Personality and Social Bulletin*, 25(8), 980–990. <https://doi.org/10.1177/01461672992511006>

Ondahil, D. J. (1988). When Chronic Illness Calls for More Than Chronic Care. *American Journal of Nursing*, 88(11), 1494-96.

Ostbye, T., Yarnal, K., Krause, K., Pollak, K., Gradison, M., & Michener, J. L. (2005). Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med*, 3(3), 209-14. <https://doi.org/10.1370/afm.310>

Ölmez, B. (2015). *Tip 2 Diyabetes Mellitus'da Kronik Hastalık Bakımı ve İlaç Uyumunun Değerlendirilmesi*. [Tıpta uzmanlık tezi, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi]

Öncel, S. (2000). *Multipl Skleroz ve Rehabilitasyonu*. İstanbul: Nobel Kitabevi.

Özlük, E. (2016). *Tip 2 Diyabet Hastalarında Benlik Saygısı ve Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Düzeyi*. [Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi]

Pelin, M. (2017). *Kronik hastalık yönetiminde hasta rolü, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumun değerlendirilmesi*. [Yüksek lisans tezi, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]

Raghupathi, W., & Raghupathi, V. (2018). An Empirical Study of Chronic Diseases in the United States: A Visual Analytics Approach to Public Health. *Int J Environ Res Public Health*, 15, 431. <https://doi.org/10.3390/ijerph15030431>

Rick, J., Rowe, K., Hann, M., Sibbald, B., Reeves, D., Roland, M., & Bower, P. (2012). Psychometric properties of the patient assessment of chronic illness care measure: acceptability, reliability and validity in United Kingdom patients with long-term conditions. *Health Services Research*, 12, 293-308. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-293>

Rolland, J. S. (1987). Chronic illness and the life cycle: A conceptual framework. *Fam Process*, 26(2), 203-21. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1987.00203.x>

Rosemann, T., Laux, M. D., Drossemeyer, S., Gensichen, J., & Szecsenyi, J. (2007). Evaluation of a culturally adapted German version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (KHBDÖ-H) questionnaire in a sample of osteoarthritis patients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13, 806–813. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2007.00786.x>

Ryff, C. D. (1989). Beyond Ponce de Leon and Life Satisfaction. New Directions in Quest of Successful Aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55. <https://doi.org/10.1177/016502548901200102>

Saygın, Y. (2008). *Üniversite öğrencilerinin sosyal destek, benlik saygısı ve öznel iyi oluş düzeylerinin incelenmesi*. [Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü]

Schmittiel, J., Mosen, D. M., Glasgow, R. E., Remmers, H. J., & Bellows, J. (2008). Patient Assessment of Chronic Illness Care (KHBDÖ-H) and Improved Patient centered Outcomes for Chronic Conditions. *J Gen Intern Med*, 23(1), 77-80. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0452-5>

Schoen, C., Osborn, R., Squires, D., Doty, M., Pierson, R., & Applebaum, S. (2010). How Health Insurance Design Affects Access to Care and Costs, by Income, in Eleven Countries. *Health Aff*, 29, 2323-34. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0862>

Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>

Smith, M. L., Ory, M. G., Ahn, S., & Miles, T. (2013). Factors Associated with Women's Chronic Disease Management: Associations of Healthcare Frustrations, Physician Support, and Self-Care Needs. *J Aging Res*, 2013, 982052. <https://doi.org/10.1155/2013/982052>

Şahin, G. N. (2011). *Üniversite Öğrencilerinin Kendini Açma, Öznel İyi Oluş ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin Karşılaştırılması*. [Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü]

Şahin, N. (2018). *Hatay ilinde kronik hastalığı bulunan bireylerin cepten yaptıkları sağlık harcamalarının kronik hastalık bakımlarına etkisi*. [Uzmanlık tezi, Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi]

Şengör, Y. (2020). *İyi Oluşun Yordayıcıları Olarak Yalnızlık ve Nomofobi*. [Yüksek Lisans Tezi, Tokat Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü]

Şenocak, S. Ü. (2016). *Hemşirelik Öğrencilerinde Algılanan Stres, Algılanan Sosyal Destek, Öznel İyi Oluş Ve İlişkili Faktörler*. [Yüksek lisans tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]

T.C. Sağlık bakanlığı. Türkiye Kanser Kontrol Programı 2016. (2021, 3 Mayıs). Erişim adresi: [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/Kitaplar/TURKIYE\\_KANSER\\_KONTROL\\_PROGRAMI\\_2016.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/Kitaplar/TURKIYE_KANSER_KONTROL_PROGRAMI_2016.pdf)

Taggart, J., Chan, B., Jayasinghe, U. W., Christl, B., Proudfoot, J., Crookes, P., ... Harris, M. F. (2011). Patients' assessment of chronic illness care (KHBDÖ-H) in two Australian studies: structure and utility. *J Eval Clin Pract*, 17(2), 215-21. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01423.x>

Tanık, N. (2006). *Multipl Skleroz'da Depresyon ve Hastalık Parametreleri ile İlişkisi*. [Uzmanlık Tezi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı]

Tatu, K. M. (2019). *Şizofreni Hastalarına Uygulanan Sosyal Beceri Geliştirmeye Odaklı Grup Psikoeğitiminin İlaç Uyumu, Yaşam Kalitesi, İyilik Hali ve Sosyal İyi Oluşa Etkisi*. [Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü]

Terzi, A. Y. (2019). *Doğu Marmara Bölgesi'nde Sosyal Medya Bağımlılığı ile Kişisel İyi Oluş İlişkisinin İncelenmesi*. [Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi]

Topuz, C. (2013). *Üniversite Öğrencilerinde Özgeciliğin Öznel İyi Oluş ve Psikolojik İyi Oluş ile İlişkisinin İncelenmesi*. [Yüksek lisans tezi, Fatih Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü]

Tuncay, F. Ö., & Fertelli, T. K. (2019). Nörolojik Hastalığı Olan Bireylerin Kronik Hastalık Bakımına İlişkin Değerlendirmeleri-Evaluations of the chronic disease care from perspective of individuals with neurological Disease. *Bozok Tıp Dergisi*, 9(1), 14-21.

Tuncer, M. (2007). Kanser in ülkemiz ve dünyadaki önemi, hastalık yükü ve kanser kontrol politikaları. Türkiye'de Kanser Kontrolü, *Sağlık Bakanlığı Yayınları*, 707, 5-9.

TÜİK. Türkiye Ölüm İstatistikleri 2018. (2021, 3 Mayıs). Erişim adresi: <https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri>.

TÜİK. Yaşlı İstatistikleri, 2019. Erişim adresi: [\[http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33712\]](http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33712)

TÜİK. Türkiye Ölüm İstatistikleri 2018. (2021, 3 Mayıs). Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2020-37227>

Türk Toraks Derneği. Türk Toraks Derneği'nin GOLD kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAİ) raporuna bakışı. 2017.

Türkmen, E. (2012). Kronik hastalıklar ve önemi. Durna, Z. (ed.). *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. (s. 37-49). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Tüzer, V. (2001). Kronik hastalıklar ve yeti yitiminde sistemik aile yaklaşımı. *Klinik Psikiyatri*, 4(3), 193-202.

Uijen, A. A., & van de Lisdonk, E. H. (2008). Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years. *The European journal of general practice*, 14(1), 28-32. <https://doi.org/10.1080/13814780802436093>

Uysal, H. (2015). Günümüzde hemşire liderliğinde kardiyovasküler hastalık yönetim programları. *Arch Turk Soc Cardiol*, 6(9), 1-14. <https://doi.org/10.5543/khd.2015.001>

Ünal, B., & Ergör, G. (Ed.). (2013). *Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması*. Ankara: Sağlık Bakanlığı. Erişim adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>

Üstünova, E., & Nahcivan, N. (2015). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin kronik hastalık yönetimine ilişkin değerlendirmeleri ve ilişkili faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 11-22.

<https://doi.org/10.17672/fnhd.44449>

Van Praag, B., & Ferrer-i-Carbonell, A. (2004). *Happiness quantified: A satisfaction calculus approach*, Oxford: Oxford University Press.

Veenhoven, R. (2009). World database of happiness: Correlational findings. *Psychological Topics*, 18, 221-246.

Vukovic, D., Bjegovic, V., & Vukovic, G. (2008). Prevalence of Chronic Diseases According to Socioeconomic Status Measured by Wealth Index: Health Survey in Serbia. *Croat Med J*, 49, 832-841. <https://doi.org/10.3325/cmj.2008.49.832>

WHO. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. (2021, 3 Mayıs) Erişim adresi: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf a=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf a=1)

World Health Organisation. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesine ve kontrolüne ilişkin küresel eylem planı 2013-2020. (2021, 3 Mayıs). Erişim adresi:

<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/bula%C5%9F%C4%B1c%C4%B1%20olmayan%20hastal%C4%B1klar.pdf>

World Health Organisation. Noncommunicable diseases country profiles 2018. (Eylül 2018). Erişim adresi: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/>

World Health Organisation. Noncommunicable diseases; Key facts (2021, 3 Mayıs). Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>

World Health Organisation. World Report On Disability 2011. (2021, 3 Mayıs). Erişim adresi: [https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report.pdf](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf)

World Health Organization (WHO). Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011. (2021, 3 Mayıs). Erişim adresi: [https://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_profiles2011/en/](https://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/)

World Health Organization (WHO). Preventing chronic diseases: A vital investment: WHO Global Report 2005 (2021, 3 Mayıs). Erişim adresi: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43314/9241563001\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43314/9241563001_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. (2021, 3 Mayıs). Erişim adresi: [https://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report2010/en/](https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/)

World Health Organization. Noncommunicable Diseases 2017. (13 Nisan, 2021) Erişim adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>.

World Health Organization, Noncommunicable diseases country profiles 2018. file:///C:/Users/USER/Downlo-ads/9789241514620-eng.pdf (ET: 22.06.2021).

Yeşil, T., Uslusoy, E., & Korkmaz, M. (2016). Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 54-66.

Yıldırım, S. (2018). *Ergenlerin öznel iyi oluş ve anne baba tutumları ile akıllı telefon bağımlılığı arasındaki ilişkinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi*. [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü]



Yuvalı, M. (2018). *Kronik hastalığı olan bireylere verilen bakımın değerlendirilmesi, Yaşam kalitesi ölçeği skorları ve had depresyon-anksiyete ölçeği skorları ile karşılaştırılması*. [Tıpta uzmanlık tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi]

Zahedi, H., Kelishadi, R., Heshmat, R., Motlagh, M. E., Ranjbar, S. H., Ardalan, G., ... Qorbani, M. (2014). Association between junk food consumption and mental health in a national sample of Iranian children and adolescents: the CASPIAN-IV study. *Nutrition*, 30(11-12), 1391-1397. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2014.04.014>

Zulfitri, R., Sabrian, F., & Herlina. (2019). Sociodemographic characteristics and psychosocial wellbeing of elderly with chronic illnesses who live with family at home. *Enferm Clin*, 29(S1), 34-37. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.11.014>

## 7. SİMGELER VE KISALTMALAR

**APA:** Amerikan Psikoloji Birliği (American Psychological Association)

**BOH:** Bulaşıcı Olmayan Hastalıkları

**DSÖ (WHO):** Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

**KİÖİ-Y:** Kişisel İyi Oluş İndeksi-Yetişkin Türkçe Formu

**KHBDÖ-h:** Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği

**MEB:** Milli Eğitim Bakanlığı

**SPSS:** Sosyal Bilimler İçin İstatistiksel Program (Statistical Package for the Social Sciences)

**TDK:** Türk Dil Kurumu

**TUİK:** Türkiye İstatistik Kurumu

## 8.EKLER

### Ek-1

#### ANKET

1. Yaşınız
2. Cinsiyetiniz:  1.Kadın  2. Erkek
3. Medeni durumu:  1.Evli  2. Bekâr  3.Ayrılmış  
 4. Diğer...
4. Yaşamakta olduğunuz yer:  1.Şehir  2.İlçe  3.Köy
5. Eğitimi düzeyiniz:  
 1.Okuryazar değil  2.Okuryazar  3.İlkokul mezunu  4.Ortaokul mezunu  
 5. Meslek/ Lise mezunu  6.Üniversite mezunu
6. Aile tipiniz:  1.Çekirdek aile  2.Geniş aile  3.Ayrılmış aile  4.Üçü
7. Ailenizde sizin bakımınıza katkıda bulunan birey var mı?  
 1.Evet  2.Hayır
8. Ailenizin gelir durumu size görenasıl:  
 1.İyi  2.Orta  3.Kötü
9. Çalışma durumunuz  1. Aylıklı çalışan  2. Emekli  3.Ev hanımı  4. İşsiz
10. Kronik hastalık/hastalıklarınızı işaretleyiniz.  
 1. Psikiyatrik  2.Şeker hastalığı  3.KOAH  4.Astım  
 5. Tiroid  6. Kanser  7.Koroner kalp hastalığı  8.Osteoporoz  
 9. Böbrek rahatsızlığı  10.Nörolojik  11. Kansızlık  12. Romatizmal hastalık  13.İmmün sistem hastalığı  14.Diğer:....
11. Kaç yıldır bu hastalıklarınız var? .....
12. Sürekli kullandığınız ilaçlarınız var mı?  1.Evet(Lütfen belirtiniz).....  2.Hayır
13. Günde kaç çeşit ve sayıda ilaç kullanıyorsunuz? ..... çeşit ve .....sayda ilaç kullanıyorum
14. İlaçlarınızı düzenli (dozda/zamanda/sıklıkta) kullanıyor musunuz?  
 1. Her zaman  2. Bazen  3 Nadiren  4 Hiçbir zaman
15. Son 6 ay içinde kronik hastalığınız nedeniyle hastaneye yattınız mı?  
 1.Evet ..... (kaç kez)  2.Hayır
16. Son 6 ay içerisinde kronik hastalığınız sebebiyle acil servise başvurduunuz mu?  
 1.Evet ..... (kaç kez)  2.Hayır
18. Hastalığınızı takip edendoktorunuz var mı?  1.Evet  2.Hayır

19. Hastalığınız nedeniyle hayatınızda değişiklik yaptığınız alışkanlıklar/durumları işaretleyiniz?  
(Birden çok işaretleyebilirsiniz).

	<input type="checkbox"/> 1.Evet	<input type="checkbox"/> 2.Hayır	<input type="checkbox"/> 3.Olumlu Etkiledi	<input type="checkbox"/> 4.Olumsuz etkiledi
<b>Alışkanlıklar</b>				
1.Sigara içmeyi bıraktım				
2.Alkol alışkanlığımı bıraktım				
3.Fiziksel aktivitemi arttırdım				
<b>Diyet</b>				
4.Şeker alışkanlığımı bıraktım				
5.Karbonhidrat ağırlıklı beslenmeyi bıraktım				
6.Yemeklerde yağ kullanımını azalttım				
7.Tuz alışkanlığımı azalttım				
8.Sebze ağırlıklı beslenmem arttı				
9. Kilo vermek için beslenme alışkanlığımı değiştirdim				
<b>İlaçlar</b>				
11.İlaç sayım arttı				
12.İlaçlara bağlı sağlık sorunları yaşamaya başladım				
13.Diğer.....				

### Ek-2 Kişisel İyi Oluş İndeksi-Yetişkin Türkçe Formu

(Lütfen aşağıdaki soruları memnuniyet derecenize göre, 0'dan 10'a kadar seçeneklerden birini seçerek cevaplayınız.)

Hiç memnun değilim

Kararsızım

Tamamen memnunum

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

	Hiç memnun değilim					Kararsızım					Tamamen memnunum				
1. Yaşam koşullarınızdan ne kadar memnunsunuz? (ekonomik, refah düzeyi vs.)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
2. Sağlık durumunuzdan ne kadar memnunsunuz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
3. Yaşamınızdaki başarılarınızdan ne kadar memnunsunuz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
4. Diğer insanlarla ilişkilerinizden ne kadar memnunsunuz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
5. Kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
6. Toplumla olan ilişkilerinizden, toplumun bir parçası olmaktan ne kadar memnunsunuz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
7. Geleceğinizle ilgili kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
8.Manevi yaşamınızdan (dini, ruhsal yaşantı vs.) ne kadar memnunsunuz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				

### Ek:3 Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği(Türkçe KHBDÖ-H)

Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (Türkçe KHBDÖ-H) Kronik ya da uzun süren bir hastalığınız olduğunda, sağlıklı ve mutlu bir şekilde yaşamınızı sürdürmeniz zor olabilir. Hastalığınız konusunda size yardım edebilmemiz için, hekim, hemşire gibi sağlık görevlileri tarafından size sunulan bakım hizmetleri hakkında görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Bu hizmetler sizinle uzun süredir ve düzenli olarak ilgilenen tüm sağlık görevlilerini kapsamaktadır. Bu konuda vereceğiniz bilgiler, gelecekte sizin gibi kronik sağlık sorunu olan hastaların daha iyi bakım almalarını sağlamak için yol gösterici olacaktır. Bize verdiğiniz bilgiler gizli tutulacak ve doktorunuz, hastaneniz, kliniğiniz veya diğer sağlık görevlileri ile paylaşılmayacaktır. Lütfen aşağıda yer alan her bir ifadeyi dikkatlice okuyarak, son 6 ay içinde hastalığınız ile ilgili aldığınız bakımı değerlendiriniz. Bakımınızla ilgili olan ifadeleri sıklık derecesini düşünerek, her bir ifadeye ilişkin görüşlerinizi en iyi yansıtan ya da size en uygun gelen seçeneği (X) şeklinde işaretleyiniz.

Burada doğru ya da yanlış fikir yoktur. Lütfen her bir ifadenin cevaplanmış olmasına dikkat ediniz. Son 6 ay içinde kronik hastalığınızla ilgili bakım aldığınızda;	<input type="checkbox"/> 1 Hiçbir zaman <input type="checkbox"/> 2 Nadiren <input type="checkbox"/> 3 Bazen <input type="checkbox"/> 4 Çoğu zaman <input type="checkbox"/> 5 Her zaman				
1. Tedavi planım yapılırken görüşlerim alındı.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Tedavim konusunda karar vermem için başka seçenekler sunuldu.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. İlaçlarım ve etkileri ile ilgili bir sorun olursa söylemem istendi.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Sağlığım için yapmam gerekenler yazılı olarak verildi.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Bakımımın iyi düzenlenmiş olmasından memnun kaldım.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Kendi bakımı sağlamak için yaptığım şeylerin sağlığımı nasıl etkileyeceği açıklandı.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Kendi bakımımı yapma amacımın ne olduğu soruldu.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Beslenme ya da egzersiz yapma davranışlarımı geliştirmem için yardım edildi.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Tedavi planımın bir kopyası\örneği bana verildi.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılmaya teşvik edildim.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Sağlık alışkanlıklarım ile ilgili sorular soruldu.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Doktorum ya da hemşiremin gerekli olan tedaviyi önerirken değerlerimi, inançlarımı ve geleneklerimi dikkate aldıklarına eminim.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Günlük yaşamımda uygulayabileceğim bir tedavi planı yapmam için yardım edildi.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Zor zamanlarımda bile kendime bakabilmem için yapmam gerekenler konusunda yardım edildi.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. Hastalığımın hayatımı nasıl etkilediği soruldu.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Sağlık kontrollerim dışında da durumumu izlemek için bana	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

ulaşıldı.					
17.Hastalığım konusunda bana yardımcı olabilecek sağlık programlarına katılmaya teşvik edildim.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Diyetisyene, eğitim hemşiresine ve ihtiyacım olan diğer sağlık uzmanlarına yönlendirildim.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19. Diğer branşlardaki hekimlere gitmemin tedavime nasıl yardımcı olacağı açıklandı.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. Diğer hekimlerle yaptığım görüşmeler konusunda sorular soruldu.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



T.C.  
BURSA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı 11392457-044  
Konu Halit ÇİFTÇİ' nin Uygulama İzin Talebi

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
Genel Sekreterlik

İlgi : 09/04/2019 tarihli ve 60429939-13946 sayılı yazımız.

İlgi sayılı yazımız doğrultusunda, Üniversitemizin İzin Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR' in danışmanlığında bulunan Yüksek Lisans Öğrencisi Halit ÇİFTÇİ'nin " Kronik Hastalıklı Bireylerin Hastalıklarına İlişkin Değerlendirmelerinin İyi Oluşluk Durumuna Etkisi" konulu tez çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Mustafakemalpaşa Devlet Hastanesinde anket sorularını uygulamak isteği ile ilgili Müdürlük Makamınının 12.04.2019 tarih ve E.21196 sayılı Olur yazımız ekinde gönderilmektedir.

Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.  
Dr. Özcan AKAN  
İl Sağlık Müdürlüğü

EK: Makam Oluru (1 sayfa).



T.C.  
BURSA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 11392457-044  
Konu : Halit ÇİFTÇİ' nin Uygulama İzin  
Talebi

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Rektörlüğünün 09.04.2019 tarih ve 13946 sayılı yazısında Üniversitenin Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Aysel ÖZ DEMİR ' in danışmanlığında bulunan Yüksek Lisans Öğrencisi Halit ÇİFTÇİ' nin " Kronik Hastalıklı Bireylerin Hastalıklarına İlişkin Değerlendirmelerinin İyi Oluşluk Durumuna Etkisi" konulu tez çalışmasını Müdürlüğümün üzere bağlı Mustafakemalpaşa Devlet Hastanesinde anket sorularını uygulamak isteği Başkanlığınızca uygun görülmüş olup; Makamınızca da uygun görüldüğü takdirde olurlarınıza arz ederim.

e- imzalıdır.  
Dr. Efrail ATICI  
Personel ve Destek Hizmetleri  
Başkanı

**OLUR**  
**.../.04/2019**  
e-imzalıdır.  
Dr. Özcan AKAN  
İl Sağlık Müdürü

Dikkaldırım Mah. Hat Caddesi No:4 Osmangazi, BURSA

Telefon: Faks No:

e-Posta: Aynur.Sen2@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <http://bursaism.saglik.gov.tr>

Bilgi için: AynurŞEN

HEMŞİRE

TelefonNo: 0224/295 33 65





halit çiftçi <hemsir787@gmail.com>  
Alıcı: kubraincirkus

20 Ara 2018 Per 18:43

Dr.Kübra Hocam ... Bursa Mustafa kemal paşa devlet hastanesinde hemşire olarak görev yapmaktayım. Ayrıca Uludağ Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliğinde yüksek lisans öğrencisiyim . Yüksek lisans tezi için planladığımız 'Kronik hastalıklı bireylerin hastalıklarına ilişkin değerlendirilmelerinin iyi oluşluk durumlarına etkisi' adlı çalışmamın gerçekleşmesi için Kronik Hastalık Bakımını değerlendirme ölçeğini uygun görürseniz kullanmak istiyoruz. Ölçeğin değerlendirilmesi ve kendisini gönderirseniz sevinirim.



kubraincirkus@trakya.edu.tr  
Alıcı: ben

23 Ara 2018 Paz 15:52

Sayın Halit ÇİFTÇİ,

Prof.Dr. Nursen NAHCIVAN hocamla birlikte geçerlik ve güvenilirliğini yaptığımız *Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu*'nu tez çalışmanızda elbette kullanabilirsiniz. Dokuz Eylül Üniversitesi HYO E-Dergisi'nin 2011 temmuz sayısındaki makalemizden kısa ve öz bilgilere ulaşabilir ve kaynak olarak da onu kullanabilirsiniz. Ekte ölçeği ve ilgili makaleyi size gönderiyorum.

Çalışmanızda başarılar dilerim.

#### Dr. Öğr. Üyesi Kübra İNCİRKUŞ

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı  
Balkan Yerleşkesi, 22030 Merkez/Edirne Telefon: (0284) 213 30 42 (Dahili: 2128)

Per, Ara 20, 2018 13:44 tarihinde , halit çiftçi <hemsir787@gmail.com> tarafından yazıldı:

Ek

2 Ek



TEZ Gelen Kutusu X

halit çiftçi <hemsir787@gmail.com>  
Alıcı: bfmerral

18 Ara 2019 Çar 19:21

Sayın Bekir fatih hocam ben Halit ÇİFTÇİ . Bursa Uludağ üniversitesinde tezi yüksek lisans yapmaktayım kişisel iyi oluşluk ölçeğinizi kullanmak istiyoruz fakat puanlaması konusunda sıkıntı yaşıyoruz. Bu konu hakkında yardımınıza ihtiyacımız var eğer yardım ederseniz çok seviniriz şimdiden teşekkür ederiz.

Bekir Fatih Meral <bfmerral@gmail.com>  
Alıcı: ben

18 Ara 2019 Çar 22:58

Hocam, ölek gönderim makalenin ekinde. Ölek 8 madde, ters kodlu madde yok. Alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 80. Buna göre 40 ve üzeri bir puan ortalamasının üzerinde bir iyi oluşa işaret ediyor. Sayfa 122 de ayrıntılı puanlama yer alıyor. İyi çalışmalar, (klavye için uzgunum)

Fatih

EK 1. Kişisel İyi Oluş İndeksi-Yetişkin Türkçe Formu (sayfa 129)

halit çiftçi <hemsir787@gmail.com>, 18 Ara 2019 Çar, 10:21 tarihinde şunu yazdı:

Sayın Bekir fatih hocam ben Halit ÇİFTÇİ . Bursa Uludağ üniversitesinde tezi yüksek lisans yapmaktayım kişisel iyi oluşluk ölçeğinizi kullanmak istiyoruz fakat puanlaması konusunda sıkıntı yaşıyoruz. Bu konu hakkında yardımınıza ihtiyacımız var eğer yardım ederseniz çok seviniriz şimdiden teşekkür ederiz.



T.C.  
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Genel Sekreterlik



Sayı: 26468960-044/7513  
Konu: Halit ÇİFTÇİ'nin Uygulama İzni

26/02/2019

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 07.01.2019 tarihli ve 481718 02-302.14. 01/29 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda bahsi geçen Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Halit ÇİFTÇİ'nin "Kronik Hastalıklı Bireylerin Hastalıklarına İlişkin Değerlendirmelerinin İyi Oluşluk Durumuna Etkisi" konulu tez çalışması Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'nca incelenmiş olup, alınan karar ekte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi rica ederim.

*(Handwritten Signature)*

Prof. Dr. Mehmet YÜCE  
Rektör a.  
Rektör Yardımcısı

Ek:  
Karar Örneği (1 Sayfa)

*Bu Belge, 5070 sayılı Kanun hükümlerine uygun olarak elektronik imza ile imzalanmıştır.*

U.Ü Rektörlüğü Görükle Kampusu 16059 Nilüfer/BURSA  
Tel: 0 224 294 00 38 Faks: 0224 294 00 37

Bilgi İç in :Özge ABİÇ  
Tel: 0224 294 00 86

e-posta : uugs@ uludag.ed u.tr Elektronik Ağ: www.uludag.edu.tr  
uludag. rektorluk@ hs03. kep.tr

Bu belge UDOS ile hazırlanmıştır. Teyit iç in: [https://udos.uludag.ed u.tr/teyit/?a7o-s\\_tqyEicS-UbE--W3w](https://udos.uludag.ed u.tr/teyit/?a7o-s_tqyEicS-UbE--W3w)



**BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ**  
**ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİK KURULLARI**  
**(Sağlık Bilimleri Araştırma ve Yayın Etik Kurulu)**  
**TOPLANTI TUTANAĞI**

**OTURUM TARİHİ**  
05 Şubat 2019

**OTURUM SAYISI**  
2019-02

**KARAR NO 11:** Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nden alınan Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Halit ÇİFTÇİ'nin "Kronik Hastalıklı Bireylerin Hastalıklarına İlişkin Değerlendirmelerinin İyi Oluşluk Durumuna Etkisi" başlıklı araştırma kapsamında uygulanacak anket sorularının değerlendirilmesine geçildi.

Yapılan görüşmeler sonunda; Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Halit ÇİFTÇİ'nin "Kronik Hastalıklı Bireylerin Hastalıklarına İlişkin Değerlendirmelerinin İyi Oluşluk Durumuna Etkisi" başlıklı tez çalışması kapsamında uygulayacağı anket sorularının, fikri, hukuki ve telif hakları bakımından metot ve ölçeğine ilişkin sorumluluğu başvurucuya ait olmak üzere uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

Prof. Dr. Mehmet YÜCE  
Kurul Başkanı

Prof. Dr. Bahattin HAKYEMEZ  
Üye

Prof. Dr. Mustafa OĞAN  
Üye

Prof. Dr. İlker ERCAN  
Üye

Prof. Dr. Berrin TUNCA  
Üye

Prof. Dr. Ülgen GÜNAY  
Üye

Prof. Dr. Nurcan ÖZYAZICIOĞLU  
Üye

## 9. TEŐEKKÖR

Yüksek lisans eğitimim sürecince ve bu çalışmanın her aşamasında bilgi ve önerileriyle desteğini ve yardımlarını hiç esirgemeyen değerli tez danışmanım Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR hocama, eğitim öğretim hayatım boyunca maddi ve manevi desteğini ile yanımda olan eşim Selin ÇİFTCİ'ye , bilgi ve tecrübeleri ile benim hep yanımda olan Dr. Öğr. Üyesi Muhammet DEĞERMENCİ dostuma, hayatımın her anında benim yanımda olan sevgisini ve desteğini hiç esirgemeyen ailem Ali ÇİFTCİ, Şahsine ÇİFTCİ'ye sonsuz teşekkür ederim.

## 10. ÖZGEÇMİŞ

Balıkesir’de doğmuştur. Lise öğrenimini Gönen Ömer Seyfettin Anadolu Lisesinde tamamlamıştır. Lisans eğitimini 2011-2015 yılları arasında Trakya Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde tamamlamıştır. 2014-2015 yılları arasında Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesinde formasyon eğitimini tamamlamıştır. 2015- 2016 yılları arasında Kayseri Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesinde mesleğine başlamıştır. 2016 yılında Kütahya Emet ilçe hastanesinde yaklaşık 1.5 ay kadar hemşire olarak görev yapmıştır. 2016 yılının Eylül ayından itibaren Bursa Mustafakemalpaşa Devlet Hastanesinde görev yapmaya devam etmektedir.