

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KRONİK HASTALIK YÖNETİMİNDE
HASTA ROLÜ, YAŞAM KALİTESİ VE TEDAVİYE
UYUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Meryem PELİN

**Enstitü Anabilim Dalı : Hemşirelik
Enstitü Bilim Dalı : Hemşirelik**

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Havva SERT

OCAK-2017

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK HASTALIK YÖNETİMİNDE
HASTA ROLÜ, YAŞAM KALİTESİ VE TEDAVİYE
UYUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Meryem PELİN

Enstitü Anabilim Dalı : Hemşirelik
Enstitü Bilim Dalı : Hemşirelik

“Bu tez 2017 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği ile kabul edilmiştir.”

JÜRI ÜYESİ	KANAATİ	İMZA
Prof. Dr. Serap İNSAR	Başarılı	
Doc. Dr. Dilek AYGIN	Başarılı	
Yrd. Doc. Dr. Havva SERT	Başarılı	

BEYAN

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 02.05.2016 tarihinde onay olarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

02.01.2017

MERYEM PELİN



TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans eğitim süresince fikir, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım ve bu araştırmanın planlanmasından yazım aşamasına kadar fikir ve görüşleriyle beni destekleyen değerli danışmanım Yrd. Doç. Dr. Havva SERT'e, akademik alanda işe ilk başladığım andan bugüne kadar beni her zaman destekleyen, lisansüstü eğitimimde ilk adımları beraber attığım ve rol model aldığım değerli hocam Prof. Dr. Serap ÜNSAR'a, bilgi ve deneyimini hiçbir zaman esirgemeyen, yapıcı tavırlarıyla her zaman yanımda olan değerli hocam Doç. Dr. Özgül EROL'a, tezimin hazırlanması sürecinde yol gösterici ve destekleyici tavırları ile desteğini her zaman hissettiğim değerli hocam Doç. Dr. Dilek AYGİN'e, çalışmamın hazırlanmasında çok değerli katkıları olan ve içten tavırları ile her zaman yardımcı olmaya çalışan Hendek Devlet Hastanesi doktorları ve Hemşire Alev Hanıma, tezimin her aşamasında desteğini esirgemeyen sevgili eşim Osman PELİN'e, annem Ayşe İLMEK, babam Ali İLMEK ve ablam Esra İLMEK'e, çalışma arkadaşlarım Arş. Gör. Ahmet SEVEN, Arş. Gör. Serap ÇETİNKAYA, Arş. Gör. Hande AÇIL, Arş. Gör. Lale YACAN, Arş. Gör. Duygu SOYDAŞ YEŞİLYURT, Arş. Gör. Berna AKSOY, Arş. Gör. Esra Nur KOCAASLAN ve Arş. Gör. Selda ÖZTÜRK'e teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla.

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
EKLER.....	vii
KISALTMA VE SİMGELER.....	viii
TABLolar.....	ix
ŞEKİLLER.....	x
ÖZET.....	xi
SUMMARY.....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. KRONİK HASTALIK TANIMI.....	3
2.2. KRONİK HASTALIKLARDA EPİDEMİYOLOJİ.....	4
2.2.1. Dünyada Kronik Hastalıklar.....	4
2.2.2. Kronik Hastalıkların Ülkemizdeki Durumu.....	6
2.3. KRONİK HASTALIKLARIN YOL AÇTIĞI SORUNLAR.....	8
2.4. KRONİK HASTALIĞIN EVRELERİ.....	8
2.4.1. Hastalık Öncesi Dönem.....	8
2.4.2. Hastalık Dönemi.....	8

2.4.3. Stabil Dönem.....	8
2.4.4. Stabil Olmayan Dönem.....	9
2.4.5. Akut Dönem.....	9
2.4.6. Kriz Evresi.....	9
2.4.7. Geriye Dönüş Evresi.....	9
2.4.8. Düşüş Evresi.....	9
2.4.9. Ölüm Evresi.....	9
2.5. KRONİK HASTALIK YÖNETİMİNDE HASTA ROLÜ	11
2.5.1. Hasta Aktifliği Kavramı.....	11
2.5.2. Kronik Hastalıklarda Hasta Aktifliği.....	12
2.6. KRONİK HASTALIKLAR VE YAŞAM KALİTESİ.....	14
2.6.1. Yaşam Kalitesi Kavramı.....	14
2.6.2. Yaşam Kalitesinin Tarihçesi.....	14
2.6.3. Yaşam Kalitesinin Boyutları.....	15
2.6.4. Yaşam Kalitesini Etkileyen Durumlar.....	16
2.6.4.1. Yaşam Kalitesini Azaltan Durumlar.....	16
2.6.4.2. Yaşam Kalitesini Arttıran Durumlar.....	17
2.6.5. Kronik Hastalıklar ve Yaşam Kalitesi.....	17
2.7. KRONİK HASTALIKLAR VE TEDAVİYE UYUM.....	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ.....	20
3.1.1. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular.....	20

3.2. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	20
3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN.....	21
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	21
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	22
3.5.1. Tanıtım Formu.....	23
3.5.2. Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçüm Aracı (Patient Activation Measure).....	23
3.5.3. Morisky-8 Tedaviye Uyum Ölçeği (MMAS-8).....	24
3.5.4. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	25
3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEM VE SÜRECİ.....	26
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	26
4. BULGULAR.....	28
4.1.HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	29
4.2.ÖLÇEK ORTALAMALARI VE CRONBACH ALPHA DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	34
4.3.TANITICI VE SAĞLIK DURUMU İLE İLİŞKİLİ ÖZELLİKLER İLE HASTA AKTİFLİK DÜZEYİ, YAŞAM KALİTESİ VE TEDAVİYE UYUMUN KARŞILAŞTIRILMASINA VE ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BULGULAR.....	36
4.4.AKTİFLİK DÜZEYİ, TEDAVİYE UYUM VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ KORELASYONA İLİŞKİN BULGULAR.....	51
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	54

KAYNAKLAR.....	66
EKLER.....	78
ÖZGEÇMİŞ.....	90



EKLER

EK 1: Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçüm Aracı'nın Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliğini Yapan Araştırmacılardan İzin Talebi.....	78
EK 2: Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçüm Aracı'nın Orijinalini Yapan Araştırmacılardan Ölçeğin Kullanılabilmesi İçin Lisans Talebi.....	79
EK 3: Kamu Hastaneler Kurumu Sakarya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden Kurum İzni.....	80
EK 4: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı.....	81
EK 5: Tanıtım Formu.....	82
EK 6: Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçüm Aracı (PAM).....	84
EK 7: Morisky-8 Tedaviye Uyum Ölçeği (MMAS-8).....	86
EK 8: SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	87

KISALTMA VE SİMGELER

ASQOL	: The Ankylosing Spondylitis Quality of Life (Ankilozan Spondilit Yaşam Kalitesi Ölçeği)
BKI	: Beden Kitle İndeksi
BOH	: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
CCI	: Kronik Hastalıklar Komisyonu
CDC	: Hastalık Koruma ve Kontrol Merkezi
CREDIT	: Chronic Renal Disease In Turkey (Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalans Çalışması)
DM	: Diyabetes Mellitus
EQ5D	: Euroqol 5 Dimension (Yaşam Kalitesi Ölçeği)
FRAMINGHAM	: Framingham Kalp Çalışması
HT	: Hipertansiyon
KBM	: Kronik Bakım Modeli
KBY	: Kronik Böbrek Yetersizliği
KKH	: Koroner Kalp Hastalıkları
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MMAS 8	: Morisky 8 Tedaviye Uyum Ölçeği
NHANES	: National Health Nutrition Examination Survey (ABD-Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması)
OA	: Osteoartrit
PAM	: Hasta Aktivite Düzeyi Ölçüm Aracı
PatenT	: Prevalence, Awareness And Treatment of Hypertension in Turkey (Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması)
PURE	: Prospective Urban and Rural Epidemiological Study (İleriye Dönük Kentsel ve Kırsal Epidemiyoloji Çalışması)
SF 36	: Yaşam Kalitesi Ölçeği
SFT	: Solunum Fonksiyon Testi
THSK	: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
TKrHRF	: Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TURDEP	: Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması
WHO, DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
WHOQOL-BREF	: The World Health Organization Quality Of Life (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği)

TABLÖLAR

Tablo 1: Ölçeklerin Normalite Testi Sonuçları.....	28
Tablo 2: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri.....	30
Tablo 3: Hastalarda Görülen Kronik Hastalıklar.....	31
Tablo 4: Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler.....	33
Tablo 5: Ölçeklerin Puan Ortalamaları ve Cronbach Alpha Katsayıları...	35
Tablo 6: PAM ve Morisky 8 Ölçeklerinin Frekansları.....	36
Tablo 7: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre SF 36 Yaşam Kalitesi....	40
Tablo 8: Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre SF 36 Yaşam Kalitesi.....	42
Tablo 9: Morisky ve PAM Ölçeklerinin Sosyodemografik Özelliklere Göre Farklılık Gösterip Göstermediğinin Dağılımı.....	46
Tablo 10: Morisky ve PAM Ölçeklerinin Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklere Göre Farklılık Gösterip Göstermediğinin Dağılımı.....	48
Tablo 11. Yaş, BKİ, Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler ile PAM, Morisky 8 ve SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki Korelasyona İlişkin Sonuçlar.....	52
Tablo 12: PAM, SF 36 Ana ve Alt Boyutları, Morisky 8 Ölçekleri Arasındaki Korelasyona Ait Sonuçlar.....	53

ŞEKİLLER

Şekil 1: Fitzpatric ve Arkadaşlarının Çalışmasına Göre Yaşam Kalitesi Boyutları.....	15
Şekil 2: Hoes ve Sullivan’a Göre Yaşam Kalitesinin Boyutları.....	16



ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Tüm dünyada prevalansı ve insidansı gün geçtikçe artış gösteren kronik hastalıklar, bireylerin yaşamlarını kısıtlayan, birçok fiziksel, psikolojik ve sosyal soruna yol açan, hastaların tedaviye uyumlarını ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyen önemli sağlık sorunlarıdır. Hastaların tedaviye uyumlarının artırılmasında, yaşamlarındaki kısıtlılıkların ve yaşadıkları sorunların azaltılmasında en önemli faktör, hastaların tedavi ve bakım süreçlerinde aktif rol almalarıdır. Bu nedenle çalışmada kronik hastalık yönetiminde; hastaların rolünün belirlenmesi, yaşam kaliteleri ve tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM: Tanımlayıcı ve kesitsel araştırma modeli kullanılarak planlanan bu çalışma; Eylül 2016 - Kasım 2016 tarihleri arasında kurum izni ve etik kurul onayı alındıktan sonra, bir devlet hastanesinin iç hastalıkları polikliniğine başvuran 140 hasta ile yapıldı. Sosyodemografik özellikleri içeren tanıtım formu, Hasta Aktivite Düzeyi Ölçüm Aracı (PAM), Morisky 8, Tedaviye Uyum Ölçeği ve SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplanan verilerin analizi bilgisayar ortamında yüzdelik, ortalama, Cronbach Alpha, Mann Whitney U, Kruskal Wallis-H testi, Pearson Korelasyon ve Pearson Ki Kare (χ^2) testi kullanılarak yapıldı.

BULGULAR: Hastaların PAM puan ortalamasının $57,81 \pm 18,87$; Morisky 8 ölçeği puan ortalamalarının $5,08 \pm 2,31$ olduğu, SF 36 yaşam kalitesi ölçeği fiziksel ana boyutu puan ortalamasının $37,83 \pm 20,47$ ve mental ana boyutu puan ortalamasının $42,34 \pm 15,03$ olduğu, tüm alt boyutlarda ise yaşam kalitesi puan ortalamalarının $10,44 \pm 19,17$ ile $65,17 \pm 15,46$ arasında değişiklik gösterdiği belirlendi. Kronik hastalık yönetiminde hastaların %31,4'ünün aktif rol alma düzeylerinin, %51,4'ünün tedaviye uyumlarının düşük olduğu, yaşam kalitesi ölçeğinden de düşük puan aldıkları belirlendi. Öğrenim durumu, ilaçlarını düzenli kullanma durumu ve ağrı değişkenlerinin hastaların aktif rol alma düzeylerini; öğrenim durumu, cinsiyet, yaş,

medeni durum, çalışma durumu ve ağrı değişkenlerinin yaşam kalitesini; yaş, hekim önerisi dışında ilaç kullanma durumu ve hastalığına ilişkin düzenli sağlık kontrollerine gitme değişkenlerinin ise hastaların tedaviye uyumlarını etkilediği belirlendi.

SONUÇ: Hastaların aktiflik düzeylerinin, tedaviye uyumlarının ve yaşam kalitelerinin düşük olduğu, hastalıklarının yönetiminde aktif rol almalarının tedaviye uyumunu artırabileceği ve yaşam kalitelerini yükseltilebileceği belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Hasta Aktifliği, Hemşirelik, Kronik Hastalık, Tedaviye Uyum, Yaşam Kalitesi.



SUMMARY

Assessment of Patient Role, Quality of Life and Compliance of Treatment in Chronic Disease Management

INTRODUCTION AND OBJECTIVE: The chronic diseases that are increasingly prevalence and incidence all over the world are important health problems that limit the lives of the individuals, cause many physical, psychological and social problems, affect patients' treatment compliance and quality of life negatively. The most important factor in increasing the compliance of patients with their treatment, decrease the limitations in their lives and the problems they experience is that they take an active role in the treatment and care of the patients. For this reason, it was aimed to determine the role of the patients, evaluate the quality of life and treatment compliance in chronic disease management

MATERIAL AND METHOD: This methodological, descriptive and cross-sectional study was carried out on 140 patients attended to the Hendek State Hospital Internal Medicine Polyclinic between the dates of September 2016 - November 2016 after obtaining the institutional permit and the approval of ethics committee. The Data were analysed by self-description form regarding socio-demographic attributes, Patient Activation Measure (PAM), Morisky 8 Medication Adherence Scale and SF 36 Quality of Life Scale was carried out in a computer environment by using percentage, mean, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis-H, Pearson's correlation test and Pearson Chi Square test.

FINDINGS: It was determined that the mean PAM score of the patients was $57,81 \pm 18,87$; Morisky 8 scale mean scores was $5,08 \pm 2,31$; SF 36 quality of life scale mean physical dimension score was $37,83 \pm 20,47$ and mental dimension score average was $42,34 \pm 15,03$ and in all subscales the quality of life mean scores ranged from $10,44 \pm 19,17$ to $65,17 \pm 15,46$. In chronic disease management, 31,4 % of the patients were found to have low levels of taking an active role, 51,4 % of the patients

had reduction in the treatment compliance, and it was determined that the patients had low quality of life scores. It was seen that age, education status, drug use status out of the physician's recommendation and going to regular health check-ups affected the quality of life, compliance with treatment and taking an active role situations.

CONCLUSION: It has been determined that patients' activation levels, their compliance with treatment and their quality of life is low so that taking an active role in the management of illnesses of patients could improve treatment compliance and increase their quality of life.

Keywords: Chronic Illness, Quality of Life, Patient Activation, Treatment Compliance, Nursing.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

En sık kullanılan tanımı ile kronik hastalık; yaşamın uzun bir süresini kapsayan, normal fizyolojik fonksiyonlarda geriye dönüşsüz, ilerleyici olarak hasarlara neden olan ve tıbbi tedavi ve bakımın sürekliliğini gerekli kılan, bulaşıcı olmayan hastalıklardır (Akdemir 2011; Türkmen 2012; Akalın, Tanrıöver, Sayran 2012). Kalp hastalıkları, kronik solunum sistemi hastalıkları, kanser, obezite ve diyabet gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar, insanların sağlıklarını etkileyen ciddi sağlık sorunlarıdır. Bu gibi kronik hastalıklar bireylerin yaşamında bir takım kısıtlamalara ve sakatlıklara neden olmakta bunun sonucu olarak da kişilerin sosyal yaşantıları, sağlığı algılamaları bozulmakta ve bağımsızlıkları azalmaktadır (Türkmen 2012; Haçerlioğlu 2014; http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Hasta%20Psikolojisi.pdf Erişim tarihi: 19.12.2016). Dünya Sağlık Örgütü (WHO, DSÖ) 2014 verileri incelendiğinde kronik hastalıklar ve bu hastalıkların komplikasyonlarına bağlı olarak yaklaşık 38 milyon kişinin hayatını kaybettiği bildirilmiştir (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1 Erişim tarihi:19.12.2016). Türkiye’de ise tüm ölümlerin yaklaşık %86’sının kronik hastalıklardan kaynaklandığı görülmektedir (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2014/en/> Erişim tarihi: 19.12.2016). Bulaşıcı hastalıklar, beslenme sorunları ile maternal ve perinatal nedenlere bağlı ölümlerin daha fazla görüldüğü, Afrika’da bile 2030 yılında en önemli ölüm nedeninin bu hastalıklarda ziyade kronik hastalıklardan olacağı tahmin edilmektedir (http://beslenme.gov.tr/content/files/home/kuresel_durum_raporu.pdf Erişim tarihi: 19.12.2016). Kronik hastalıkların görülme oranlarının giderek artması ve buna bağlı sorunlarla hastaların sıklıkla karşı karşıya kalmaları nedeniyle

bireylerin tüm yaşamları etkilenmekte, belirli kurallara uyma zorunluluğu gelmekte ve hastalar yaşam tarzlarını değiştirmek zorunda kalmaktadırlar. Bireylerin hastalıkları nedeniyle yaşamlarında oluşan değişiklikler, yaşadıkları kısıtlamalar ve sorunlar nedeniyle de yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenmektedir. Kronik hastalık süresince hastaların yaşadıkları uyum problemleri, hastalığın etkin yönetilememesi ve istenilen hedeflere ulaşılamamasına bağlı olarak; hastaneye yatış sıklığı, komplikasyon gelişme riski ve bunlara bağlı ölüm oranları artabilmektedir (Çakır, İlhem ve Yener 2010, http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Hasta%20Psikolojisi.pdf Erişim tarihi: 19.12.2016). Hastaların tedaviye uyumlarının artırılması, bakım maliyetlerinin azaltılması ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde; kronik hastalığı olan hastaların kendi tedavi ve bakımlarında rol almaları ve sorumluluklarını alarak yaşam boyu tedavi ve bakımlarını sürdürmeleri oldukça önem kazanmaktadır. Kronik hastalığın yönetim sürecinde egzersiz, diyet, hastalığa ilişkin takiplerin (kan basıncı, kan glukoz düzeyi) doğrudan hastanın kendi kontrolü altında olmasında hastalar öncelikli olan kişilerdir. Bu nedenle hastalığın etkin yönetiminin, aktif olarak bakımına katılan hasta profili ile sağlanacağı kabul edilmektedir (Akdemir 2011; Koşar ve Besen 2015). Bu hasta profilinin oluşturulmasında en önemli görev kronik hastalık yönetiminde anahtar rol alan hemşirelere düşmektedir. Hemşireler tarafından hastaların kronik hastalık yönetiminde rol almasının sağlanmasında öncelikle hastaların aktiflik düzeyini belirlemesi ve buna yönelik planlamalar yapmaları gerekmektedir. Literatürde genellikle hastanın aktif rol alma durumunu inceleyen çalışmalar olmakla birlikte, aktiflik düzeyi, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumun birlikte değerlendirildiği çalışmaların çok az sayıda olduğu, ülkemizde ise bulunmadığı görüldü. Bu nedenle çalışma kronik hastalık yönetiminde hastaların rolünün belirlenmesi, yaşam kaliteleri ve tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi amacıyla planlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KRONİK HASTALIK TANIMI

Dünya Sağlık Örgütü kronik hastalıkları “uzun süren ve yavaş ilerleme gösteren hastalıklar” olarak, kronik durumu “birkaç yıl ya da on yıl süresince sürekli sağlık bakımına ihtiyaç duyulan sorunlar” olarak tanımlamaktadır (Türkmen 2012). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK)’na göre de kronik hastalık; bir ya da daha uzun yıllar sürebilen, sürekli tıbbi destek gerektiren ve/veya günlük yaşamı kısıtlayan durum olarak tanımlanmaktadır (Akalin ve ark 2012). Birçok farklı tanımın yanı sıra en yaygın anlamıyla kronik hastalık; bir veya daha fazla sistemde geriye dönüşümsüz olarak yapısal ve fonksiyonel bozukluklara yol açan, sürekli olarak bakım ve tıbbi tedavi gereksinimi duyulan, bulaşıcı olmayan ve uzun süren hastalıklar olarak tanımlanmaktadır (Akdemir 2011, Comlossoy 2013). Kronik hastalıklar komisyonu (CCI; Commission on Chronic Illness) ise; sıklıkla tam olarak iyileşmesi mümkün olmayan, sürekli devam eden, yavaş yavaş ilerleyen, çoğunlukla kalıcı olarak sakatlıklara neden olan, oluşumunda sosyo-ekonomik ve genetik faktörlerin yer aldığı, genellikle enfeksiyöz olmayan tipte hastalıklar şeklinde tanımlamaktadır (Hançerlioğlu 2014, <https://www.cdc.gov/chronicdisease/overview/> Erişim Tarihi: 19.12.2016). Kronik hastalığın akut hastalıktan farkı iyileşmemesi ve ilerlemesinin kendisiyle kısıtlı olmaması olarak ifade edilmektedir. Kronik hastalık; uzun bir zamana yayılan, en az 3 ay olmakla birlikte sıklıkla yaşam boyu devam eden ve tedavisi olmayan hastalıkları isimlendirmek için kullanılmaktadır (Acar 2011).

2.2. KRONİK HASTALIKLAR EPİDEMİYOLOJİ

Eskiye kıyasla tedavi olanaklarının artması; hastalık nedeniyle ölümlerde gözle görülür azalmaya, doğumda beklenen yaşam süresinin uzamasına ve bakım gereksinimi olan kronik hastalıkların artmasına sebep olmuştur (Kahraman, Zincir, Kaya 2012).

2.2.1. Dünyada Kronik Hastalıklar

Dünya Sağlık Örgütü 2014 verileri incelendiğinde 2012 yılında kronik hastalıklar ve bu hastalıkların komplikasyonlarına bağlı olarak yaklaşık 38 milyon kişinin hayatını kaybettiği bildirilmiştir

(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1

Erişim tarihi:19.12.2016). Bulaşıcı hastalıklar, beslenme sorunları ile maternal ve perinatal nedenlere bağlı ölümlerin daha fazla görüldüğü Afrika’da bile 2030 yılında en önemli ölüm nedeninin bu hastalıklarda ziyade kronik hastalıklara bağlı olarak gerçekleşeceği tahmin edilmektedir

(http://beslenme.gov.tr/content/files/home/kuresel_durum_raporu.pdf Erişim tarihi:

19.12.2016). DSÖ’nün 2010 yılı küresel durum raporuna göre 2008 yılında dünya genelinde 57 milyon ölümün 36 milyonu (%63) diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, kanser ve kronik solunum yolu hastalıkları başta olmak üzere bulaşıcı olmayan hastalıklardan (BOH) kaynaklanmıştır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların etkisinin artması ve nüfusun yaşlanmasıyla birlikte bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin de artacağı tahmin edilmektedir. Artıştaki en büyük rolün orta ve düşük gelirli bölgelere bağlı olması öngörülmektedir. Aynı rapora göre BOH’lara bağlı ölümlerin 2010 ve 2020 yılları arasında %15 oranında artış göstereceği öngörülmekte hatta bu artışın Afrika, Doğu Akdeniz ve Güneydoğu Asya bölgelerinde %20’yi aşması beklenmektedir. BOH’lara bağlı hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin en çok 10,4 milyon ile Güneydoğu Asya bölgesi ve 12,3 milyon ile de Batı pasifik bölgesinde beklendiği ifade edilmiştir. Diğer bir yandan yine DSÖ’nün tahminlerine göre Avrupa bölgesinde hiçbir artış olmayacağı öngörülmektedir. 2008 yılında düşük

ve orta gelirli ülkelerde yaşlar standardize edilerek belirlenen BOH nedenli ölüm sayısı kadınlarda her 100.000'de 565, erkeklerde ise 100.000'de 756'dır. Bu değerlerin yüksek gelirli ülkelerde yaşayan kadın ve erkeklere göre sırasıyla %85 ve %65 yüksek olduğu belirtilmiştir. 2008 yılında BOH kaynaklı ölümlerin temel nedenleri incelendiğinde 17 milyon ölüm (BOH kaynaklı ölümlerin %48'i) olmak üzere kardiyovasküler hastalıklar ilk sıradadır. Bu sırayı 7,6 milyon ölüm (BOH kaynaklı ölümlerin %21'i) ile kanserler, 4,2 milyon ölüm ile astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) gibi solunum sistemi hastalıkları, 1,3 milyon ölüm ile diyabet izlemektedir. Kardiyovasküler hastalıklar ve diyabet nedenli ölümlerin %80'den fazlası ve KOAH kaynaklı ölümlerin yaklaşık %90'ı orta ve düşük gelirli ülkelerde gerçekleşmiştir. 70 yaş altı BOH nedenli ölümlerin en önemli sebebi %39 oranında kardiyovasküler hastalıklardır. Bunu %27 ile kanserler takip etmektedir. Sindirim sistemi hastalıkları, kronik solunum yolu hastalıkları ve diğer BOH'lar hepsi birlikte ölümlerin yaklaşık %30' undan sorumludur. %4 oranında da ölümlerin diyabetten kaynaklandığı görülmektedir (http://beslenme.gov.tr/content/files/home/kuresel_durum_raporu.pdf Erişim tarihi: 19.12.2016). DSÖ 2014 raporuna göre de BOH'lara bağlı ölümlerin % 82'sinden dört ana (kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet) kronik hastalığın sorumlu olduğu bildirilmektedir. Kronik hastalıklara bağlı tüm ölümlerin % 42'si 70 yaşından önce görülmektedir. Düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde kronik hastalığa bağlı ölümlerin % 48'i ve yüksek gelirli ülkelerdeki ölümlerin ise % 28'i 70 yaşın altındaki bireylerde gerçekleşmektedir. Kronik hastalıklara bağlı ölümlerdeki en büyük artış Güneydoğu Asya ve Batı Pasifik bölgesinde olmuştur. 2014 raporunda yaşlar standardize edilerek belirlenen BOH nedenli ölüm oranının 100.000'de 539 olduğu bildirilmiştir (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1).

Hastalık Koruma ve Kontrol Merkezi'ne (CDC) göre Amerika'da ölümlerin üçte ikisinin kronik hastalıklardan kaynaklandığı belirtilmektedir. Kalp hastalıkları, kanserler, solunum yolu hastalıkları ve inmenin Amerika'nın önde gelen ölüm nedenleri olduğu ve yaklaşık olarak yıllık ölümlerin yarısının kalp hastalıkları ve kanserler nedeniyle gerçekleştiği belirtilmektedir. Yine önemli komplikasyonlara neden olabilen diyabetin insidansının artmakta olduğu ve Amerika'da 7. ölüm nedeni

olduğu ifade edilmektedir. Son yıllarda her yaş grubunda kronik hastalık insidansı istikrarlı bir artış göstermektedir. 21. Yüzyılın başlarında, 125 milyon Amerika vatandaşında en az bir kronik hastalık bulunduğu, 2005 yılına gelindiğinde bu sayının 133 milyona ulaştığı belirtilmekte ve uzmanlar 2020 yılına kadar 157 milyon kişinin etkileneceğini öngörmektedirler (Comlossoy 2013). Diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, solunum yolu hastalıkları ve kanser gibi kronik hastalıkların yanı sıra eklem bağ dokusu hastalıkları görülme oranlarında da artış görülmektedir. Hemen her yaş grubunu etkileyebilen osteoartrit (OA) prevalansının da erkeklerde 50, kadınlar da ise 40 yaşın üzerinde ciddi şekilde arttığı bilinmektedir. DSÖ'nün tahminlerine göre 65 yaş üstü bireylerin ortalama 4'te 1'inde osteoartrite bağlı ağrı ve fonksiyon kaybı olduğu bildirilmektedir (Bodur 2011). National Health and Examination Survey (NHANES) III çalışmasında 60 yaş üstü bireylerin hemen hemen %37'sinde radyografik OA ve FRAMINGHAM çalışmasının katılımcılarında da %27,2'sinde radyografik el OA'sı vardır (Bodur 2011).

2.2.2. Kronik Hastalıkların Ülkemizdeki Durumu

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2014 yılında yayınladığı ülkeler bazındaki raporda Türkiye'de tüm ölümlerin %86'sının kronik hastalıklar nedeniyle gerçekleştiği belirtilmiştir. Dünyadaki kronik hastalık profiline benzer şekilde ülkemizde de tüm ölümlerin %47'sini kardiyovasküler sistem hastalıklarının oluşturduğu ve %22'lik oranla kanserin bunu izlemekte olduğu görülmektedir. Yine aynı raporda ülkemizde %8 oranında kronik solunum hastalıkları ve %2 oranında diyabete bağlı ölümlerin rapor edildiği ve diğer kronik hastalıklara bağlı ölümlerin %7'lik orana sahip olduğu belirtilmiştir (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2014/en/> Erişim tarihi: 19.12.2016). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 ölüm nedeni istatistiklerine göre ölümlerin %40,3'ünün (157.965 kişi) dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklandığı, ikinci sırada da malign ve benign tümörlerin, vakaların %20'sini (78.661 kişi) oluşturduğu görüldü. TÜİK verilerinde; solunum sistemi hastalıkları ile endokrin, beslenme ve metabolizmaya bağlı hastalıkların sırasıyla %11,1 (43.566) ve %5 (19.728) oranlarıyla kanserleri takip ettiği bildirilmektedir (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21526> Erişim

tarihi: 19.12.2016). Türkiye’de yetişkinlerdeki hipertansiyon prevalansı, tedavisi ve kontrolü ile bunları etkileyen etmenleri saptamak amacıyla 2012 yılında yapılan Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması (PatenT-2)’nda hipertansiyon prevalansının erkeklerde %28,4, kadınlarda %32,3 olduğu bildirilmiştir. Bölgelere göre hipertansiyon prevalansına bakıldığında %38,7 ile Doğu Karadeniz Bölgesi’nin ilk sırada, %37 ile de Batı Karadeniz Bölgesi’nin ikinci sırada yer aldığı ifade edilmektedir. Hipertansiyon (HT) prevalansının en düşük olduğu bölgenin ise Güneydoğu Anadolu (%22,2) Bölgesi olduğu belirtilmiştir (http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php Erişim tarihi: 19.12.2016). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması (TKrHRF-2011)’na göre de Koroner Kalp Hastalıkları (KKH) sıklığının 15 yaş üzeri nüfusta erkeklerde %4, kadınlarda %2 olduğu, yaş ile birlikte artış gösterdiği ve 75 yaş üzerinde %20’ye yaklaştığı bildirilmiştir. Aynı araştırmanın sonuçlarına göre hipertansiyon prevalansı %23,7 olup, erkeklerde %21,1; kadınlarda ise %26,1’dir. Diyabet tanısı olduğunu bildirenlerin oranı %7,8 olup, kadınlar ve erkeklerin oranı sırasıyla %8,7 ve %6,8’dir. Türkiye’de Kronik Böbrek Hastalığı (CREDIT) (2008) çalışmasında genel popülasyonda KBY prevalansı %15,7 olduğu ve eşlik eden hastalıklar incelendiğinde de diyabet prevalansının %12,7; HT %32,7 olduğu, İleriye Dönük Kentsel ve Kırsal Epidemiyoloji Çalışması (PURE 2012) çalışmasında diyabet prevalansı %17,9 ve Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi (TURDEP) II (2010) çalışmasında diyabet prevalansının %16,5 olduğu, HT prevalansının %31,3 olduğu bildirilmektedir. TKrHRF (2011) çalışmasında 15 yaş üzeri diyabet prevalansı %11,1 olarak saptanmıştır. Çalışmada cinsiyet ve yaşa standardize, solunum fonksiyon testi sonuçlarına dayalı olan KOAH sıklığı %5,3 olup, bu oran kadın ve erkeklerde sırasıyla %5,1 ve %5,6’dır (Ünal, Ergör, Horasan, Kalaça, Sözmez 2013, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/B%C3%B6brek%20Has.%202014-2017%20Pdf.pdf>, http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf, <http://www.metsend.org/pdf/PURE-metsend.pdf> Erişim Tarihleri 19.12.2016).

2.3. KRONİK HASTALIKLARIN YOL AÇTIĞI SORUNLAR

Kronik hastalıklar; hastalığın tıbbi yönetiminin zorluğuna ek olarak fizyolojik ve sosyal sorunlara da yol açabilirler. Mevcut olan bir kronik hastalık başka bir kronik hastalığın gelişimine de neden olabilmektedir. Diyabet hastalığının nörolojik, görmeye ilişkin sorunlar ve böbrek hasarına yol açması buna örnek olarak verilebilir. Kronik hastalıklar yerine getirilemeyen roller, hastalığın getirdiği kısıtlılıklar nedeniyle gelirin azalması, beden imajı ve yaşam biçiminde bozulma, sosyal hayatın etkilenmesi, tedavinin maliyetinin artması gibi birçok sorunu da beraberinde getirmektedir (Gülseven ve Oğuz 2014). Kronik hastalık varlığında bireyin içerisinde bulunduğu evreye göre bireyin tıbbi ve hemşirelik sorunları ile bu sorunlara yönelik çözümler hasta ve ailesinin gereksinimlerine göre değişiklik göstermektedir. Bu sebeple hastalığın evrelerinin tanımlanması gerekmektedir (Akdemir 2011);

2.4. KRONİK HASTALIĞIN EVRELERİ

2.4.1. Hastalık Öncesi Dönem

Bireyin yaşam biçimi davranışları ve genetik faktörleri nedeniyle risk altında olduğu evredir (Akdemir 2011, Gülseven ve Oğuz 2014).

2.4.2. Hastalık Dönemi

Sıklıkla hastalığa ilişkin semptomlar belirgin değildir. Değerlendirme ve tanı yöntemleri kullanılması ile kesinlik kazanır (Akdemir 2011, Gülseven ve Oğuz 2014).

2.4.3. Stabil Dönem

Semptomların ve buna bağlı yetersizliklerin kontrol altında olduğu durağan bir dönemdir (Akdemir 2011, Gülseven ve Oğuz 2014).

2.4.4. Stabil Olmayan Dönem

Komplikasyonların görülmeye başlandığı dönemdir. Bu evrede semptomlar yeniden görülmeye başlar ve hastalık yeniden aktifleşir. Günlük yaşam etkilenmiştir. Sorunun ortadan kaldırılması için yeni yöntemler ve uygulamalar gerekmektedir (Akdemir 2011, Gülseven ve Oğuz 2014).

2.4.5. Akut Dönem

Ani gelişen ve kontrol altına alınamayan belirti ya da komplikasyonlar ile seyreder. Çoğunlukla hastaneye yatış gerekebilir (Akdemir 2011, Gülseven ve Oğuz 2014).

2.4.6. Kriz Evresi

Acil bakım ve tedaviyi gerekli kılan, yaşamı tehdit edici durumlarla karakterize dönemdir (Akdemir 2011, Gülseven ve Oğuz 2014).

2.4.7. Geriye Dönüş Evresi

Kronik durumdan kaynaklanan sınırlılıklar ile kabul edilmesi gereken bir yaşam biçimini öğrenmeyi gerekli kılan evredir (Akdemir 2011, Gülseven ve Oğuz 2014).

2.4.8. Düşüş Evresi

Bu dönemde yetersizlikler ilerleyici, semptomlar çok daha yoğundur ancak buna rağmen tedavi ve uygun bakım mevcuttur (Akdemir 2011, Gülseven ve Oğuz 2014).

2.4.9. Ölüm Evresi

Bireyin durumunda zamanla ya da hızlı bir gerileme mevcuttur. Hastalığın yönetilmesi oldukça zordur. Vücut fonksiyonları yaşamı sürdürmek için yetersizdir (Akdemir 2011, Gülseven ve Oğuz 2014).

Kronik hastalıkların evrelerinde ve hastalığın yönetimi sırasında ortaya çıkan sorunları yanı sıra hastalık ilk olarak tanılandığında kişiler birtakım duygusal aşamalardan geçerler. Bu aşamalar kişinin içinde bulunduğu durum ile baş etme mekanizmalarıdır. Kişilerin geçmiş deneyimleri, yaşı, tanılanan hastalığın ciddiyeti gibi durumlar evrelerin süre ve şiddetini etkilemekle beraber Matson ve Brooks'un

öne sürdükleri kronik hastalığa uyum modeline göre bireyler ilk tanı aldıklarına şok, inkar, kabullenme ve uyum evrelerini deneyimlerler (Acar 2011, http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Hasta%20Psikolojisi.pdf Erişim tarihi: 19.12.2016). Bu süreçte depresyon ve evrelerin ilişkisine bakıldığında belirsizlik ve inkar aşamasında hastaların depresyon düzeylerinin en yüksek olduğu ve hasta durumu kabullendikçe ve uyum aşamasına doğru yaklaştıkça depresif semptomların azaldığı ifade edilmektedir (Onat, Delialioğlu, Özel S 2015). Modele göre hastaların yaşadıkları evreler;

- **Belirsizlik:** Hastalığına ilişkin yeterince bilgiye sahip olamaması nedeniyle hastaların anksiyeteleri vardır. Hastalar kendi içlerinde ‘bunlar bana mı söyleniyor, neler oluyor, bana ne olacak, benim neyim var’ gibi sorulara yanıt bulmaya çalışırlar. Uyuşukluk hissi vardır (Acar 2011, http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Hasta%20Psikolojisi.pdf Erişim tarihi: 19.12.2016).
- **İnkâr:** Bireyler sıklıkla ‘hayır, bu benim başıma gelemmez, doktor deneyimli değil, tahlil sonuçlarında hata vardır’ şeklinde ifadeler kullanırlar. Genellikle bu aşamada hastalar farklı farklı doktorlara giderler ve durumlarını kabul etmekten kaçınırlar (Acar 2011, http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Hasta%20Psikolojisi.pdf Erişim tarihi: 19.12.2016).
- **Kabullenme:** Bu aşamada bireylerde beden imajına ilişkin değişiklikler vardır. Hastalığı günlük yaşantıları ile uyumlandırmaya, yaşam kalitelerini korumaya ve yükseltmeye çalışırlar (Acar 2011, http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Hasta%20Psikolojisi.pdf Erişim tarihi: 19.12.2016).
- **Uyum:** Bu aşamada ise bireyler hastalığın günlük yaşamlarına olan etkilerine uyumlu, iş ve günlük yaşamı ile hastalıkları arasındaki dengeyi sağlamışlardır. Bu evrede aile ve yakınındaki kişiler hastanın gerçek dışı beklentiler içine girmemesi konusunda önemli bir role sahiptir (Acar 2011, http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Hasta%20Psikolojisi.pdf Erişim tarihi: 19.12.2016).

Ludder-Jackson ve Vessey (1996), kronik hastalık tanısının konulması ya da hastalık sürecinde hastalarda a) hastalığın bireyin işlevselliğini kısıtlaması, b) fiziksel görünümünde bozukluğa neden olması, c) kişiyi ilaç tedavisine bağımlı hale getirmesi, d) tıbbi teknoloji ya da özel bir diyet gerektirmesi, e) hastanın sosyal yaşamında (ev, iş, okul) devam eden ilaç tedavisi gerektirmesi, f) normal şartlarda sağlığın korunması için gerekli olandan çok daha fazla ve yoğun bir şekilde tıbbi desteğe ihtiyaç duyulması gibi parametrelerden bir ya da daha fazlasının bulunması gerektiğini belirtmektedir (Gökler 2008, Acar 2011). Bu parametrelerin çokluğu hastaların uyumlarını zorlaştırmakta ve yukarıda da belirtildiği gibi pek çok sorunla karşı karşıya kalmalarına neden olarak yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilenmesine yol açmaktadır. Bu sorunların üstesinden gelinmesinde ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde en önemli rol hastanın kendisine düşmektedir. Birey hastalık yönetiminde ne kadar rol üstlenirse, sorumluluk alırsa daha etkin bir kronik hastalık yönetimi sağlanabilmektedir (Gülseven ve Oğuz 2014, Koşar ve Besen 2015).

2.5. KRONİK HASTALIK YÖNETİMİNDE HASTA ROLÜ

Kronik hastalıkların kontrol altına alınabilmesi için ilaç tedavisine uyulması gerekmektedir. Tedavi planına uyumsuz olunması komplikasyon gelişme ihtimalini arttırarak hastalık sürecini hızlandırır. Kronik hastalıkların yönetilmesi bilgi ve planlama becerisi gerektiren, zaman alıcı oldukça güç bir durumdur. Bireyler hastalık ve bakım süreçleri ile ilgili yeni şeyler öğrendiği için bu süreç bir keşif sürecidir. Bireyler bu süreçte semptomlarını ve kronik hastalıklarını nasıl yöneteceklerini öğrenmektedir (Gülseven ve Oğuz 2014). Bu nedenle hastaların bakım ve tedavi süreçlerinde aktif rol almaları önemlidir (Koşar ve Besen 2015).

2.5.1. Hasta Aktifliği Kavramı

Hasta aktifliği; hastanın mevcut sağlık durumunu ve sağlık durumuna ilişkin bakımlarını yönetmek amacıyla sağlık personellerinden bağımsız girişimlerde

bulunma hususundaki isteklilik ve yeteneğini belirtmek için kullanılan bir kavramdır (Hibbard and Greene 2013). Hibbard ve arkadaşlarının tanımlamasına göre aktif hasta; bakımı sürecinde kendisinin önemli bir role sahip olduğuna inanan, sağlığını nasıl yöneteceğini, fonksiyonlarındaki gerilemeyi nasıl azaltacağını bilen ve sağlık ekibi ile işbirliği yapabilecek yetenek ve davranışın yanı sıra bilgi, beceri ve güvene sahip olan bireylerdir (Hibbard and Greene 2013; Koşar ve Besen 2015). Aktivasyon, hastaların tıbbi tavsiyeleri takip etmesine odaklanan tedaviye uyumdan farklıdır. Uyumdan ziyade aktivasyon ve hasta katılımı üzerine yoğunlaşılması, çoğunlukla hastaların sağlıklarını kendi kendilerine yönetmelerine ve günlük olarak sağlıklarını etkileyecek kararlar almalarına yani hastalık yönetiminde rol almalarına olanak sağlar (Hibbard and Greene 2013).

2.5.2. Kronik Hastalıklarda Hasta Aktifliği/Rolü

Hasta aktifliği konusundaki girişimler kanser, hipertansiyon, diyabet, son dönem böbrek hastalıkları gibi kronik hastalığı olan hastalar için geliştirilmiştir (Alegria et al 2009). Kronik hastalığa sahip bireylerin hastalıklarının alevlenme evresinde hastaneye yatmaları gerekebilir fakat primer olarak bakım, evde sürdürülmektedir. Evde bakımın devam etmesi hastalığa sahip olan bireylerin günlük yaşamlarında sürekli zaman geçirdikleri ailelerini de oldukça fazla etkileyebilmektedir. Hastanın mevcut durumuna uyum göstermesi ve günlük yaşamını sürdürebilmesi için ailesiyle birlikte değerlendirilmelidir. Bu bağlamda hastalara hastalığa ilişkin teknik bilgiler ve problem çözme eğitimleri verilmelidir. Hastalar; günlük yaşam aktivitelerini kendileri yapabilmeyi öğrenmeli, hastalığının tedavi ve bakım sürecinde sorumluluk alabilmeli, kendine güvenmeli ve kontrolün kendinde olduğunu hissetmelidir. Aktif bir hasta; hastalığının öz-yönetiminde önemli bir yere sahip olduğunu bilir ve sağlık çalışanları ve destek sistemleri ile işbirliği yapar, durumunu nasıl yönetmesi gerektiğini, fonksiyonlarını ve sağlık durumunu nasıl koruyacağını bilir (Türkmen 2012, Koşar ve Besen 2015).

Sağlık sistemlerinde akut bakım hizmetine, kronik bakım ile ilgili sistematik olarak değerlendirme, eğitim ve izlem, önleme ile ilişkili girişimleri entegre etmek çok

zordur. Kronik bakım gereksinimi olan bireyler için yeni modellerin geliştirilmesi gerekmektedir. Buradan yola çıkarak Wagner ve arkadaşları tarafından kronik hastalığı olan kişi ve gruplara bakım verirken kullanmak üzere “Kronik Bakım Modeli (KBM)” geliştirmiştir (Türkmen 2012). Model 2002 yılında DSÖ tarafından gözden geçirilerek yeniden yapılandırılmıştır (İncirkuş ve Nahçıvan 2015). Bu model; kliniklerde kullanılmak üzere bilgi sistemleri, toplumsal kaynaklar, kendi kendini yönetebilme eğitimleri, hizmet sunum sisteminin yeniden tasarlanması ve karar destek sistemleri ve sağlık bakım organizasyonunu ele almaktadır. Diğer bir deyişle primer sağlık hizmetleri, sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik hizmetlerin ön plana çıkarılmasını hedeflemektedir (Türkmen 2012, İncirkuş ve Nahçıvan 2015).

Modelin amacı; kronik hastalığa sahip bireylerin günlük bakımını yalnızca akut duruma müdahale edilmesine odaklanan ve tedavi edici bakıma yönelen sistemden çok planlı ve toplumu temel alan bakımı hedefleyen bir modele dönüştürmektir (İncirkuş ve Nahçıvan 2015). Modelde yer alan bölümler, kanıtlara dayandırılmış müdahaleleri etkin ve verimli uygulamak için bilgi düzeyi ve farkındalığı yüksek aktif bir hastanın olmasını ve yine bilgi düzeyi yüksek, çok yönlü sağlık ekibinin bulunmasını ve sağlık ekibi ile hasta arasındaki etkileşimin devamlılığının sağlanmasını içermektedir. Özetle modele göre; deneyimli ve donanımlı bir sağlık ekibi ve onlar ile iletişim halinde olan bilgili ve aktif hastalar yer almaktadır (Türkmen 2012). Literatür incelendiğinde Hasta Aktivite Düzeyi Ölçüm Aracının (PAM) kısa formunun geliştirildiği çalışmada dahil olmak üzere çalışmalarda hastaların aktivite düzeyleri puan ortalamalarının 58,00 ile 70,70 arasında değişiklik gösterdiği ve hastaların aktifliğin üçüncü aşamasında oldukları görülmektedir (Rask et al 2009; Chubak et al 2012; Franz et al 2013; Magnezi and Glasser 2014a; Graffigna et al 2015; Hibbard et al 2005; Ngooi et al 2016; Rademakers et al 2016; Blakemore et al 2016). Buna göre hastaların eyleme geçme aşamasında oldukları yani hastalık nedeniyle olması gereken değişikliklere uyum sağlama eğiliminde oldukları fakat davranışları destekleyecek beceri ve güven eksiklikleri olabilir.

2.6. KRONİK HASTALIKLAR VE YAŞAM KALİTESİ

Kronik hastalığa sahip bireyler yaşamlarındaki değişikliklere uyum sağlamak, bunun yanı sıra da değişen yaşam tarzının neden olduğu fiziksel ve sosyal sorunlarla da baş etmek durumunda kalabilmektedir. Tüm bunlar bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Acaray ve Pınar 2004).

2.6.1. Yaşam Kalitesi Kavramı

Kaliteli yaşam; bireylerin temel ihtiyaçlarını karşılayabildiği, zihinsel, ruhsal ve kültürel olarak gelişebilmesi için elverişli imkanlara sahip olduğu yaşamdır. Yaşam kalitesi de, kişinin yaşamından memnun olması olarak tanımlanmaktadır (Torlak ve Yavuzçehre 2008). Bir başka tanımda yaşam kalitesinden; mutlu olma, yaşamdan hoşnut olma hali, genel olarak da iyi olma hali olarak bahsedilmektedir (Eser 2012). Farklı bir tanımda da yaşam kalitesi; bireyin yaşamakta olduğu kültür ve değer sistemi içerisinde, amacı, standartları, ilgisi ve beklentisi ile bağlantılı olarak yaşamında durduğu yeri algılaması şeklinde ifade edilmektedir (Göçgeldi ve ark 2008). Bireylerin, yaşamlarının kalitelerini sorgulamaları doğal bir süreçtir. Kalite süreci içinde bireylerin kaliteli yaşam hedef ve beklentileri bireysel farklılıklar göstermektedir (Torlak ve Yavuzçehre 2008).

Yaşam kalitesi; sürekli olarak değişim ve gelişim göstermesi, çok yönlü olması, bireysellik göstermesi, bireylerin yaşamlarında ne olmak ve nasıl yaşamak istediği, nelerden zevk aldığını ifade etmesi, psikolojik, ekonomik, sosyal ve kültürel faktörlerden etkilenebilmesi nedeniyle tanımının yapılması zor bir kavramdır (Akdemir 2011).

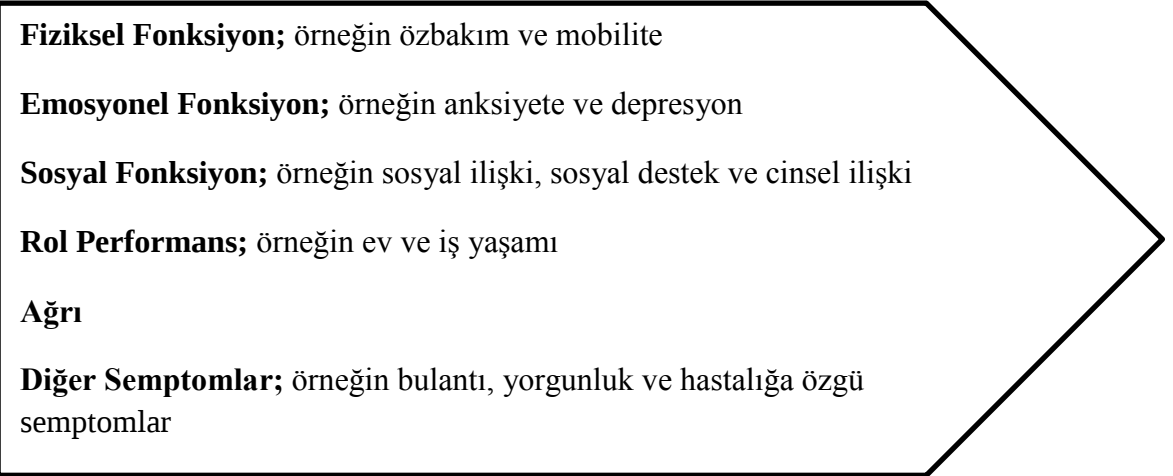
2.6.2. Yaşam Kalitesinin Tarihçesi

Yaşam kalitesi yıllarca felsefenin tartışma konusu olmuştur. Antik ve orta çağda yaşam kalitesi; en üst düzeyde erdem, mükemmellik durumu, en üst derecede güzelliklere sahip olma olarak değerlendirilmiştir. 1960'lı yıllarda ekonomi ve

sosyolojinin konuları arasında yer almaya başlayan yaşam kalitesi kavramı, ekonomistler ve sosyologlar tarafından farklı şekilde kullanılmıştır. Ekonomistler yaşam kalitesini; ulusal üretim ve ulusal gelir satın alma gücü olarak betimlerken, sosyologlar ise barınma, çalışma ve sosyal durum boyutları açısından ele alarak tanımlamışlardır. 1970’li yıllarda psikologlar tarafından yaşam doyumu boyutuyla gündeme gelmiş ve tıp alanında ancak 1970’lerden sonra yer almaya başlamıştır. 1980’li yıllardan sonra da hemşirelik alanına girmiştir (Akdemir 2011).

2.6.3. Yaşam Kalitesinin Boyutları

Yaşam kalitesi farklı boyutlarda ele alınmaktadır. Fitzpatric ve arkadaşlarının çalışmasına göre (Şekil 1), Hoes ve Sullivan’a göre (Şekil 2) yaşam kalitesinin boyutları aşağıdaki şekilde belirtilmiştir;



Şekil 1: Fitzpatric ve Arkadaşlarının Çalışmasına Göre Yaşam Kalitesinin Boyutları (Fitzpatrick et al 1992)

Hoes ve Sullivan’a Göre Yaşam Kalitesinin Boyutları			
Psikolojik esenlik • Doyum alma • Oto kontrol • Yararlılık • Anksiyete • Beden imajı • Meşguliyet	Fiziksel esenlik • İştah • Yeme/içme • Cinsel ilişki • Uyku • Yorgunluk • Sağlık-Hastalık Algısı	Sosyal ve bireysel esenlik • Sosyal çevresi ile ilişkileri • Sosyal etkinlikler • Mahremiyet • Başkalarından destek görme • Çevrede benimsenme durumu	Parasal/maddi esenlik • Geleceğe ilişkin güven • Barınma • Sigorta • İş güvencesi

Şekil 2: Hoes ve Sullivan’a Göre Yaşam Kalitesinin Boyutları (Akdemir 2011)

2.6.4. Yaşam Kalitesini Etkileyen Durumlar

2.6.4.1. Yaşam Kalitesini Azaltan Durumlar

- Temel gereksinimleri karşılayamama,
- Günlük yaşam aktiviteleri ve özbakım davranışlarının yetersizliği,
- Beden imajı değişiklikleri,
- Cinsel işlevlerde bozukluk olması,
- Ağrı,
- Duygu durum bozuklukları,
- Anksiyete,
- Kronik yorgunluk,
- Gelecek kaygıları,
- Akut sağlık sorunları,
- Kronik sağlık sorunları yaşam kalitesini azaltmaktadır (Akdemir 2011, Türkmen 2012).

2.6.4.2. Yaşam Kalitesini Arttıran Durumlar

- Ekonomik ve sosyal güvencenin olması,
- Güven duygusu,
- Çevresi ile olumlu iletişim içerisinde olma,
- Yaşantının anlamlı ve aktif olması,
- Mahremiyete önem verilmesi,
- Kendini ifade edebilme,
- Fonksiyonel yetersizlikler,
- İtibar görmek,
- Otonomi sahibi olmak,
- Huzurlu hissetmek,
- İnanç ve değerlere saygı gösterilmesi yaşam kalitesini arttırmaktadır (Akdemir 2011).

2.6.5. Kronik Hastalıklar ve Yaşam Kalitesi

Kronik bir hastalığa sahip olan bireyler, hastalık belirtileri ile başa çıkma, tedavi ile ilgili sıkıntılar, geleceğe yönelik kaygılar gibi pek çok negatif durum deneyimleyebilmekte ve bunun sonucu olarak fiziksel, bilişsel ve sosyal yaşamları etkilenmektedir (Kumsar ve Yılmaz 2014). Kronik hastalıkların yönetiminde profesyonel sağlık ekibinin temel görevi, hasta ve ailesine eğitim vermek ve danışmanlık yapmaktır. Bu eğitim ve danışmanlık bireyin ve ailesinin güçlenmesi, hastalık ve beraberinde getirdiği sorunlar ile baş etmesi ve bunun bir sonucu olarak öz yeterliliğinin gelişmesine katkı sağlamaktadır. Öz yeterliliğinin yükseltilmesi, hastanın tedaviye uyumunu kolaylaştırmakta, akut ve kronik komplikasyon riskini azaltmaktadır. Bu sayede hastanın fiziksel yeterliliği artırılarak yaşam kalitesi geliştirilmektedir. Bu nedenler ile kronik hastalığın hasta üzerindeki sadece fizyolojik etkileri değil, yaşam kalitesi üzerine etkilerinin de değerlendirilmesi gerekmektedir (Kumsar ve Yılmaz 2014). Farklı kronik hastalıklar ile yapılan birçok çalışmada (Demir ve ark 2003, Acaray ve Pınar 2004, Erdem ve Ergüney 2005, Göçgeldi ve ark 2008, Kaya 2014) kronik hastalıkların bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği ve kronik hastalığın evresinin ilerlemesiyle birlikte yaşam

kalitesinde gerilemeler olduğu gör÷lmektedir. TKrHRF alışması temel bulgular raporunda da, EQ5D yaşam kalitesi leği ile değerlendirme yapıldığı belirtilmektedir. Değerlendirme sonuçlarına göre T÷rk toplumunda ölçeğin hareket edebilme, ağrı/rahatsızlık ve endişe/moral bozukluğu ile ilgili olan alanlarında sorun yaşanmaktadır. Raporda kadınların yaşam kalitesinin daha kt÷ olduğu, her 10 kadından drd÷n÷n ve her 10 erkekten de ikisinin ağrı/rahatsızlık ve endişe/moral bozukluğu alanlarında, her 10 kadından ÷n÷n ve her 10 erkekten birinin hareket edebilme alanında orta ve ağır d÷zeylerde sorun yaşadıkları bilgisine yer verilmektedir. T÷m alanlarda orta ve aşırı d÷zeyde sorun belirtme oranının yaş ile birlikte arttığı, 65 yaş st÷ her üç erkekten ikisi ve her 10 kadından dokuzun yaşam kalitesinin 5 alanından en az birinde sorun yaşadıklarını ifade ettikleri bildirilmektedir. EQ5D leğinin t÷m alanlarında ‘sorun yok’ – ‘d÷zey I’ şeklinde yanıtlayanlar sağlık sorunu olmayan kişiler olarak değerlendirildiği zaman sağlıklı erkeklerin oranı %64,1, sağlıklı kadınların oranı ise %40,7’dir (nal ve ark 2013). Kronik hastalığa sahip bireylerin yaşam kalitesinin y÷kseltilmesi, hastalık tanısı konulmasıyla eř zamanlı olarak rehabilitasyonun başlatılması ve hastalığın etkin bir şekilde yönetilmesi ile m÷mk÷nd÷r (Akdemir 2011). Bireyin yaşam kalitesinin arttırılması, kronik hastalıkların tedavisinin temel ve önemli amaçlarındandır (Kumsar ve Yılmaz 2014).

2.7. KRONİK HASTALIKLAR VE TEDAVİYE UYUM

Uyum; hasta bireyin kendisine önerilen sağlık tavsiyelerini kabul edip bunlara uyum göstermesi olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım sadece tedavi uyumu ile sınırlı kalmayıp, hekimin t÷m nerdiklerine hastanın davranış boyutunda uyumunu kapsamaktadır. Her bir birey, yaşamlarındaki farklı alanlarda mevcut olan farklı sorunlara belirli l÷lerde uyum sağlama yetisine sahipken, hastalık gibi durumlarda bireyin uyumu b÷y÷k oranda etkilenebilmektedir. Özellikle yaşam biçiminde değişikliklere, çok boyutlu kayıplara ve başka kişilere bağımlı olmaya neden olan kronik hastalıklar, hastaların uyumlarını olumsuz yönde etkilemektedir (akır ve ark

2010). Tedaviye uyum ise; hastanın kendisine reçete edilen ilaçları olması gerektiği şekilde ve miktarlarda kullanması, olması gereken sürelerde ilaçları kullanarak sağlık randevularına düzenli gitmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Belirlenen tarihte randevularına gitmek, başlanılan tedavi programını tamamlamak, ilaçları önerilen şekilde kullanmak, diyet ve egzersiz gibi davranış değişikliklerine uyum sağlamak tedaviye uyumun öğelerindendir (Dikeç ve Kutlu 2015). Tedaviye uyumsuzluk; hastaların kendilerine reçete edilen ilaçları hiç kullanmamaları ya da düzensiz kullanmaları, kendilerine reçete edilmeyen farklı ilaçları kullanmaları, randevulara gitmeyip, takiplerine devam etmemeleri gibi davranışlar şeklinde çok farklı boyutlarda karşımıza çıkmaktadır (Çakır ve ark 2010). Tedaviye uyumsuzluk kliniklerde çok sık karşılaşılan bir durum olmakla birlikte tekrar yatışların artmasına neden olabilen önemli bir sorundur. Tedaviye uyum problemi olan hastalarda morbidite ve mortalite oranları artmakta, buna bağlı olarak iş ile ilişkili ve ailevi sorunlar oluşmakta ve sonuçta yaşam kalitesi düşmektedir. Hastaların tedaviye uyumu; hastalık sürecinin olumlu ilerleyişi ve tedavi etkinliği açısından doğrudan ilişkilidir (Dikeç ve Kutlu 2015).

Tedaviye uyum, kronik hastalıklarda tedavinin temel taşlarından. Fakat gelişmiş ülkelerde hastaların yarısı ve gelişmekte olan ülkelerde yarsından fazlası ilaçlarını önerilen şekilde kullanmamaktadır. Bu durum sağlığın geliştirilmesini olumsuz yönde etkilemekte ve ülkeye maddi yük getirmektedir. Bu doğrultuda DSÖ tedavi uyumunu arttıran stratejilerin geliştirilmesini önermektedir (Dikeç ve Kutlu 2015).

Tedaviye uyum ya da uyumsuzluk tam uyum, kısmi uyum ya da hiç uymama şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Zamanla uyum konusunda değişiklikler ve dönemsel uyumsuzluklar görülebilmektedir. Genellikle hastalar ilaçlarını alır ancak dozlarını unutabilir ya da atlayabilirler ya da fazla doz alabilirler. Buna kısmi uyum denir ve en yaygın olarak görülen uyumsuzluktur (Dikeç ve Kutlu 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Kronik hastalık yönetiminde hasta rolü, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumun değerlendirilmesi amacıyla planlanan bu çalışmada tanımlayıcı ve kesitsel araştırma modeli kullanılmıştır.

3.1.1. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular

- Kronik hastalığa sahip bireyler hastalık süreçlerinde aktif rol alıyorlar mı?
- Kronik hastalıklarda hastaların yaşam kalitesi olumsuz etkileniyor mu?
- Kronik hastalığı olan bireyler tedaviye uyumlu mu?
- Tanıtıcı özellikler kronik hastalığı olan hastaların hastalık süreçlerinde aktif rol almalarını, yaşam kalitelerini ve tedaviye uyumlarını etkiler mi?
- Hastalık sürecinde aktif rol almaları hastaların yaşam kalitelerini ve tedaviye uyumlarını etkiler mi?

3.2. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın yürütülmesinde bilimsel ilkelerin yanı sıra evrensel etik ilkelere de uyulmuştur. Bu doğrultuda araştırmada, aydınlatılmış onam, özerklik, gizlilik ve gizliliğin korunması, hakkaniyet, zarar vermeme/yararlılık ilkeleri göz önünde tutuldu.

Araştırmaya başlamadan önce PAM ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapan araştırmacılardan izin alındı (EK 1). Ayrıca PAM ölçeğinin orijinalini yapan araştırmacılardan ölçeğin kullanılabilmesi için lisans alındı (EK 2). Çalışmanın yapıldığı T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu Sakarya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden (EK 3) kurum izni alındı. Kurum izni alındıktan sonra Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı alındı (EK 4). Araştırmaya katılmada gönüllülük ilkesine dikkat edilerek çalışma öncesi hastalara, çalışmanın amacı ve yararı sözlü olarak açıklandı. Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere kendilerinden alınan bilgilerin yalnızca anketi uygulayan kişi tarafından değerlendirileceği, başka birisi tarafından incelenmeyeceği belirtildi.

3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu Sakarya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı Sakarya Hendek Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Polikliniği 1 ve İç Hastalıkları Polikliniği 2'de Eylül 2016 - Kasım 2016 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın evrenini, araştırma tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu Sakarya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı Sakarya Hendek Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Polikliniğine başvuran hastalar, örneklemini ise poliklinik hekimi tarafından kesin kronik hastalık tanısı olduğu tanı testleri (kan testler, solunum fonksiyon testi vb.) ile desteklenerek belirtilen ve hastanın kendisine sorulduğunda da kronik hastalığı olduğunu ifade

eden, kronik hastalık tanısı en az bir yıl olan, araştırmaya katılmayı kabul eden, iletişim sorunu olmayan hastalar (140 kişi) oluşturdu.

Örneklem büyüklüğünü hesaplamak için çalışmada kullanılacak olan bütün ölçekler için güç analizi yapıldı. Ancak standart sapması en büyük olan SF-36 yaşam kalitesi ölçeği olması nedeniyle örneklem belirlemede SF-36 yaşam kalitesi ölçeği kullanıldı. Literatür taramasında değerlendirilen toplam ölçek puanını belirten çalışmalarda (Ören ve Enç'in (2013) çalışmasına göre 89 hasta, Yıldız ve Bölüktaş'ın (2015) çalışmasına göre 79 hasta) örneklem sayısı düşük olduğu için Murillo et al (2015) çalışması referans olarak alındı. Murillo ve ark (2015) "Health Related Quality of Life in Rheumatoid Arthritis, Osteoarthritis, Diabetes Mellitus, End Stage Renal Disease and Geriatric Subjects. Experience From a General Hospital in Mexico" çalışmasında osteoartrit hastalarının (Romatoid artrid hastalarının yaşam kalitesi ölçek puan ortalamalarına bakıldığında 123, Diyabet Hastalarında 126, Son dönem böbrek hastalığında ise 121 hasta örnekleme dahil edilmesi gerekmektedir. En yüksek örneklem sayısına osteoartrit hastaları referans alındığında ulaşılmaktadır. Bu nedenle osteoartrit tanısı olan hastaların puan ortalamaları kullanılarak güç analizi yapıldı) yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasını 52.41 ± 21.63 olarak bulmuştur. Örneklem hesaplaması için istatistik uzmanından görüş alınarak $n = \frac{SS^2 * (Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2}{d^2}$ formülü kullanılmıştır. Bu çalışma için yapılan Güç Analiz sonucunda %80 güçlülük değeri (%80 Power) temel alınarak 134 hasta alınması planlandı.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Verilerin toplanmasında sosyo-demografik özellikleri ve hastalığa ilişkin sorular içeren ve araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan Hasta Tanılama Formu, Hasta Aktivite Düzeyi Ölçüm Aracı (PAM), Morisky-8 Tedaviye Uyum Ölçeği (MMAS-8) ve SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanıldı.

3.5.1. Tanıtım Formu (Ek 5)

Araştırmada kullanılacak Katılımcı Tanıtım Formu güncel literatürden yararlanarak araştırmacı tarafından hazırlandı. Tanıtım Formu hastaların tanıtıcı özellikleri ve kronik hastalıklara ilişkin toplam 26 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Hasta Aktivite Düzeyi Ölçüm Aracı (Patient Activation Measure) (Ek 6)

Hasta aktivite düzeyi ölçüm aracı (PAM) ilk olarak 2004 yılında Hibbard, Stockard, Mahoney ve Tusler tarafından 22 madde içerecek biçimde kronik hastalığı olan örneklem grubunda geliştirilmiştir. Daha sonra ölçek 2005 yılında Hibbard, Stockard, Mahoney ve Tusler tarafından revize edilmiş ve 13 soruluk kısa formu oluşturulmuştur. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Koşar ve Besen tarafından 2015 yılında yapılmıştır. Ölçek hastaların bilgi, beceri ve kronik hastalığının öz yönetimi konusundaki özgüvenini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçek likert tipi bir ölçek olup, 1-kesinlikle katılmıyorum, 2-katılmıyorum, 3-katılıyorum, 4-kesinlikle katılıyorum, 5-Bilemiyorum/değerlendiremiyorum şeklinde değerlendirilir. Aktivite; aktif rol almanın önemine inanma, eyleme geçmek için bilgi ve güven, eyleme geçme ve stres altındayken bile rutini koruma olmak üzere 4 aşamalı bir süreçtir. Ölçekte sorular bu aşamalara göre oluşturulmuştur. Ölçeğin değerlendirilmesinde ölçeği geliştirenler tarafından gönderilen excel tablosu kullanılmaktadır (ölçeğin puanlamasında yalnızca bu tablo kullanılabilir). Her bir hastanın verdiği yanıtlar tabloya kaydedildiğinde o bireyin aktivite puanı ile hangi aşamada yer aldığı ortaya çıkmaktadır. Ölçek maddeleri kesinlikle katılıyorum: 4 puan, katılıyorum: 3 puan, katılmıyorum: 2 puan, kesinlikle katılmıyorum: 1 puan ve bilemiyorum/değerlendiremiyorum: 0 puan (SPSS programı için) şeklinde değerlendirilmektedir. Puanlama tablosuna kayıt ederken bilemiyorum/değerlendiremiyorum: 5 puan olarak kayıt edilmesi gerekmektedir. Ölçüm aracından alınan puanlar 0 ile 100 arasında değişmekte olup;

1. Aşama: en düşük aktivite < 47
2. Aşama: 47-55

3. Aşama: 55-72
4. Aşama: en yüksek aktiflik > 72,5' dir.

Buna göre; birinci aşamada hasta; sağlık sürecinde aktif rol alması gerektiğini henüz tam olarak kavrayamamıştır. Sağlığını yönetebilme hususunda kendine güveni olmamakla birlikte bakımın pasif katılımcısı olduğunu düşünmektedir. Kendini sağlığı ve kendi bakımından sorumlu hissetmez ve bunun yanı sıra problem çözme ve baş etme yeteneği yetersizdir. İkinci aşamada yer alan bir birey de; tedavisi, sağlığı ve öz bakımı gibi temel durumuna ilişkin bilgi eksikliği olabilmektedir. Davranış değişikliği yapma ile ilgili deneyim ve başarısı azdır. Sağlığını yönetmeye ilişkin becerisi eksiktir. Sorumluluğu doktora yüklemekte ve güvenmektedir. Üçüncü aşamada ise hastanın sağlık durumu ve tedavi sürecine ilişkin bilgisi mevcuttur. Davranış değişikliğine ilişkin bir miktar deneyimi ve başarısı vardır. Bireyler eyleme geçmeye başlamışlardır fakat yeni davranışlara ilişkin, bu davranışları destekleyen beceri ve güven eksikliği olabilir. Son aşamada da bireyler gerekli davranış değişikliklerini yapabilmekte ancak stresli olunan zamanlarda ya da zaman içinde davranışları koruma ve sürdürme konusunda sorunlar yaşayabilmektedirler. Özetle hastanın aktiflik düzeyi arttıkça bilgi, güven ve deneyimi artmakta ve yeni davranışlara daha kolay uyum göstererek stres altındayken de rutini koruma becerisine sahip olmaktadır (Koşar ve Besen 2015).

3.5.3. Morisky-8 Tedaviye Uyum Ölçeği (MMAS-8) (EK 7)

Morisky-8 tedaviye uyum ölçeği Donald E. Morisky tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik güvenilirliği KOAH ve astım, hipertansiyon, bipolar bozukluk gibi farklı hastalıklarda Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları farklı araştırmacılar tarafından yapılmıştır (Bozdemir 2006; Filho et al 2014; Aşilar, Gözüm ve Çarpık 2014; Plakas et al 2016). Hastaların ilaç tedavisine uyumlarını kendi ifadelerine dayalı olarak değerlendiren 8 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçekteki ilk 7 madde evet-hayır şeklinde ikili, son madde ise 'hiçbir zaman', 'neredeyse hiç', 'bazen', 'sık sık', 'her zaman' şeklinde 5'li likert tipi ölçektir. Ölçekte 5. Madde ters kodlanmaktadır. İlk 7 madde için (5. Madde ters kodlandıktan sonra) her bir 'hayır'

yanıtı 1 puan ve ‘evet’ yanıtı 0 puan olarak değerlendirilir. 8. soruda ‘her zaman’ yanıtı için 1 puan, ‘hiçbir zaman’ yanıtı için 0 puan atanır. Ölçekten en yüksek 8, en düşük 0 puan alınabilmektedir. Puan arttıkça uyum artar. 0-6 arasında puan düşük uyum, 6-8 puan arası orta, 8 puan tam uyum olarak değerlendirilir (Oğuzülgen, Köktürk, Işıkdogan 2014; Aşilar ve ark 2014; Küçük ve Yapar 2016; Plakas et al 2016).

3.5.4. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK 8)

Yaşam kalitesi ölçüm araçları içerisinde jenerik ölçüt yani hastalığa özgü olmayan özelliğe sahip ve geniş alanda ölçüm sağlayabilen ölçek, Ware ve ark. tarafından 1989 yılında geliştirilmiştir. Ware ve ark. ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık ve güvenilirlik katsayısını 0,62 ile 0,94 olarak belirtmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği diyabet hastaları, böbrek hastaları ve kardiyoloji hastalarını içeren kronik hastalıklarda Pinar tarafından 1995 yılında yapılmıştır. Pinar’ın yaptığı değerlendirmede ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık ve güvenilirlik katsayısı 0,91 olarak bulunmuştur. Ölçek Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçektir. Herhangi bir yaş grubu, tedavi şekli, hastalığa özgü olmayan ölçek, bakım sonuçlarını değerlendirmeye ve sağlık ile ilişkili yaşam kalitesini ölçmeye yarayan genel bir ölçüm aracıdır. Klinik araştırmalar, kronik hastalıklar ve toplum sağlığının değerlendirilmesinde kullanılan, hastanın kendisi tarafından doldurulabilen, kısa ve kolay uygulanabilir bir ölçektir (Bozdemir 2006; Sevimli ve Kozanoğlu 2012; Gün ve Korkmaz 2014)

Ölçek;

- Fiziksel fonksiyon alt boyutuna ilişkin 10 madde (3a,3b,3c,3d,3e,3f,3g,3h,3i,3j),
- Fiziksel rol fonksiyon alt boyutuna ilişkin 4 madde (4a,4b,4c,4d),
- Ağrı alt boyutuna ilişkin 2 madde (7, 8),
- Genel sağlık anlayışı alt boyutuna ilişkin 5 madde (1, 11a,11b,11c,11d),

- Zindelik/Yorgunluk alt boyutuna ilişkin 4 madde (9a,9e,9g,9i),
- Sosyal fonksiyon alt boyutuna ilişkin 2 madde (6,10),
- Mental sağlık alt boyutuna ilişkin 5 madde (9b,9c,9d,9f,9h),
- Emosyonel rol fonksiyon alt boyutuna ilişkin 3 madde (5a,5b,5c)

olmak üzere toplam 36 soru ve 8 alt boyuttan oluşmaktadır. Yukarıda belirtilen ilk 4 alt boyut puanları toplamı fiziksel boyutu, diğer 4 alt boyut puanları toplamı ise mental boyutu vermektedir. Ölçeğin ikinci sorusunda son 12 aydaki sağlığa ilişkin değişim algısı sorgulanırken diğer maddeler son 4 hafta düşünülerek değerlendirilmektedir. Ölçekte 1, 6, 7, 8, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b, 11d maddeleri ters kodlanmaktadır. Ölçekte toplam puan hesaplaması söz konusu değildir. Elde edilen özet skorlar 0 ile 100 arasında puanlanır. Puan azaldıkça yaşam kalitesi azalırken, puanın artması yaşam kalitesinin de arttığını gösterir (Koçyiğit ve ark 1999; Bozdemir 2006; Demiral ve ark 2006; Sevimli ve Kozanoğlu 2012; Gün ve Korkmaz 2014).

3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEM VE SÜRECİ

Araştırmadaki veriler hastanenin iç hastalıkları polikliniği hekimleri, hastane yöneticilerinden izin alınarak toplandı. Poliklinik çalışma saatleri ve yoğunluk göz önünde bulundurularak uygun olunan saatlerde anketler uygulandı. Anket formları doldurulmadan önce hastalara araştırma ile ilgili bilgi verilerek, veriler araştırmacı tarafından toplandı. Anketleri doldurma süresi her bir hasta için yaklaşık 20-25 dk sürdü.

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin girilmesi ve değerlendirilmesi bilgisayar ortamında yapıldı. Hastaların tanıtıcı, sağlık durumuna ilişkin özellikleri, aktivite düzeyleri, yaşam kaliteleri ve tedaviye uyum düzeylerinin değerlendirilmesinde yüzdelik hesaplamalar,

karşılaştırmalı istatistiksel analizlerde iki grup ortalaması arasındaki fark Mann Whitney U testi, 3 ve daha fazla grup arasındaki fark Kruskal Wallis-H varyans analizi ve gruplar arasındaki ilişkiyi değerlendirmek üzere pearson ki kare (χ^2) testi yapıldı. Ölçekler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla da korelasyon testleri kullanıldı.



4. BULGULAR

Sosyo-demografik özellikler ile hasta rolü, yaşam kalitesi ve tedaviye uyuma ilişkin istatistiksel analizler yapılmadan önce PAM, SF-36 ve Morisky 8 ölçeklerinin normal dağılım gösterip göstermediğini test etmek amacıyla ‘Kolmogorov-Smirnov Testi’ uygulandı. PAM, Morisky 8 ve SF-36 ölçeğinin iki ana boyutu dışındaki tüm alt boyutlarının normal dağılıma uymadığı belirlendi. Bu nedenle non parametrik testler kullanıldı (Tablo 1).

Tablo 1: Ölçeklerin Normalite Testi Sonuçları

Değişken	Kolmogorov-Smirnov		
	Z	Sd	p
PAM	1,464	140	0,028*
SF-36			
Fiziksel Fonksiyon	2,293	140	0,000***
Fiziksel Rol Fonksiyon	5,238	140	0,000***
Zindelik / Yorgunluk	1,945	140	0,001**
Mental sağlık	1,957	140	0,001**
Sosyal Fonksiyon	1,383	140	0,044*
Ağrı	1,930	140	0,001**
Genel Sağlık	1,488	140	0,024*
Emosyonel Rol Fonksiyon	4,349	140	0,000***
Fiziksel Boyut	0,072	140	0,073
Mental Boyut	0,047	140	0,200
Morisky 8	3,807	140	0,000***

* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Eylül 2016 - Kasım 2016 tarihleri arasında kronik hastalık yönetiminde hasta rolü, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumun değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmada bulgular dört ana başlıkta sunuldu.

- Hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular
- Ölçek ortalamaları ve cronbach alpha düzeylerine ilişkin bulgular
- Hastaların tanıtıcı ve sağlık durumu ile ilişkili özellikleri ile hasta aktiflik düzeyi, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumun karşılaştırılmasına ve arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik bulgular
- Aktiflik düzeyi, tedaviye uyum ve yaşam kalitesi arasındaki korelasyona ilişkin bulgular

4.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 2 de hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bilgiler verildi

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamaları $63,82 \pm 13,62$ idi. Hastaların yarısından fazlasının (%57,1) kadın, büyük çoğunluğunun (%84,3) evli, %61,4'ünün ilköğretim mezunu, %82,9'unun aktif olarak çalışmadığı, %77,1'inin gelirinin giderine eşit olduğu, yalnızca %1,4'ünün sosyal güvencesinin olmadığı (tabloda verilmemiştir), tamamına yakınının çocuk sahibi olduğu, %72,9'unun çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %70'inin ilçede yaşadığı, %43,5'inin obez, %37,9'unun fazla kilolu olduğu, büyük çoğunluğunun (%81,4) sigara kullanmadığı, tamamına yakınının (%97,9) ise alkol kullanmadığı belirlendi (Tablo 2).

Tablo 2: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

Özellikler	n	%
Yaş (Ort±SS)	63,82±13,62	
Cinsiyet		
Kadın	80	57,1
Erkek	60	42,9
Medeni Durum		
Evli	118	84,3
Bekar / Dul	22	15,7
Öğrenim Durumu		
Okuryazar değil	32	22,9
İlköğretim	86	61,4
Lise / Üniversite	22	15,7
Çalışma Durumu		
Çalışan	24	17,1
Çalışmayan	116	82,9
Ekonomik Durumu		
Gelir giderden az	32	22,9
Gelir gidere eşit	108	77,1
Çocuk Sahibi Olma		
Var	134	95,7
Yok	6	4,3
BKİ Sınıflama		
Zayıf/Normal	26	18,6
Fazla Kilolu	53	37,9
1.Derece Obez	34	24,3
2.Derece Obez	17	12,1
3.Derece Obez	10	7,1
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	102	72,9
Geniş Aile	38	27,1
Yaşadığı Yer		
İl	15	10,7
İlçe	98	70,0
Köy	27	19,3
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	26	18,6
Hayır	114	81,4
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	3	2,1
Hayır	137	97,9

Tablo 3’de hastalarda görülen kronik hastalıklar incelendiğinde; hastaların %72,1’inin hipertansiyon, %50’sinin diyabet, %27,9’unun kalp yetersizliği, %20’sinin kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), %17,1’inin romatizmal hastalığı, %8,6’sının kronik böbrek yetersizliği (KBY) tanısı bulunduğu saptandı (Tablo 3).

Tablo 3: Hastalarda Görülen Kronik Hastalıklar

Kronik Hastalık*	n	%
Hipertansiyon		
Var	101	72,1
Yok	39	27,9
Diyabetes Mellitus		
Var	70	50,0
Yok	70	50,0
Kalp Yetersizliği		
Var	39	27,9
Yok	101	72,1
KOAH		
Var	28	20,0
Yok	112	80,0
Romatizmal Hastalıklar		
Var	24	17,1
Yok	116	82,9
KBY		
Var	12	8,6
Yok	128	91,4
*birden fazla şık işaretlenmiştir		

Tablo 4'te katılımcıların sağlık durumuna ilişkin özellikleri incelendiğinde %76,4'ünün daha önce ameliyat geçirdiği, tamamına yakınının (%93,6) son altı ayda doktora gittiği ve bunların %47'sinin şikayetlerinde artış nedeniyle doktora gittiği saptandı. Hastaların %41,4'ünün son bir yılda hastaneye yattığı ve hastaneye yatanların yarısından fazlasının (%53,4) semptomları sebebiyle yatış yaptığı belirlendi. Hastaların %29,3'ünün hekim önerisi dışında ilaç kullandığı, bu hastaların da tamamına yakınının (%90,2) hekim önerisi dışında analjezik ilaçları kullandığı görüldü. Hastaların yarısından fazlasının (%67,1) hastalığına yönelik düzenli sağlık kontrollerine gittikleri, büyük çoğunluğunun (%86,4) ailesinde kronik hastalığı bulunan bir birey olduğu belirlendi (Tablo 4). Hastalardan mevcut sağlık durumlarını 100 puan üzerinden değerlendirmeleri (0=Kötü, 100=Mükemmel olarak değerlendirilmektedir) istendiğinde; hastaların puan ortalamalarının $55,28 \pm 22,26$ olduğu saptandı. Katılımcıların hastalıkları nedeniyle yaşamında olması gereken değişikliklere uyum düzeyleri sorgulandığında ise (0=Kötü, 100=Mükemmel olarak değerlendirilmektedir) hastaların puan ortalamasının $52,14 \pm 28,27$ olduğu belirlendi (Tablo 4 devam). Katılımcıların %38,6'sının tuzsuz diyeti olduğu, %49,3'ünün bazı günler (1 ile 6 gün arasında değişen) diyetle uyum gösterdikleri, %22'sinin diyetine uymadığı, büyük çoğunluğunun (%81,4) ilaçlarını düzenli kullandığını ifade ettikleri, yarısından fazlasının (%53,6) ağrısı olmadığı (Tablo 4 devam), ağrısı olanların ağrı puan ortalamalarının ise $5,76 \pm 2,34$ olduğu görüldü (Tabloda verilmemiştir).

Tablo 4: Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler

Hastalığa Özgü Durum	n	%
Ameliyat Olma		
Evet	107	76,4
Hayır	33	23,6
Son 6 ayda doktora gitme durumu		
Evet	131	93,6
Hayır	9	6,4
Doktora gitme sebebi		
Kontrol amaçlı	53	40,2
Şikayetlerinde artış	62	47,0
Diğer	17	12,9
Son 1 yılda hastaneye yatma durumu		
Evet	58	41,4
Hayır	82	58,6
Hastaneye yatma sebebi		
Semptomları sebebiyle	31	53,4
Diğer	27	46,6
Hekim önerisi dışında ilaç kullanma durumu		
Evet	41	29,3
Hayır	99	70,7
Hekim önerisi dışında kullanılan ilaçlar		
Analjezik ilaçlar	37	90,2
Bitkisel ilaçlar	3	7,3
Diğer	1	2,4
Düzenli sağlık kontrolleri		
Evet	94	67,1
Hayır	46	32,9
Ailede kronik hastalık olma durumu		
Evet	121	86,4
Hayır	19	13,6

Tablo 4: Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler (devam)

Hastalığa Özgü Durum	n	%
Mevcut sağlık durumunu değerlendirme (Ort±SS puan)	55,28±22,26	
Hastalığı nedeniyle yaşamında olması gereken değişikliklere uyumu (Ort±SS puan)	52,14±28,27	
Önerilen diyet		
Diyet yok	16	11,4
Tuzsuz	54	38,6
Şekersiz	20	14,3
Hem tuzsuz hem şekersiz	50	35,7
Önerilen diyetle uyum		
Uymuyor	31	22,1
Haftanın bazı günleri	69	49,3
Her gün	24	17,1
Diyet yok	16	11,4
İlaçları düzenli kullanma durumu		
Evet	114	81,4
Hayır	26	18,6
Ağrı		
Var	65	46,4
Yok	75	53,6

4.2.ÖLÇEK ORTALAMALARI VE CRONBACH ALPHA DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Çalışmaya katılan hastaların PAM ölçek puan ortalamalarının $57,81 \pm 18,87$; cronbach alpha katsayısının 0,867 olduğu (Tablo 5) ve %39,3'ünün aktifliğinin 3. düzeyde, %31,4'ünün ise en düşük aktiflik düzeyine sahip olduğu saptandı (Tablo 6). Hastaların Morisky 8 Tedaviye Uyum Ölçeği puan ortalamalarının $5,08 \pm 2,31$; cronbach alpha katsayısının 0,779 olduğu (Tablo 5), %51,4'ünün uyum düzeyinin düşük olduğu belirlendi (Tablo 6). Katılımcıların SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği fiziksel sağlık toplam puan ortalamasının $37,83 \pm 20,47$; cronbach alpha katsayısının

0,955, mental sağlık toplam puan ortalamasının 42,34±15,03; cronbach alpha katsayısının ise 0,829 olduğu görüldü (Tablo 5). Yaşam kalitesi alt boyutları incelendiğinde ise hastaların en yüksek ortalamayı mental sağlık alt boyutundan aldıkları (65,17±15,46) saptandı.

Tablo 5: Ölçeklerin Puan Ortalamaları ve Cronbach Alpha Katsayıları

ÖLÇEKLER		Puan ortalaması	Min-Max Puan	Cronbach alpha katsayısı
SF 36 Alt Boyut	Hasta Aktivite Düzeyi Ölçüm Aracı (PAM)	57,81±18,87	24,40-100	0,867
	Morisky 8 Tedaviye Uyum Ölçeği	5,08±2,31	0-8	0,779
	SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği			0,954
	Fiziksel Fonksiyon	32,60±34,75	0-100	0,967
	Fiziksel Rol Fonksiyon	10,44±19,17	0-50	0,956
	Zindelik / Yorgunluk	31,39±16,57	5-85	0,637
	Mental Sağlık	65,17±15,46	12-92	0,698
	Sosyal Fonksiyon	42,58±27,56	0-100	0,824
	Ağrı	63,05±27,72	0-100	0,926
	Genel Sağlık	45,25±22,91	5-90	0,876
	Emosyonel Rol Fonksiyon	30,23±23,87	0-50	0,972
Ana Boyut	Fiziksel Boyut	37,83±20,47	2,50-82,50	0,955
	Mental Boyut	42,34±15,03	8,50-77	0,829

Tablo 6’da hastaların Hasta Aktivite Düzeyi Ölçüm Aracından ve Morisky 8 Tedaviye uyum ölçeğinden aldıkları puanlara göre aktivite düzeyleri ve tedaviye uyum düzeylerine ilişkin bulgular sunuldu.

Tablo 6: PAM ve Morisky 8 Ölçeklerinin Frekansları

ÖLÇEKLER	n	%
Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçüm Aracı (PAM)		
1. Aktivlik düzeyi	44	31,4
2. Aktivlik düzeyi	18	12,9
3. Aktivlik düzeyi	55	39,3
4. Aktivlik düzeyi	23	16,4
Morisky 8 Tedaviye Uyum Ölçeği		
Düşük Uyum	72	51,4
Orta Uyum	44	31,4
Tam Uyum	24	17,1

4.3.TANITICI VE SAĞLIK DURUMU İLE İLİŞKİLİ ÖZELLİKLER İLE HASTA AKTİFLİK DÜZEYİ, YAŞAM KALİTESİ VE TEDAVİYE UYUMUN KARŞILAŞTIRILMASINA VE ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BULGULAR

Cinsiyet ile SF-36 arasında yapılan ikili karşılaştırmalarda ana boyut olan fiziksel boyut ($p=0,502$) ve mental boyut ($p=0,087$) ile fiziksel fonksiyon ($p=0,352$), fiziksel rol fonksiyon ($p=0,418$), zindelik / yorgunluk ($p=0,958$), sosyal fonksiyon ($p=0,421$), ağrı ($p=0,971$), genel sağlık ($p=0,324$), emosyonel rol fonksiyon ($p=0,074$) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark yokken, yalnızca mental sağlık alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlılık olduğu ($p=0,000$) ve bunun kadın cinsiyetten (S.O.=81,58) kaynaklandığı görüldü (Tablo 7).

Medeni durum açısından SF 36'nın emosyonel rol fonksiyon ($p=0,420$), zindelik / yorgunluk ($p=0,078$), mental sağlık ($p=0,304$) ve ağrı ($p=0,241$) alt boyutlarında

istatistiksel fark olmadığı, fiziksel fonksiyon ($p=0,001$), fiziksel rol fonksiyon ($p=0,048$), sosyal fonksiyon ($p=0,027$), genel sağlık ($p=0,033$) alt boyutları ile mental ($p=0,027$) ve fiziksel ($p=0,004$) ana boyutlarında evli olanların yaşam kalitelerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha iyi olduğu belirlendi (Tablo 7).

Öğrenim durumu ile yaşam kalitesi arasında yapılan üçlü karşılaştırmalarda mental sağlık ($p=0,072$) ve emosyonel rol fonksiyon ($p=0,184$) alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmazken; fiziksel fonksiyon ($p=0,000$), fiziksel rol fonksiyon ($p=0,000$), zindelik / yorgunluk ($p=0,001$), sosyal fonksiyon ($p=0,000$), ağrı ($p=0,010$), genel sağlık ($p=0,004$) alt boyutları ile mental ($p=0,000$) ve fiziksel ($p=0,000$) ana boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 7). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Mann Whitney U Testi) fiziksel fonksiyon ($z=-2,299$; $p=0,022$) ve fiziksel rol fonksiyon ($z=-2,411$; $p=0,016$) alt boyutlarında ilköğretim mezunlarının lise/üniversite mezunlarına göre yaşam kalitesinin daha kötü olduğu, okuryazar olmayanların tüm alt boyutlarda ilköğretim mezunlarına göre yaşam kalitelerinin anlamlı düzeyde düşük olduğu (fiziksel fonksiyon; $z=-3,09$, $p=0,002$, fiziksel rol fonksiyon; $z=-2,973$, $p=0,003$, zindelik / yorgunluk; $z=-3,275$, $p=0,001$, sosyal fonksiyon; $z=-4,259$, $p=0,000$, ağrı; $z=-2,874$, $p=0,004$, genel sağlık; $z=-3,186$, $p=0,001$), fiziksel ve mental ana boyutunda anlamlı farklılığı yaratan grubun belirlenmesi için yapılan Mann Whitney U testinde okuryazar olmayanların yaşam kalitelerinin ilköğretim (fiziksel ana boyut; $z=-4,314$, $p=0,000$; mental ana boyut; $z=-4,234$, $p=0,000$) ve lise/üniversite (fiziksel ana boyut; $z=-3,707$, $p=0,000$; mental ana boyut; $z=-2,729$, $p=0,006$) mezunlarına göre daha düşük olduğu görüldü (tabloda verilmemiştir).

Fiziksel fonksiyon ($p=0,000$), fiziksel rol fonksiyon ($p=0,000$), zindelik / yorgunluk ($p=0,000$), sosyal fonksiyon ($p=0,001$), genel sağlık ($p=0,042$) alt boyutları, mental ($p=0,002$) ve fiziksel ($p=0,000$) ana boyutları ile aktif olarak çalışma değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü. Bu farkın çalışmayan gruptan kaynaklandığı, çalışmayanların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptandı. Diğer alt boyutlarda ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 7).

Ekonomik durum, yaşanılan yer, çocuğu olup olmama durumu (Tablo 7) ve alkol kullanmanın (Tablo 7 devam) SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin hiçbir boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmadığı belirlendi ($p>0,005$),

Çekirdek ya da geniş ailede yaşamanın yaşam kalitesine etkisine bakıldığında SF 36 ölçeğinin sadece ağrı ($p=0,005$) alt boyutu ile fiziksel ($p=0,035$) ana boyut arasında istatistiksel anlamlılık olduğu ve çekirdek aile yapısına sahip olanların sıra ortalamalarının daha yüksek olduğu görüldü. Diğer boyutlar ile aile yapısı değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,005$) (Tablo 7 devam).

Sigara değişkeninin yaşam kalitesine etkisine bakıldığında fiziksel fonksiyon ($p=0,013$), fiziksel rol fonksiyon ($p=0,036$), sosyal fonksiyon ($p=0,042$), ağrı ($p=0,004$) alt boyutları ve fiziksel ($p=0,004$) ana boyutu arasında istatistiksel anlamlı fark olduğu belirlendi (Tablo 7 devam).

Hastaların ameliyat olma, hekim önerisi dışında ilaç kullanma (Tablo 8) ve ailesinde kronik hastalık bulunma durumunun (Tablo 8 devam) SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin hiçbir boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmadığı belirlendi ($p>0,005$) (Tablo 8).

Son 6 ayda doktora gitme değişkeni ve SF 36 ölçeği sıra ortalamalarına bakıldığında ise fiziksel fonksiyon ($p=0,022$), fiziksel rol fonksiyon ($p=0,018$), sosyal fonksiyon ($p=0,022$), ve fiziksel ($p=0,033$) ana boyutu arasında istatistiksel fark bulunurken, diğer boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (Tablo 8). Doktora gitmeyenlerin yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu belirlendi.

Son 1 yılda hastaneye yatma değişkeni ile SF 36 ölçeği sıra ortalamaları incelendiğinde emosyonel rol fonksiyon ve mental sağlık alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), fiziksel fonksiyon ($p=0,000$), fiziksel rol fonksiyon ($p=0,000$), zindelik / yorgunluk ($p=0,000$), sosyal fonksiyon ($p=0,000$), ağrı ($p=0,001$), genel sağlık ($p=0,002$) alt boyutları ile mental ($p=0,000$) ve fiziksel ($p=0,000$) ana boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu ve hastaneye yatmayanların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 8).

Düzenli sağlık kontrollerine giden hastaların yaşam kalitesine bakıldığında sosyal fonksiyon ($p=0,037$) alt boyutunda kontrole düzenli gitmeyenlerden kaynaklanan istatistiksel anlamlı fark saptanırken, diğer boyutlarda istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p>0,005$) (Tablo 8).

İlaçları düzenli kullanma durumu ve yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon ($p=0,007$), fiziksel rol fonksiyon ($p=0,000$), zindelik / yorgunluk ($p=0,028$), sosyal fonksiyon ($p=0,006$), ve fiziksel ($p=0,023$) ana boyutu sıra ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark vardır. İlaçlarını düzenli kullanmayanların yaşam kaliteleri daha yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 8 devam).

Ağrı değişkeni ve yaşam kalitesi karşılaştırıldığında emosyonel rol fonksiyon ($p=0,177$) alt boyutu dışında tüm boyutlarda fiziksel fonksiyon ($p=0,000$), fiziksel rol fonksiyon ($p=0,006$), zindelik / yorgunluk ($p=0,000$), mental sağlık ($p=0,011$), sosyal fonksiyon ($p=0,000$), ağrı ($p=0,000$), genel sağlık ($p=0,000$) alt boyutları ile fiziksel ($p=0,000$) ve mental ($p=0,000$) ana boyutları] istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı. Ağrısı olmayanların yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu görüldü (Tablo 8 devam).

Tablo 7: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre SF 36 Yaşam Kalitesi

Değişken	SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları							SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ana Boyutları		
	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Fonksiyon	Zindelik / Yorgunluk	Mental Sağlık	Sosyal Fonksiyon	Ağrı	Genel Sağlık	Emosyonel Rol Fonksiyon	Fiziksel Boyut	Mental Boyut
	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Cinsiyet										
Kadın	73,22	72,36	70,34	81,58	72,87	70,39	73,42	75,13	72,49	75,59
Erkek	66,80	68,03	70,71	55,73	67,34	70,64	66,61	64,33	67,84	63,72
	U=2182,500	U=2251,500	U=2387,500	U=1513,500	U=2210,500	U=2391,500	U=2166,500	U=2030,500	U=2240,500	U=1993,000
	z=-0,931	z=-0,810	z=-0,053	z=-3,752	z=-0,805	z=-0,036	z=-0,986	z=-1,785	z=-0,672	z=-1,714
	p=0,352	p=0,418	p=0,958	p=0,000	p=0,421	p=0,971	p=0,324	p=0,074	p=0,502	p=0,087
Medeni Durum										
Evli	75,52	72,76	73,09	72,01	73,75	72,22	73,65	71,54	74,78	73,77
Bekar/Dul	43,59	58,36	56,59	62,39	53,07	61,27	53,59	64,91	47,57	52,98
	U=706,000	U=1031,000	U=992,000	U=1119,500	U=914,500	U=1095,000	U=926,000	U=1175,000	U=793,500	U=912,500
	z=-3,446	z=-1,979	z=-1,763	z=-1,027	z=-2,215	z=-1,173	z=-2,135	z=-0,807	z=-12,889	z=-2,207
	p=0,001	p=0,048	p=0,078	p=0,304	p=0,027	p=0,241	p=0,033	p=0,420	p=0,004	p=0,027
Öğrenim Durumu										
Okuryazar değil	47,70	53,72	48,38	70,33	43,20	51,59	52,00	61,19	41,66	43,80
İlköğretim	72,85	71,51	74,55	75,06	77,67	76,69	79,12	74,50	76,72	78,35
Lise/Üniversite	94,45	90,95	86,86	52,93	82,18	77,73	63,73	68,41	88,14	78,66
	KW(x ²)=18,86	KW(x ²)=18,65	KW(x ²)=14,13	KW(x ²)=5,27	KW(x ²)=19,33	KW(x ²)=9,23	KW(x ²)=11,2	KW(x ²)=3,39	KW(x ²)=22,37	KW(x ²)=17,98
	p=0,000	p=0,000	p=0,001	p=0,072	p=0,000	p=0,010	p=0,004	p=0,184	p=0,000	p=0,000
Çalışma Durumu										
Çalışan	103,54	97,23	98,19	71,06	95,83	79,71	85,75	73,38	99,33	93,90
Çalışmayan	63,66	64,97	64,77	70,38	65,26	68,59	67,34	69,91	64,53	65,66
	U=559,000	U=750,500	U=727,500	U=1378,500	U=784,500	U=1171,000	U=1026,000	U=1323,000	U=700,000	U=830,500
	z=-4,458	z=-4,592	z=-3,697	z=-0,075	z=-3,390	z=-1,233	z=-2,029	z=-0,437	z=-3,827	z=-3,105
	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,940	p=0,001	p=0,218	p=0,042	p=0,662	p=0,000	p=0,002
Ekonomik Durum										
Gelir giderden az	66,56	76,72	69,17	69,67	70,58	60,81	69,42	75,06	66,25	71,20
Gelir gidere eşit	71,67	68,66	70,89	70,75	70,48	73,37	70,82	69,15	71,76	70,29
	U=1602,000	U=1529,000	U=1685,500	U=1701,500	U=1725,500	U=1418,000	U=1693,500	U=1582,000	U=1592,000	U=1705,500
	z=-0,636	z=-1,278	z=-0,212	z=-0,132	z=-0,013	z=-1,553	z=-0,172	z=-0,830	z=-0,675	z=-0,112
	p=0,525	p=0,201	p=0,832	p=0,895	p=0,990	p=0,121	p=0,864	p=0,407	p=0,500	p=0,911

z: Man Whitney U, x²:Kruskall Wallis H testi *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Tablo 7: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre SF 36 Yaşam Kalitesi (devam)

Değişken	SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları							SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ana Boyutları		
	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Fonksiyon	Zindelik / Yorgunluk	Mental Sağlık	Sosyal Fonksiyon	Ağrı	Genel Sağlık	Emosyonel Rol Fonksiyon	Fiziksel Boyut	Mental Boyut
	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Çocuk Sahibi Olma										
Var	70,22	70,31	70,76	70,82	69,91	69,37	71,01	70,06	70,12	70,37
Yok	76,83	74,83	64,58	63,25	83,75	95,67	59,17	80,33	79,08	73,42
	U=364,000	U=376,000	U=366,500	U=358,500	U=322,500	U=251,000	U=334,000	U=343,500	U=350,500	U=384,500
	z=-0,398	z=-0,346	z=-0,368	z=-0,450	z=-0,825	z=-1,568	z=-0,701	z=-0,695	z=-0,530	z=-0,180
	p=0,691	p=0,729	p=0,713	p=0,653	p=0,409	p=0,117	p=0,483	p=0,487	p=0,596	p=0,857
Aile Tipi										
Çekirdek Aile	72,79	70,98	73,56	70,75	74,23	76,26	73,96	69,48	74,92	72,41
Geniş Aile	64,34	69,21	62,29	69,83	60,50	55,04	61,21	73,24	58,63	65,38
	U=1704,000	U=1889,500	U=1626,000	U=1912,500	U=1558,000	U=1350,500	U=1585,000	U=1834,000	U=1487,000	U=1743,500
	z=-1,115	z=-0,297	z=-1,471	z=-0,120	z=-1,796	z=-12,778	z=-1,658	z=-0,558	z=-2,114	z=-0,911
	p=0,265	p=0,766	p=0,141	p=0,904	p=0,073	p=0,005	p=0,097	p=0,577	p=0,035	p=0,362
Yaşanılan yer										
Köy	71,91	63,98	73,89	74,28	66,46	70,33	70,91	73,09	69,28	69,43
İlçe	66,90	70,58	67,12	72,91	68,98	69,17	67,57	71,80	67,71	70,17
İl	91,50	81,73	86,47	47,93	87,67	79,50	88,93	57,37	90,93	74,57
	KW(x ²)=4,99	KW(x ²)=3,10	KW(x ²)=3,23	KW(x ²)=5,28	KW(x ²)=3,14	KW(x ²)=0,86	KW(x ²)=3,63	KW(x ²)=2,34	KW(x ²)=4,29	KW(x ²)=0,17
	p=0,082	p=0,212	p=0,119	p=0,071	p=0,208	p=0,650	p=0,163	p=0,310	p=0,117	p=0,916
Sigara Kullanma Durumu										
Evet	88,06	82,10	76,81	67,31	84,98	90,73	84,10	64,08	91,33	75,06
Hayır	66,50	67,86	69,06	71,23	67,20	65,89	67,40	71,96	65,75	69,46
	U=1025,500	U=1180,500	U=1318,000	U=1399,000	U=1105,500	U=956,000	U=1128,500	U=1315,000	U=940,500	U=1363,500
	z=-2,487	z=-2,092	z=-0,884	z=-0,447	z=-2,035	z=-2,845	z=-1,899	z=-1,025	z=-2,902	z=-0,635
	p=0,013	p=0,036	p=0,377	p=0,655	p=0,042	p=0,004	p=0,058	p=0,305	p=0,004	p=0,525
Alkol Kullanma Durumu										
Evet	60,17	52,00	74,00	53,67	58,83	85,00	39,00	75,83	56,17	68,00
Hayır	70,73	70,91	70,42	70,87	70,76	70,18	71,19	70,38	70,81	70,55
	U=174,500	U=150,000	U=195,000	U=155,000	U=170,500	U=162,000	U=111,000	U=189,500	U=162,500	U=198,000
	z=-0,454	z=-1,034	z=-0,152	z=-0,730	z=-0,508	z=-0,632	z=-1,363	z=-0,264	z=-0,619	z=-0,108
	p=0,650	p=0,301	p=0,879	p=0,465	p=0,611	p=0,528	p=0,173	p=0,972	p=0,536	p=0,914

z: Man Whitney U, x²:Kruskall Wallis H testi *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Tablo 8: Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre SF 36 Yaşam Kalitesi

SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları								SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ana Boyutları		
Değişken	Fiziksel Fonksiyon S.O.	Fiziksel Rol Fonksiyon S.O.	Zindelik / Yorgunluk S.O.	Mental sağlık S.O.	Sosyal Fonksiyon S.O.	Ağrı S.O.	Genel Sağlık S.O.	Emosyonel Rol Fonksiyon S.O.	Fiziksel Boyut S.O.	Mental Boyut S.O.
Ameliyat Olma										
Evet	68,35	67,98	70,17	72,06	68,10	71,89	67,92	71,33	68,65	70,28
Hayır	77,47	78,68	71,58	65,44	78,29	66,00	78,88	67,80	76,48	71,23
	U=1535,500	U=1495,500	U=1730,000	U=1598,500	U=1508,500	U=1617,000	U=1489,000	U=1676,500	U=1568,000	U=1741,500
	z=-1,148	z=-1,716	z=-0,175	z=-0,824	z=-1,273	z=-0,736	z=-1,361	z=-0,501	z=-0,970	z=-0,118
	p=0,251	p=0,086	p=0,861	p=0,410	p=0,203	p=0,462	p=0,174	p=0,617	p=0,332	p=0,906
Son 6 Ayda Doktora Gitme										
Evet	68,48	68,85	68,77	70,50	68,47	69,94	68,78	70,46	68,58	68,82
Hayır	99,89	94,50	95,61	70,56	100,11	78,67	95,56	71,06	98,44	94,94
	U=325,000	U=373,500	U=363,500	U=589,000	U=323,000	U=516,000	U=364,000	U=584,500	U=338,000	U=369,500
	z=-2,285	z=-2,376	z=-1,932	z=-0,004	z=-2,284	z=-0,630	z=-1,921	z=-0,049	z=-2,137	z=-1,869
	p=0,022	p=0,018	p=0,053	p=0,997	p=0,022	p=0,529	p=0,055	p=0,961	p=0,033	p=0,062
Son 1 Yılda Hastaneye Yatma										
Evet	49,54	56,91	55,92	69,65	46,66	57,32	57,81	64,03	50,01	52,78
Hayır	85,32	80,12	80,81	71,10	87,37	79,82	79,48	75,07	84,99	83,04
	U=1162,500	U=1589,500	U=1532,500	U=2328,500	U=995,000	U=1613,500	U=1642,000	U=2003,000	U=1189,500	U=1350,000
	z=-5,228	z=-4,318	z=-3,599	z=-0,210	z=-5,901	z=-3,264	z=-3,121	z=-1,817	z=-5,028	z=-4,349
	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,883	p=0,000	p=0,001	p=0,002	p=0,069	p=0,000	p=0,000
Hekim Önermeden İlaç Kullanma										
Evet	71,26	69,50	68,95	77,21	69,26	64,35	78,18	67,62	70,10	70,46
Hayır	70,19	70,91	71,14	67,72	71,02	73,05	67,32	71,69	70,67	70,52
	U=1998,500	U=1988,500	U=1966,000	U=1754,500	U=1978,500	U=1777,500	U=1714,500	U=1911,500	U=2013,000	U=2028,000
	z=-0,144	z=-0,243	z=-0,293	z=-1,266	z=-0,236	z=-1,165	z=-1,446	z=-0,619	z=-0,076	z=-0,007
	p=0,885	p=0,808	p=0,770	p=0,206	p=0,814	p=0,244	p=0,148	p=0,536	p=0,940	p=0,995
Düzenli Sağlık Kontrolü										
Evet	66,12	67,11	67,10	71,13	65,55	69,22	68,48	68,38	66,45	65,93
Hayır	79,46	77,42	77,45	69,21	80,61	73,11	74,63	74,83	78,78	79,85
	U=1750,000	U=1843,500	U=1842,500	U=2102,500	U=1697,000	U=2042,000	U=1972,000	U=1963,000	U=1781,000	U=1732,000
	z=-1,858	z=-1,829	z=-1,426	z=-0,265	z=-2,081	z=-0,537	z=-0,845	z=-1,011	z=-1,691	z=-1,908
	p=0,063	p=0,067	p=0,154	p=0,791	p=0,037	p=0,591	p=0,398	p=0,312	p=0,091	p=0,056

z: Man Whitney U, x²:Kruskall Wallis H testi *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Tablo 8: Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre SF 36 Yaşam Kalitesi (devam)

	SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları							SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ana Boyutları		
	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Fonksiyon	Zindelik / Yorgunluk	Mental sağlık	Sosyal Fonksiyon	Ağrı	Genel Sağlık	Emosyonel Rol Fonksiyon	Fiziksel Boyut	Mental Boyut
	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Ailede Kronik Hastalık										
Var	68,83	71,22	70,09	72,40	69,46	69,14	69,45	71,43	69,09	70,52
Yok	81,11	65,89	73,11	58,37	77,11	79,16	77,16	64,61	79,50	70,39
	U=948,000	U=1062,000	U=1100,000	U=919,000	U=1024,000	U=985,000	U=1023,000	U=1037,500	U=978,500	U=1147,500
	z=-1,247	z=-0,689	z=-0,303	z=-1,410	z=-0,770	z=-1,010	z=-0,772	z=-0,781	z=-1,041	z=-0,012
	p=0,213	p=0,491	p=0,762	p=0,159	p=0,441	p=0,312	p=0,440	p=0,435	p=0,298	p=0,990
Önerilen Diyet										
Diyeti var	71,73	70,38	70,17	73,14	70,86	69,79	71,50	71,75	70,91	71,51
Diyeti yok	60,94	71,40	73,06	50,06	67,69	76,00	62,78	60,81	67,34	62,66
	U=839,000	U=977,500	U=951,000	U=665,000	U=947,000	U=904,000	U=868,500	U=837,000	U=941,500	U=886,500
	z=-1,019	z=-0,123	z=-0,270	z=-2,153	z=-0,297	z=-0,582	z=-0,811	z=-1,163	z=-0,331	z=-0,822
	p=0,308	p=0,902	p=0,787	p=0,031	p=0,766	p=0,561	p=0,417	p=0,245	p=0,741	p=0,411
Diyete Uyum										
Uymuyor	62,45	64,77	70,85	61,05	67,16	59,89	62,06	64,98	61,45	68,16
Bazı Günler	62,48	61,78	57,74	63,54	62,14	64,36	61,75	64,47	62,45	61,91
Her gün uyuyor	62,63	61,63	65,40	61,38	57,52	60,54	65,21	53,63	64,00	56,88
	KW(x ²)=0,00	KW(x ²)=0,28	KW(x ²)=3,08	KW(x ²)=0,13	KW(x ²)=1,01	KW(x ²)=0,43	KW(x ²)=0,17	KW(x ²)=2,42	KW(x ²)=0,68	KW(x ²)=1,376
	p=1,000	p=0,868	p=0,214	p=0,935	p=0,605	p=0,808	p=0,918	p=0,298	p=0,966	p=0,503
İlaçları Düzenli Kullanma Durumu										
Evet	66,13	65,47	66,92	72,84	66,06	69,19	69,39	69,44	66,79	67,42
Hayır	89,65	92,54	86,21	60,23	89,96	76,25	75,37	75,15	86,79	84,00
	U=984,000	U=909,000	U=1073,500	U=1215,000	U=976,000	U=1332,500	U=1355,500	U=1361,000	U=1058,500	U=1131,000
	z=-2,713	z=-3,975	z=-2,203	z=-1,438	z=-2,735	z=-0,808	z=-0,680	z=-0,743	z=-2,270	z=-1,881
	p=0,007	p=0,000	p=0,028	p=0,150	p=0,006	p=0,419	p=0,497	p=0,458	p=0,023	p=0,060
Ağrı										
Var	55,01	62,66	54,72	61,23	53,85	43,22	50,91	66,16	46,26	54,71
Yok	83,93	77,29	84,17	78,53	84,93	94,15	87,48	74,26	91,51	84,19
	U=1430,500	U=1928,000	U=1412,000	U=1835,000	U=1355,000	U=6640,000	U=1164,000	U=2155,500	U=862,000	U=1411,000
	z=-4,278	z=-2,756	z=-4,312	z=-2,530	z=-4,562	z=-7,478	z=-5,335	z=-1,350	z=-6,584	z=-4,289
	p=0,000	p=0,006	p=0,000	p=0,011	p=0,000	p=0,000	p=0,000	p=0,177	p=0,000	p=0,000

z: Man Whitney U, x²:Kruskall Wallis H testi *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Önerilen bir diyeti olma durumunun yaşam kalitesinin mental sağlık alt boyutunu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği ($p=0,031$), diyet önerilenlerin yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu saptandı (Tablo 8 devam). Haftalık diyetle uyum sıklığının SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin hiçbir ana ve alt boyutunda anlamlı farklılık yaratmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 8 devam).

Değişkenlerin aktiflik düzeyine etkilerine bakıldığında cinsiyet ($p=0,625$), medeni durum ($p=0,654$), çalışma durumu ($p=0,353$), ekonomik durumu ($p=0,323$), çocuk sahibi olma ($p=0,353$), aile tipi ($p=0,388$), yaşadığı yer ($p=0,803$), sigara ($p=0,466$), alkol kullanımı ($p=0,240$) (Tablo 9), daha önce ameliyat olma durumu ($p=0,416$), son 6 ayda doktora gitme ($p=0,319$), son 1 yılda hastaneye yatma ($p=0,080$), hekim önerisi dışında ilaç kullanma ($p=0,346$), düzenli sağlık kontrollerine gitme ($p=0,086$), ailesinde kronik hastalık bulunma ($p=0,135$) ve önerilen diyetinin olup olmaması ($p=0,392$) (Tablo 10) ile hastaların aktiflik düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü ($p>0,05$). Öğrenim durumu ($p=0,018$), haftalık diyetle uyum ($p=0,000$), ilaçları düzenli kullanma ($p=0,012$), ağrı ($p=0,024$) değişkenleri ile PAM arasında istatistiksel anlamlı farklılık olduğu belirlendi. Öğrenim durumu incelendiğinde ilköğretim mezunu olanların (%23,3) okuryazar olmayanlar ile lise/üniversite mezunlarına göre en yüksek aktiflik düzeyine sahip olduğu belirlendi. İlaçlarını düzenli kullanmayanların %50,0'sinin, haftalık diyetle uyumayanların %48,4'ünün, ağrısı olanların %41,5'inin en düşük aktiflik düzeyine sahip olduğu görüldü.

Tedaviye uyuma etki eden değişkenler incelendiğinde ise cinsiyet ($p=0,737$), medeni durum ($p=0,246$), öğrenim durumu ($p=0,252$), çalışma durumu ($p=0,223$), ekonomik durumu ($p=0,145$), çocuk sahibi olma ($p=0,317$), aile tipi ($p=0,084$) (Tablo 9), yaşadığı yer ($p=0,309$), sigara ($p=0,696$), alkol ($p=0,579$) (Tablo 9 devam), daha önce ameliyat olma durumu ($p=0,682$), son altı ayda doktora gitme ($p=0,174$), son bir yılda hastaneye yatma ($p=0,630$) (Tablo 10), ailede kronik hastalık olma durumu ($p=0,258$), önerilen diyeti olma durumu ($p=0,857$), haftalık önerilen diyetle uyum ($p=0,252$) ve ağrı ($p=0,176$) (Tablo 10 devam) değişkenlerinin tedaviye uyumu istatistiksel olarak etkilemediği, hekim önerisi dışında ilaç kullanma ($p=0,010$) durumu, hastalığına ilişkin düzenli sağlık kontrollerine gitme ($p=0,006$) değişkeni ve

ilaçları düzenli kullanma ($p=0,001$) durumu ile Morisky 8 arasında istatistiksel anlamlı fark olduğu görüldü. Hekim önerisi dışında ilaç kullananların büyük çoğunluğunun (%70,7) hekim önerisi dışında ilaç kullanmayanlara (%43,4) göre uyum düzeyleri düşük bulundu. Hastalığına ilişkin sağlık kontrollerine düzenli giden hastaların %22,3'ü tam uyum gösterirken gitmeyenlerin yalnızca %6,5'inin uyumlu olduğu belirlendi. İlaçlarını düzenli kullanmadığını belirten bireylerin %84,6'sının düşük uyuma sahip olduğu bulundu.



Tablo 9. Morisky ve PAM Ölçeklerinin Sosyodemografik Özelliklere Göre Farklılık Gösterip Göstermediğinin Dağılımı

Morisky 8								PAM								
DEĞİŞKEN	Düşük uyum		Orta uyum		Tam uyum		x ² ve p	1. Aktivlik Düzeyi		2. Aktivlik Düzeyi		3. Aktivlik Düzeyi		4. Aktivlik Düzeyi		x ² ve p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Cinsiyet																
Kadın	39	48,8	26	32,5	15	18,8	x ² = 0,610 p=0,737	23	28,8	9	11,3	35	43,8	13	16,3	x ² =1,752 p=0,625
Erkek	33	55	18	30	9	15		21	35	9	15	20	33,3	10	16,7	
Medeni Durum																
Evli	64	54,2	34	28,8	20	16,9	x ² =2,802 p=0,246	37	31,4	17	14,4	45	38,1	19	16,1	x ² =1,603 ¹ p=0,654
Bekar/Dul	8	36,4	10	45,5	4	18,2		7	31,8	1	4,5	10	45,5	4	18,2	
Öğrenim Durumu																
Okuryazar değil	16	50	8	25	8	25	x ² =5,364 p=0,252	12	37,5	2	6,3	15	46,9	3	9,4	x ² =15,190 ¹ p=0,018*
İlköğretim	43	50	32	37,2	11	12,8		21	24,4	11	12,8	34	39,5	20	23,3	
Lise/Üniversite	13	59,1	4	18,2	5	22,7		11	50	5	22,7	6	27,3	0	0	
Çalışma Durumu																
Çalışan	16	66,7	6	25	2	8,3	x ² =3,000 p=0,223	9	37,5	5	20,8	6	25	4	16,7	x ² =3,279 ¹ p=0,353
Çalışmayan	56	48,3	6	25	2	8,3		35	30,2	13	11,2	49	42,2	19	16,4	
Ekonomik Durum																
Gelir giderden az	13	40,6	10	31,3	9	28,1	x ² =3,860 p=0,145	6	18,8	4	12,5	15	46,9	7	21,9	x ² =3,483 p=0,323
Gelir gidere eşit	59	54,6	34	31,5	15	13,9		38	35,2	14	13,0	40	37,0	16	14,8	
Çocuk Sahibi Olma																
Var	67	50	43	32,1	24	17,9	x ² =2,750 ¹ p=0,317	42	31,3	16	11,9	53	39,6	23	17,2	x ² =3,138 ¹ p=0,353
Yok	5	83,3	1	16,7	0	0		2	33,3	2	33,3	2	33,3	0	0	

x²:Ki Kare Testi, ¹: Ki Kare Exact Sig., *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Tablo 9. Morisky ve PAM Ölçeklerinin Sosyodemografik Özelliklere Göre Farklılık Gösterip Göstermediğinin Dağılımı (devam)

	Düşük uyum		Orta uyum		Tam uyum		x ² ve p	1. Aktivlik Düzeyi		2. Aktivlik Düzeyi		3. Aktivlik Düzeyi		4. Aktivlik Düzeyi		x ² ve p
DEĞİŞKEN	n	(%)	n	(%)	n	(%)		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Aile Tipi																
Çekirdek Aile	47	46,1	37	36,3	18	17,6	x ² =4,955	28	27,5	13	12,7	43	42,2	18	17,6	x ² =3,024
Geniş Aile	25	65,8	7	18,4	6	15,8	p=0,084	16	42,1	5	13,2	12	31,6	5	13,2	p=0,388
Yaşanılan yer																
Köy	14	51,9	7	25,9	6	22,2	x ² =4,850 ¹ p=0,309	9	33,3	5	18,5	9	33,3	4	14,8	x ² =3,160 ¹ p=0,803
İlçe	51	52	34	34,7	13	13,3		31	31,6	11	11,2	38	38,8	18	18,4	
İl	7	46,7	3	20	5	33,3		4	26,7	2	13,3	8	53,3	1	6,7	
Sigara Kullanma																
Durumu																
Evet	14	53,8	9	34,6	3	11,5	x ² =0,724	11	42,3	4	15,4	7	26,9	4	15,4	x ² =2,624 ¹
Hayır	58	50,9	35	30,7	21	18,4	p=0,696	33	28,9	14	12,3	48	42,1	19	16,7	p=0,466
Alkol Kullanma																
Durumu																
Evet	2	66,7	0	0	1	33,3	x ² =1,571 ¹	2	66,7	1	33,3	0	0	0	0	x ² =3,919 ¹
Hayır	70	51,1	44	32,1	23	16,8	p=0,579	42	30,7	17	12,4	55	40,1	23	16,8	p=0,240

x²:Ki Kare Testi, ¹: Ki Kare Exact Sig., *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Tablo 10. Morisky ve PAM Ölçeklerinin Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklere Göre Farklılık Gösterip Göstermediğinin Dağılımı

DEĞİŞKEN	Morisky 8							PAM							
	Düşük uyum		Orta uyum		Tam uyum		x ² ve p	1. Aktivite Düzeyi		2. Aktivite Düzeyi		3. Aktivite Düzeyi		4. Aktivite Düzeyi	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Ameliyat Olma															
Evet	57	53,3	33	30,8	17	15,9	x ² =0,767	37	34,6	12	11,2	40	37,4	18	16,8
Hayır	15	45,5	11	33,3	7	21,2	p=0,682	7	21,2	6	18,2	15	45,5	5	15,2
Son 6 Ayda															
Doktora Gitme															
Evet	70	53,4	39	29,8	22	16,8	x ² =3,522 ¹	42	32,1	18	13,7	49	37,4	22	16,8
Hayır	2	22,2	5	55,6	2	22,2	p=0,174	2	22,2	0	0	6	66,7	1	11,5
Son 1 Yılda															
Hastaneye Yatma															
Evet	28	48,3	18	31	12	20,7	x ² =0,923	23	39,7	3	5,2	22	37,9	10	17,2
Hayır	44	53,7	26	31,7	12	14,6	p=0,630	21	25,6	15	18,3	33	40,2	13	15,9
Hekim Önerisi															
Dışında İlaç															
Kullanma															
Evet	29	70,7	9	22	3	7,3	x ² =9,123	12	29,3	6	14,6	13	31,7	10	24,4
Hayır	43	43,4	35	35,4	21	21,2	p=0,010*	32	32,3	12	12,1	42	42,4	13	13,1
Düzenli Sağlık															
Kontrolleri															
Evet	40	42,6	33	35,1	21	22,3	x ² =10,122	23	24,5	14	14,9	40	42,6	17	18,1
Hayır	32	69,6	11	23,9	3	6,5	p=0,006*	21	45,7	4	8,7	15	32,6	6	13

x²:Ki Kare Testi, ¹: Ki Kare Exact Test, *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Tablo 10. Morisky ve PAM Ölçeklerinin Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklere Göre Farklılık Gösterip Göstermediğinin Dağılımı (devam)

DEĞİŞKEN	Düşük uyum		Orta uyum		Tam uyum		x ² ve p	1. Aktivite Düzeyi		2. Aktivite Düzeyi		3. Aktivite Düzeyi		4. Aktivite Düzeyi		x ² - p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Ailede Kronik Hastalık																
Var	64	52,9	35	28,9	22	18,2	x ² =2,710	40	31,1	17	14	43	35,5	21	17,4	x ² =5,394
Yok	8	42,1	9	47,6	2	10,5	p=0,258	4	21,1	1	5,3	12	63,2	2	10,5	p=0,135
Önerilen Diyet																
Diyeti var	63	50,8	39	31,5	22	17,7	x ² =0,309	39	31,5	18	14,5	48	38,7	19	15,3	x ² =3,222
Diyeti yok	9	56,2	5	31,2	2	12,5	p=0,857	5	31,2	0	0	7	43,8	4	25	p=0,392
Diyetle Uyum																
Uymuyor	20	64,5	7	22,6	4	12,9	x ² =5,362	15	48,4	8	25,8	6	19,4	2	6,5	x ² =25,182 ¹
Bazı Günler	34	49,3	24	34,8	11	15,9	p=0,252	17	24,6	10	14,5	34	49,3	8	11,6	p=0,000***
Her gün uyuyor	9	37,5	8	33,3	7	29,2		7	29,2	0	0	8	33,3	9	37,5	
İlaçları Düzenli Kullanma Durumu																
Evet	50	43,9	42	36,8	22	19,3	x ² =14,225	31	27,2	12	66,7	50	90,9	21	91,3	x ² =10,850 ¹
Hayır	22	84,6	2	7,7	2	7,7	p=0,001**	13	50	6	23,1	5	19,2	2	7,7	p=0,012*
Ağrı																
Var	36	55,4	22	33,8	7	10,8	x ² =3,470	27	41,5	4	6,2	26	47,3	8	34,8	x ² =9,456
Yok	36	48	22	29,3	17	22,7	p=0,176	17	22,7	14	77,8	29	52,7	15	65,2	p=0,024*

x²:Ki Kare Testi, ¹: Ki Kare Exact Test, *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Yaş değişkeni ile SF 36'nın fiziksel fonksiyon ($p=0,000$), sosyal fonksiyon ($p=0,000$) alt boyut puan ortalaması arasında ileri düzeyde negatif yönde orta ilişki; fiziksel rol fonksiyon ($p=0,000$), zindelik/yorgunluk ($p=0,003$), fiziksel ($p=0,000$) ve mental ($p=0,000$) ana boyutunda ileri düzeyde negatif yönde ilişki olduğu ancak bu ilişkinin zayıf olduğu görüldü. Yaş değişkeni ile SF 36'nın ağrı ($p=0,006$) ve genel sağlık ($p=0,043$) alt boyutları arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulunurken, yaş ile tedaviye uyum ($p=0,004$) arasında da çok zayıf düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu (Tablo 11). Yani yaş arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü belirlendi.

Beden kitle indeksi ile SF 36 sosyal fonksiyon ($p=0,047$), emosyonel rol fonksiyon ($p=0,001$) alt boyutu ve mental ($p=0,032$) ana boyutu arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı ilişki belirlenirken, BKİ ile SF 36'nın diğer boyutları, PAM ve Morisky 8 arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olmadığı görüldü (Tablo 11).

Ağrı değişkeni ile SF 36'nın ağrı ($p=0,000$) alt boyutu arasında negatif yönde ileri düzeyde orta ilişki, fiziksel ($p=0,035$) ana boyutunda zayıf düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki bulundu. Ağrı değişkeni ile Morisky 8 ve PAM arasında anlamlı ilişki bulunmadı (Tablo 11). Ağrı düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği saptandı.

Mevcut sağlık durumunu değerlendirme düzeyi ile SF 36 genel sağlık ($p=0,000$), fiziksel ($p=0,000$) ve mental ($p=0,000$) ana boyut puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde orta ilişki olduğu belirlenirken; fiziksel fonksiyon ($p=0,000$), fiziksel rol fonksiyon ($p=0,000$), zindelik/yorgunluk ($p=0,000$), mental sağlık ($p=0,002$), sosyal fonksiyon ($p=0,000$), ağrı ($p=0,000$), emosyonel rol fonksiyon ($p=0,000$) arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı, zayıf düzey ilişki olduğu, ancak hastaların mevcut sağlık durumunu değerlendirme düzeyi ile PAM ve Morisky 8 arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 11).

Hastalığı nedeniyle olması gereken değişikliklere uyum ile PAM ($p=0,000$) ve Morisky 8 ($p=0,001$) arasında zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulunurken SF 36'nın hiçbir ana ve alt boyutunda anlamlı ilişki saptanmadı (Tablo 11).

4.4. AKTİFLİK DÜZEYİ, TEDAVİYE UYUM VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ KORELASYONA İLİŞKİN BULGULAR

PAM ile tedaviye uyum ($p=0,000$) ve yaşam kalitesinin mental sağlık ($p=0,000$), genel sağlık ($p=0,000$) alt boyutu arasında pozitif yönde, orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenirken; hasta aktiflik düzeyi ile yaşam kalitesinin fiziksel ($p=0,009$), mental ($p=0,005$) ana boyutu ve ağrı ($p=0,008$) alt boyutu arasında ise pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlendi. Hastaların tedavi yönetiminde aktif rol almalarının tedaviye uyumu ve yaşam kalitesini arttırdığı görüldü (Tablo 12).

Tablo 11. Yaş, BKİ, Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler ile PAM, Morisky 8 ve SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki Korelasyona İlişkin Sonuçlar

Değişkenler	PAM	Morisky 8	SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları								SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ana Boyutları	
			Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Fonks.	Zindelik/ Yorgun- luk	Mental sağlık	Sosyal Fonks.	Ağrı	Genel Sağlık	Emosyonel Rol Fonksiyon	Fiziksel Boyut	Mental Boyut
Yaş	r=0,066 p=0,438	r=0,239 p=0,004**	r=-0,584 p=0,000***	r=-0,487 p=0,000***	r=-0,362 p=0,003**	r=0,065 p=0,442	r=-0,526 p=0,000***	r=-0,233 p=0,006**	r=-0,171 p=0,043*	r=-0,057 p=0,501	r=-0,489 p=0,000***	r=-0,347 p=0,000***
BKİ	r=-0,100 p=0,239	r=-0,061 p=0,472	r=0,520 p=0,542	r=0,007 p=0,937	r=0,061 p=0,476	r=0,082 p=0,335	r=0,169 p=0,047*	r=0,143 p=0,091	r=0,115 p=0,175	r=0,167 p=0,001**	r=0,104 p=0,219	r=0,181 p=0,032*
Ağrı	r=0,049 p=0,700	r=0,088 p=0,487	r=0,039 p=0,759	r=0,082 p=0,514	r=-0,181 p=0,149	r=-0,160 p=0,203	r=-0,119 p=0,344	r=-0,607 p=0,000***	r=-0,299 p=0,016	r=0,164 p=0,193	r=-0,262 p=0,035*	r=-0,076 p=0,546
Mevcut sağlık durumunu değerlendirme	r=0,152 p=0,072	r=0,058 p=0,494	r=0,460 p=0,000***	r=0,291 p=0,000***	r=0,370 p=0,000***	r=0,262 p=0,002*	r=0,454 p=0,000***	r=0,485 p=0,000***	r=0,653 p=0,000***	r=0,295 p=0,000***	r=0,610 p=0,000***	r=0,495 p=0,000***
Hastalığa nedeniyle olması gereken değişikliklere uyum	r=0,418 p=0,000***	r=0,267 p=0,001**	r=0,045 p=0,599	r=0,134 p=0,114	r=-0,001 p=0,990	r=-,051 p=0,551	r=0,038 p=0,657	r=-,032 p=0,709	r=0,139 p=0,103	r=-0,052 p=0,540	r=0,078 p=0,357	r=-0,009 p=0,913

r: Pearson korelasyon , *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Tablo 12: PAM, SF 36 Ana ve Alt Boyutları, Morisky 8 Ölçekleri Arasındaki Korelasyona Ait Sonuçlar

ÖLÇEKLER											
SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları								SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ana Boyutları			
	Morisky 8	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Fonksiyon	Zindelik / Yorgunluk	Mental sağlık	Sosyal Fonksiyon	Ağrı	Genel Sağlık	Emosyonel Rol Fonksiyon	Fiziksel Boyut	Mental Boyut
PAM	r=0,369 p=0,000***	r=0,105 p=0,248	r=0,033 p=0,717	r=0,167 p=0,064	r=0,373 p=0,000***	r=0,167 p=0,063	r=0,236 p=0,008**	r=0,389 p=0,000***	r=0,074 p=0,413	r=0,233 p=0,009**	r=0,249 p=0,005**

r: Pearson korelasyon , *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Kronik hastalıklar geriye dönüşsüz olması ve kalıcı sakatlıklara yol açması nedeniyle oldukça önemli sağlık sorunlarından (Akdemir 2011). Dünyada ve ülkemizdeki epidemiyolojik çalışmalar incelendiğinde bakım gereksinimi olan kronik hastalıkların görülme oranlarının çarpıcı şekilde artmakta olduğu görülmektedir (<http://www.metsend.org/pdf/PURE-metsend.pdf>, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/B%C3%B6brek%20Has.%202014-2017%20Pdf.pdf>, http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf, http://beslenme.gov.tr/content/files/home/kuresel_durum_raporu.pdf Erişim Tarihi: 19.12.2016). Bununla beraber kronik hastalıklar bireylerin yaşamlarında gerek fiziksel gerek de sosyal alanlarda birtakım sorunlar yaşamalarına ve yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilenmesine sebep olmaktadır (Acaray ve Pınar 2004). Kronik hastalıkların kontrol altına alınabilmesi için ilaç tedavisine uyulması gerekmektedir. Bireylerin hastalık ve tedavi süreçlerinde aktif rol almaları ve yaşam kalitelerini mümkün olan en üst düzeye çıkarmaları için önemlidir (Gülseven ve Oğuz 2014, Koşar ve Besen 2015). Yapılan çalışmalarda kronik hastalıklarda zaman zaman tedaviye uyum sorunları yaşanabildiği, kronik hastalığa sahip bireylerin yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği ve hastaların hastalıklarının yönetiminde aktif rol almadığı bildirilmektedir (İncirkuş Nahçıvan 2015, Koşar ve Besen 2015). Literatürde genellikle hastanın aktif rol alma durumunu inceleyen çalışmalar olmakla birlikte, aktiflik düzeyi, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumun birlikte değerlendirildiği çalışmaların çok az sayıda olması, ülkemizde ise bulunmaması nedeniyle planlanan bu çalışmada; hastaların PAM'den aldıkları puan ortalaması $57,81 \pm 18,87$ olup aktifliğin 3. aşamasında oldukları ancak kronik hastalık yönetiminde hastaların %31,4'ünün aktif rol alma düzeylerinin düşük olduğu belirlendi. Literatür incelendiğinde yapılan birçok çalışmada da hastaların PAM'den aldıkları puan ortalamalarının 58,00 ile 70,7 arasında değiştiği ve bireylerin aktifliğin 3. aşamasında yer aldıkları belirlendi (Rask et al 2009; Chubak et al 2012; Franz et al

2013; Magnezi and Glasser 2014a; Graffigna et al 2015; Ngooi et al 2016; Rademakers et al 2016; Blakemore et al 2016). Hibbard, Mahoney, Stockard and Tusler'in (2015) 1469 örneklem ile yaptığı PAM ölçeğinin kısa formunun geliştirilmesi çalışmasında da ölçek puan ortalaması mevcut çalışmaya benzer şekilde 61,9 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlar mevcut çalışmanın diğer çalışmalar ile paralel olduğunu göstermektedir.

Bireylerin PAM'den aldıkları puanlar cinsiyet değişkeni ile karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı ($p>0,05$) belirlendi. Rask et al (2009)'un çalışmasında cinsiyet ile PAM puanları arasında istatistiksel anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Franz et al (2013)'un çalışmasında da cinsiyet ve PAM puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır. Graffigna et al (2015)'un 519 örneklem ile yaptıkları çalışmada erkeklerin puan ortalamasının kadınlardan biraz daha yüksek olduğu ancak cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı farklılık olmadığı belirtilmektedir. Hendriks et al (2016)'un yaptıkları çalışmada yine diğer çalışmalara benzer şekilde cinsiyet değişkeni ile PAM puanları arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmadığı görülmektedir. Yapılan üç farklı çalışmada da cinsiyetin aktiflik düzeyini etkilemediği belirtilmiştir (Chubak et al 2012; Magnezi and Glasser 2014a; Blakemore et al 2016). Literatür ile mevcut çalışmanın cinsiyet değişkenine ilişkin sonuçları benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada yaş ile hasta aktiflik düzeyi puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Benzer olarak Magnezi et al (2014b)'ın çalışmasında da yaşın hasta aktiflik düzeyini etkilemediği belirlenmiştir.

Mevcut çalışmada; medeni durum, çocuk sahibi olma, çalışma durumu, ekonomik durumu, aile tipi, yaşadığı yer, BKİ, daha önce ameliyat olma durumu, son altı ayda doktora gitme, son bir yılda hastaneye yatma, hekim önerisi dışında ilaç kullanma, sigara, alkol, düzenli sağlık kontrollerine gitme değişkenleri ile hastanın aktiflik düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü ($p>0,05$). Literatür incelendiğinde de Blakemore et al (2016)'un çalışmasında çalışma durumu ve PAM arasında istatistiksel anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir. Bu sonuç mevcut çalışmayı destekler niteliktedir. Hendriks et al (2016)'un ve Touwen et al (2015)'un

çalışmalarında bu çalışma sonucu ile farklı olarak BKI ile PAM arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Mevcut çalışmaya paralel olarak Rask et al (2009)'ın çalışmasında sigara ve PAM arasında istatistiksel farklılık olmadığı belirtilirken, Hibbart et al (2005)'in 1515 birey ile yaptığı PAM ölçeğinin kısa formunun geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığı çalışmasında sigara ve PAM arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğunu ve sigara içmeyenlerin daha aktif olduklarını belirtmektedir. Bu durumun mevcut çalışmada sigara içen bireylerin sayısının az olmasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Magnezi ve Glasser (2014a)'ın İsrail toplumunda yaptığı çalışmasında gelir düzeyi ve PAM arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve gelir düzeyi düşük olanların aktifliklerinin de düşük olduğu belirtilmektedir. Gelir düzeyinin değerlendirildiği başka bir çalışmaya rastlanmazken Magnezi ve Glasser (2014a)'ın çalışması ile mevcut çalışma arasındaki farkın ülke ekonomisindeki farklılıklar ve kişi üzerine yansıyan gelir dağılımından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Rask et al (2009)'un çalışmasında düzenli sağlık kontrolü değişkeni ve PAM arasında istatistiksel farklılık saptanmamıştır. Literatür incelendiğinde medeni durum, çocuk sahibi olma, çalışma durumu, aile tipi, yaşadığı yer, daha önce ameliyat olma durumu, son altı ayda doktora gitme, son bir yılda hastaneye yatma, hekim önerisi dışında ilaç kullanma, alkol değişkenleri ile PAM arasındaki farklılığı inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır.

Öğrenim durumu, ilaçları düzenli kullanma ve ağrı değişkenleri ile PAM arasında istatistiksel anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p<0,05$). Bu çalışmada ilköğretim mezunlarının en yüksek aktiflik düzeyine sahip olduğu görüldü. Magnezi et al (2014b)'ın çalışmasında eğitim seviyesi yüksek olanların aktiflik seviyesinin daha iyi olduğu belirlenmiştir. Mevcut çalışmanın aksine diğer çalışmalarda eğitimin PAM'i etkilemediği görülmektedir (Rask et al 2009, Franz et al 2013, Magnezi and Glasser 2014a, Graffigna et al 2015). Ele alınan diğer çalışmaların öğrenim düzeyinin mevcut çalışmaya göre daha yüksek olduğu görüldü. Mevcut çalışma da ise lise/üniversite mezunu kişi sayısı çok azdı. Sayıları birbirine yakın olan, ilköğretim mezunlarının ve okuryazar olmayanların aktiflik düzeyleri incelendiğinde eğitim seviyesinin aktiflik düzeyini etkilemediği ($p>0,05$) ancak ilköğretim mezunlarının

daha aktif olduğu görüldü. Bu nedenle mevcut çalışmanın eğitim değışkeni ile ilgili literatür sonuçları ile benzer olduğu söylenebilir. Eğitim düzeyi gruplarının daha homojen alındığı farklı çalışmalar ile eğitim düzeyinin hastanın aktif rol alma düzeyi üzerine gerçek etkisinin daha iyi ortaya konulabileceğini düşünüyöruz. Çalışmada en düşük aktiflik düzeyine ilaçları düzenli kullanmayanların ve ağrısı olanların sahip olduğu görüldü. Ancak ağrı şiddeti ile PAM arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Literatürde ilaçları düzenli kullanma ve ağrı değışkenine ilişkin bulgulara rastlanmakla birlikte ağrının varlığı hastalık sürecini yönetmede sorun yaşadığının bir göstergesi olarak sayılabilir. İlaçları düzenli kullanmama durumu ise aktifliğin önemli bir göstergesi olan kendi tedavisinin sorumluluğunu alma durumunun gerçekleştirilmediğini gösterebilir. Bu nedenle de ilaçları düzenli kullanmayanların aktiflik düzeyleri düşük çıkmış olabilir.

Bu çalışmada hastaların mevcut sağlık durumlarını değerlendirme düzeyi ile PAM arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Ancak hastalığı nedeniyle yaşamında olması gereken değışikliklere uyum düzeyi iyi olanların aktiflik düzeylerinin de iyi olduğu görüldü. Uyumun iyi olması hastalığın yönetiminde hastaların aktif rol aldığının bir göstergesi olabilir.

Hastaların Morisky 8 ölçeğı puan ortalaması $5,08 \pm 2,31$ olarak belirlendi. Hastaların yarısının tedaviye uyumları düşük olarak değerlendirildi. Morisky 8 ölçeğı kullanılarak tedaviye uyumun incelendiğı farklı çalışmalarda da puan ortalamalarının 4,66 ile 5,40 arasında değıştiğı bildirilmiştir (Mert, Özçakar ve Kuruoğlu 2011; Ashur et al 2015; Küçük ve Yapar 2016). Literatürdeki çoğı çalışma ile mevcut çalışmanın uyumlu olduğu görülmektedir. Bu çalışmanın aksine Polanska et al (2016)'ın hipertansif yetişkinlerde sekiz maddelik Morisky İlaça Uyum Ölçeğı'nin Polonya versiyonunun psikometrik özelliklerini inceledikleri çalışmada ölçek puan ortalaması 6,42 olarak hesaplanmıştır. Mevcut çalışma ile bu farklılığın nedeninin kültürel farklılıklardan kaynaklandığını düşünebiliriz.

Tedaviye uyuma etki eden değışkenler incelendiğinde, mevcut çalışmada cinsiyet değışkeninin tedavi uyumunu etkilemediğı belirlendi ($p>0,05$). Mert ve ark (2011),

Vatansever ve Ünsar (2014), Polanska et al (2016), Küçük ve Yapar (2016)'ın, Çankaya ve ark (2010)'nın çalışmalarında cinsiyet değişkeni ile ilaç uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirtilmemiştir. Bu çalışmalar mevcut çalışmayı desteklemektedir. Bazı çalışmalarda ise cinsiyet değişkeni ile ilaç uyumu arasında istatistiksel anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. Turhan ve ark (2014)'nın çalışmasında cinsiyet değişkeni ile ilaç uyumsuzluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve erkeklerin kadınlara göre daha düzenli ilaç kullandıkları görülmektedir. Çalışmada günlük kullanılması gereken herhangi bir ilacın dozunun çeşitli nedenler ile haftada bir kereden daha çok alınmaması ilaç uyumsuzluğu olarak değerlendirmiştir. Mevcut çalışma ile Turhan ve ark.'nın çalışmasının farklı olma nedeni her iki çalışmada da farklı değerlendirme araçlarının kullanılması olabilir. Ross, Walker and MacLeod (2004)'un yaptıkları bir başka çalışmada ise yine cinsiyet değişkeni ile ilaç uyumu arasında anlamlı farklılık olduğu ve kadınların erkeklere göre ilaç uyumunun daha iyi olduğu belirtilmektedir.

Mevcut çalışmada da öğrenim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma, çalışma durumu, ekonomik durumu, yaşanılan yer, sigara, alkol değişkenleri ile ilaç tedavisine uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarının değerlendirildiği çalışmada da (Mert ve ark 2011) eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, ekonomik durum, sigara ve alkol değişkenleri ile ilaç tedavisine uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir. Çankaya ve ark (2010)'nın çalışmasında ilaca ilişkin 3 parametre belirlenerek tedaviye uyumları değerlendirilmiş ve çalışma durumu, ekonomik durum ve yaşanılan yer değişkenleri ile tedaviye uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı belirtilmiştir. Polanska et al (2016)'un Polonyalı hasta grubunda yaptıkları araştırmada eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, sigara ve alkol değişkenleri ile ilaç uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Vatansever ve Ünsar (2014)'ın İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeğini kullanarak esansiyel hipertansiyonu olan hasta grubunda ilaç uyumunu değerlendirdikleri çalışmada da eğitim durumu, ekonomik durum ve çocuk sayısı ile İlaç Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği puanları arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir. Ross et al (2004)'un çalışmasında da

öğrenim durumu ve diğer sosyodemografik değişkenlerin ilaç tedavisine uyumu etkilemediği gösterilmiştir. Literatür bulguları, mevcut çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir. Turhan ve ark (2014)'nın 396 örneklem ile yaşlı popülasyonda ilaç uyumunu değerlendirdikleri çalışmada öğrenim durumu ve medeni durumunun mevcut çalışma sonuçlarından farklı olarak ilaç uyumunu etkilediği gösterilmiştir. Bu farklılığın nedeni her iki çalışmada da farklı değerlendirme araçlarının kullanılması ve örneklem sayılarının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Literatür incelendiğinde aile tipi, daha önce ameliyat olma durumu, son bir yılda hastaneye yatma ve ailede kronik hastalık olma değişkenlerinin değerlendirildiği çalışmalara rastlanmamıştır.

Mevcut çalışmada önerilen diyetle uyuma değişkeni ile ilaca uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p>0,05$), Vatansever ve Ünsar (2014)'ın çalışmasında diyet uygulama durumu ile İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. Mevcut çalışma ile olan bu farklılığın nedeni kullanılan ölçüm araçlarının farklı olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmada hastalığına ilişkin düzenli sağlık kontrollerine gitme değişkeni ile Morisky 8 arasında istatistiksel anlamlı farklılık olduğu görüldü ($p<0,01$). Polanska et al (2016)'un çalışmasında da düzenli kan basıncı kontrolü yapanların uyumlarının daha iyi olduğu görülmektedir. Bu sonuç mevcut çalışmayı destekler niteliktedir. Literatürde hekim önerisi dışında ilaç kullanma değişkenini değerlendiren çalışmaya rastlanmamakla birlikte kendisine önerilmeyen ilaçları kullananların tedaviye uyumlarının iyi olmaması beklenen bir sonuçtur.

Bu çalışmada hastaların mevcut sağlık durumlarını değerlendirme düzeyi ile tedaviye uyum arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Ancak hastalığı nedeniyle yaşamında olması gereken değişikliklere uyum düzeyi iyi olanların tedaviye uyumlarının da iyi olduğu görüldü.

Kronik hastalıklar bireylerin yaşamında kısıtlılıklara neden olan yaşam biçimi davranışlarında değişiklik yapmaları gereken ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen durumlardır. Čanković et al (2016) da çalışmasında yaşam kalitesi WHOQOL-BREF kullanılarak değerlendirmiş ve kronik hastalığı olma değişkeni ile yaşam kalitesi arasında anlamlı fark olduğu ve kronik hastalığı olanların yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu bulmuştur. Wang et al (2015)'in çalışmasında da emosyonel fonksiyon, genel sağlık alt boyutları ile kronik hastalık arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir. Mevcut çalışmada da bireylerin SF 36 yaşam kalitesi ölçeği fiziksel ana boyutundan aldıkları puan ortalaması $37,83 \pm 20,47$; mental ana boyutundan aldıkları puan ortalaması ise $42,34 \pm 15,03$ olarak hesaplandı. Onat (2013)'ın 65 yaş üzeri 174 hasta ile yaptığı çalışmada fiziksel ana boyut puan ortalamasının $37,79 \pm 9,22$ ve mental ana boyut puan ortalamasının da $45,40 \pm 6,30$ olduğu görülmektedir. Bu sonuç mevcut çalışma ile benzerdir.

Mevcut çalışmada SF 36'nın alt boyutları ile sosyodemografik değişkenler arasındaki farklılık incelendiğinde; cinsiyet değişkeni ile mental sağlık alt boyutu arasında farklılık olduğu ve kadınların puanının daha yüksek olduğu, öğrenim durumu değişkeni ile emosyonel rol fonksiyon ve mental sağlık alt boyutları dışındaki tüm boyutlar arasında, medeni durum değişkeni ile fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, sosyal fonksiyon ve genel sağlık alt boyutları arasında, çalışma durumu değişkeni ile mental sağlık, ağrı ve emosyonel rol fonksiyon alt boyutları dışındaki tüm boyutlarda, aile tipi değişkeni ile ağrı alt boyutu ve fiziksel ana boyutunda, son altı ayda doktora gitme değişkeni ile fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, sosyal fonksiyon alt boyutları ve fiziksel sağlık ana boyutu arasında, son bir yılda hastaneye yatma durumu ile mental sağlık ve emosyonel rol fonksiyon alt boyutları dışındaki tüm boyutlarda, sigara kullanma durumu ile fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, sosyal fonksiyon, ağrı alt boyutları ve fiziksel ana boyutunda, alkol değişkeni ile fiziksel fonksiyon alt boyutunda, düzenli sağlık kontrollerine gitme değişkeni ile sosyal fonksiyon alt boyutunda, önerilen diyet olup olmaması duruma göre mental sağlık alt boyutunda, ilaçlarını düzenli kullanma durumu ile fiziksel fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, zindelik/yorgunluk, sosyal fonksiyon alt boyutları ile fiziksel ana boyutunda, ağrı değişkeni ile emosyonel rol fonksiyon dışındaki tüm boyutlarda anlamlı farklılık olduğu ancak çocuk sahibi olma, ekonomik durum,

yaşanılan yer, ameliyat olma durumu, hekim önerisi dışında ilaç kullanma durumu, ailede kronik hastalık bulunma durumu ve diyetle uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Bu çalışmada da yaş ile SF 36'nın yalnızca mental sağlık ve emosyonel rol fonksiyon alt boyutları arasında ilişki olmadığı diğer alt boyutlarda ve her iki ana boyutta istatistiksel anlamlı ilişki olduğu, yaş arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı görüldü. Kronik hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesini değerlendirdiği bir çalışmada yaş ile fiziksel rol, fiziksel rol fonksiyon, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol fonksiyon arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğu görüldü (Acaray ve Pınar 2004), Erdem ve Ergüney (2005)'in Rolls Royce yaşam kalitesi ölçeği kullanarak koroner arter hastalarında yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmalarında yaş ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık buldukları görülmektedir. Yaşla birlikte yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar düşmektedir. Cruz et al (2013)'un çalışmasında da yaş ile yaşam kalitesi arasında anlamlı fark olduğu ve yaş arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü belirtilmiştir. Özdemir, Hocaoglu, Koçar ve Ersöz (2011)'ün çalışmasında yaşın özellikle fiziksel fonksiyon alt boyutu üzerine etkisi olduğu belirtilmektedir. Tel, Hizmetli, Tel ve Yıldırım (2011)'in osteoartritli hasta grubuyla yaptığı çalışmada yaşam kalitesini Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) kullanılarak değerlendirilmiştir. Hastaların yaş değişkenine göre ölçeğin bedensel alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ruhsal, sosyal ve çevresel alt boyutlarında anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. Kitaoka et al (2016)'nın çalışmasında yaşın yaşam kalitesini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği bildirilmiştir. Onat (2013)'in çalışmasında yaş değişkeni ve yaşam kalitesinin ana boyutları arasında istatistiksel anlamlı fark olduğu görülmektedir. Mevcut çalışma sonuçları bu çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Mevcut çalışmanın aksine Özden (2010)'in ankilozan spondilit yaşam kalitesi ölçeği (ASQoL)'ni kullanarak yaptığı çalışmasında yaş ile yaşam kalitesi arasında fark olmadığı belirtilmektedir. Bu durumun kullanılan ölçeklerin ve tıbbi tanıların farklılıklarından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Mevcut çalışmanın cinsiyet değişkenine ilişkin sonuçları incelendiğinde ise yalnızca mental sağlık alt boyutunda istatistiksel anlamlı farklılık olduğu görüldü. Erdem ve Ergüney (2005)'in çalışmasında cinsiyet değişkeni ile yaşam kalitesine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu ve bu farkın erkek cinsiyetten kaynaklandığı, erkeklerin yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanın daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Özdemir ve ark (2011)'nın çalışmasında kadın hastaların SF 36 alt boyutlarının hepsinden aldıkları puanların, kontrol grubu kadınlar ve erkeklerden daha az olduğu belirlenmiştir. Onat (2013)'in çalışmasında ise cinsiyet değişkeni ile fiziksel ve mental ana boyutlar arasında istatistiksel farklılık saptanmadığı görülmektedir. Cruz et al (2013)'un çalışmasında cinsiyet, ekonomik durum ile yaşam kalitesi arasında anlamlı farklılık olduğu görülmektedir.

Erdem ve Ergüney (2005)'in mesleğe göre yaşam kalitesi incelendikleri çalışmada ise yaşam kalitesi toplam puanı en yüksek olarak belirlenen grubun memur ve işçiler olduğu, ev hanımlarının puan ortalamalarının tüm alanlarda düşük olduğu görülmektedir. Yine aynı çalışmada eğitim durumu ve yaşam kalitesi incelenmiş ve yüksekokul mezunu olan bireylerin yaşam kaliteleri daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Acaray ve Pınar (2004)'ın çalışmasında öğrenim durumunun mental sağlık, zindelik/yorgunluk ve ağrı alt boyutları hariç yaşam kalitesini istatistiksel olarak etkilediği ve öğrenim durumu arttıkça yaşam kalitesinin arttığı görülmektedir. Kitaoka et al (2016)'nın çalışmasında öğrenim durumunun zindelik/yorgunluk ve mental sağlık alt boyutlarında istatistiksel anlamlı fark olduğu bildirilmiştir. Bu çalışma sonuçları mevcut çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir.

Onat (2013)'in çalışmasında gelir durumu değişkeni ile yaşam kalitesi mental ana boyut arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmayıp, fiziksel ana boyut ile istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür. Meslek ve sigara değişkenleri her iki ana boyutta da yaşam kalitesini etkilemediği, medeni durum ve öğrenim durumunun mental ana boyutu etkilediği belirlenmiştir. Carvalho, Siqueira, Sousa and Jardim (2013)'in çalışmasında evli olan erkek cinsiyetin her iki ana boyutta da puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu çalışmada da evli olan hastaların yaşam kalitelerinin anlamlı düzeyde daha iyi olduğu belirlendi. Acaray ve

Pınar (2004)'ın çalışmasında ekonomik durum değişkeninin yalnızca global yaşam kalitesi boyutunu etkilediği diğer boyutları etkilemediği bildirilmiştir. Çalışmanın sonuçları mevcut çalışma ile benzerdir. Literatürde ekonomik durumun yaşam kalitesini etkileyen bir değişken olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada anlamlı fark çıkmama nedeni ise çalışmada geliri giderinden fazla olan hasta popülasyonunun olmamasından kaynaklanabilir.

Literatürde sigara içme durumunun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilirken, Wijnhoven et al (2001)'ın çalışmasında mevcut çalışma sonuçlarına paralel olarak sigara içme değişkeninin yaşam kalitesini etkilediği, sigara içenlerin yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu görülmektedir. Wijnhoven et al (2001)'ın çalışmasında sigara içmeye devam eden hastaların hastalıklarının şiddetinin hafif düzeyde olabileceği, bu nedenle de sigara içenlerin yaşam kalitelerinin daha yüksek çıkmış olabileceği belirtilmektedir. Mevcut çalışmada da sigara içen hastaların yaşam kalitelerinin daha iyi olma nedeni genel sağlık durumlarının daha iyi olmasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Hastalık şiddeti, sigara içme ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirileceği çalışmalar ile net sonuçların ortaya konabileceği kanaatindeyiz.

Literatürde Katsura, Yamada and Kida (2005)'nın çalışmasında bu çalışmaya benzer şekilde beden kitle indeksinin yaşam kalitesini etkilediği, kilo düştükçe yaşam kalitesinin azaldığı görülmektedir.

Acaray ve Pınar (2004)'ın çalışmasında aile tipi değişkeninin yaşam kalitesini etkilemediği bildirilmiştir. Mevcut çalışmada da ağrı alt boyutu ve fiziksel ana boyut dışında hiçbir boyutta belirtilen çalışmaya benzer şekilde aile tipi değişkeni ile yaşam kalitesi arasında farklılık saptanmadı.

Kitaoka et al (2016)'nın çalışmasında ağrı değişkeninin mevcut çalışma ile benzer şekilde yaşam kalitesini etkilediği görülmüştür.

Bu çalışmada PAM ile tedaviye uyum ve yaşam kalitesinin mental sağlık, genel sağlık alt boyutu arasında pozitif yönde, orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenirken; hasta aktiflik düzeyi ile yaşam kalitesinin fiziksel, mental ana boyutu ve ağrı alt boyutu arasında ise pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlendi. Hastaların tedavi yönetiminde aktif rol almalarının tedaviye uyumu ve yaşam kalitesini arttırdığı görüldü. Dasi et al (2015) çalışmasında da tedaviye uyumun yaşam kalitesini etkilediği bildirilmiştir. Magnezi et al (2014b)'ın çalışmasında PAM ile SF-12 toplam puanları arasında pozitif yönde ileri düzeyde anlamlı ilişki olduğu ve yaşam kalitesinin hasta aktiflik düzeyinin önemli bir göstergesi olduğu bildirilmiştir. Al Jaouni, Al Muhayawi, Halawa, Al Mehayawi (2013)'nin çalışmasında tedaviye uyumu kötü olan hastaların yaşam kalitesinin de kötü olduğu belirtilmiştir. Perwitasari and Urbayatun (2016)'un çalışmasında yaşam kalitesi ile tedaviye uyum arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulmuşlardır. Hendriks et al (2016)'un çalışmasında da yaşam kalitesi skorlarının yüksek olmasının yüksek hasta aktiflik düzeyi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Munson et al (2009)'un çalışmasında da PAM skorları, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Mevcut çalışmanın bu çalışma sonuçları ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Kronik hastalık yönetiminde hastaların rolü, yaşam kaliteleri ve tedaviye uyumlarının değerlendirildiği bu çalışmada temel sonuçlar şunlardır:

- Hastaların kronik hastalıklarının yönetiminde aktif olarak rol almadıkları, öğrenim düzeyi, ilaçlarını düzenli kullanma durumu ve ağrı değişkenlerinin hastaların aktif rol alma düzeylerini etkilediği görüldü.
- Hastaların yarısından fazlasının tedaviye uyumlarının düşük olduğu, yaş, hekim önerisi dışında ilaç kullanma durumu ve hastalığına ilişkin düzenli sağlık kontrollerine gitme değişkenlerinin hastaların tedaviye uyumlarını etkilediği belirlendi.

- Hastaların SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinden düşük puan aldıkları, öğrenim durumu, medeni durum, çalışma durumu, son bir yılda hastaneye yatma durumu ve ağrı değişkeninin SF 36'nın her iki ana boyutunu da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği; aile tipi, son altı ayda doktora gitme, sigara kullanma ve ilaçlarını düzenli kullanma değişkenlerinin de fiziksel ana boyutu etkilediği belirlendi.

Bu bulgular doğrultusunda;

- Kronik hastalığı olan bireylerin aktiflik düzeylerinin belirlenmesi,
- Hastaların bakım ve tedavi süreçlerinde aktif rol almalarını sağlamak ve bu sayede de tedaviye uyumlarını ve yaşam kalitelerini arttırmak için motivasyonel görüşme yöntemleri gibi yöntemlerin hastaların hastalık yönetiminde aktif rol almanın önemine inanmalarını sağlamak amacıyla hemşirelik girişimi olarak kullanılması,
- Kronik hastalık yönetiminde aktif rol almanın hastalık sürecine olumlu etkilerinin, bakım maliyetinin ve komorbid durumların azaltılmasında fayda sağlayacağı göz önünde bulundurularak, sağlık çalışanlarının önemli bir kısmını oluşturan ve hasta ile sürekli iletişim içinde olan hemşirelerin hastaların bakım süreçlerindeki aktif rol alma düzeylerini değerlendirmelerini sağlamaya yönelik farkındalıklarının artırılması,
- Daha büyük örneklem sayısı ile hasta aktiflik düzeyi, yaşam kalitesi, tedaviye uyum ve etkileyen faktörlerin değerlendirildiği çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Acar AE. (2011). Kronik Hastalıkların, Hastaların Aile İşlevleri ve Yaşam Doyumları Üzerine Etkisi. D.E.Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. A. Dilek Güldal).
- Acaray A, Pınar R. (2004). Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 8(1).
- Akalın E, Tanrıöver MD, Sayran F. (2012). Sürdürülebilir Sağlık Sistemi İçin Kronik Hastalık Yönetiminde Elektronik Sağlık Kaynaklarının Rolü. TÜSİAD, İstanbul.
- Akdemir N. (2011). Kronik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, (Eds) Akdemir N, Birol L. Geliştirilmiş 3. Baskı, Sistem Ofset, Ankara.
- Al Jaouni SK, Al Muhayawi MS, Halawa TF, Al Mehayawi MS. (2013). Treatment adherence and quality of life outcomes in patients with sickle cell disease. Saudi medical journal, 34(3), 261-265.
- Alegria M, Sribney W, Perez D, Laderman M, Keefe K. (2009). The Role of Patient Activation on Patient–Provider Communication and Quality of Care For US and Foreign Born Latino Patients. Journal of General Internal Medicine, 24(3), 534-541.
- Ashur ST, Shamsuddin K, Shah SA, Bosseri S, MoriskyDE. (2015). Reliability and Known-Group Validity of the Arabic Version of the 8-item Morisky Medication Adherence Scale Among Type 2 Diabetes Mellitus Patients. Eastern Mediterranean Health Journal, 21(10), 722.

Aşlar RH, Gözüm S, Çapık C. (2014). Reliability and Validity of The Turkish Form of the Eight-İtem Morisky Medication Adherence Scale in Hypertensive Patients. *Anadolu Kardiyol Derg*, 14: 692-700.

Blakemore A, Hann M, Howells K, Panagioti M, Sidaway M, Reeves D, Bower P. (2016). Patient Activation in Older People With Long-Term Conditions and Multimorbidity: Correlates and Change in a Cohort Study in the United Kingdom. *BMC Health Services Research*, 16(1), 582.

Bodur H. (2011). Dünyada ve Türkiye’de Osteoartrite Güncel Bakış; *Epidemiyoloji ve Sosyoekonomik Boyut*. *Turkish Journal Of Geriatrics Özel Sayı 1*: 7-14.

Bozdemir, H. (2006). Karaciğer Transplantasyonu Uygulanan Hastalarda Yaşam Kalitesinin İncelenmesi, D.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Aklime Dicle).

Čanković S, Ač-Nikolić E, Jovanović VM, Kvrđić S, Harhaji S, Radić I. (2016). Quality of Life of Elderly People Living in a Retirement Home. *Vojnosanitetski pregled*, 73(1), 42-46.

Carvalho MV, Siqueira LB, Sousa ALL, Jardim PCVB. (2013). The Influence of Hypertension on Quality of Life. *Arquivos Brasileiros De Cardiologia*, 100(2):164-74.

CDC - Kronik Hastalıklar: Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Önde Gelen Ölüm Nedenleri ve Engellilik.

<https://www.cdc.gov/chronicdisease/overview/> (Erişim Tarihi: 19.12.2016)

Chubak J, Anderson ML, Saunders KW, Hubbard RA, Tuzzio L, Liss DT, Morales LS, Reid, RJ. (2012). Predictors of 1-Year Change in Patient Activation in Older Adults with Diabetes Mellitus and Heart Disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(7), 1316-1321.

Comlossoy M. (2013). Chronic Disease Prevention and Management. National Conference of State Legislatures, Denver.

Cruz LNL, Fleck MPDA, Oliveira MR, Camey SA, Hoffmann JF, Bagattini AM, Polanczyk CA. (2013). Health-related Quality of Life in Brazil: Normative Data for the SF-36 in a General Population Sample in the South of the Country. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7): 1911-1921.

Çakır F, İlhem C, Yener F. (2010). Kronik Psikotik Hastalarda Taburculuk Sonrası Takip ve Tedaviye Uyum. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23:50-59.

Çankaya AB, İşlek E, Şimşek T, Özdamar Y, Zilelioğlu O. (2010). Glukom Hastalarının Tedaviye Uyum ve Bağımlılıklarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *TOD Dergisi* 40(4): 199-204.

Dasí MG, Aznar JA, Yuste VJ, Altisent C, Bonanad S, Mingot E, Lucia F, Gimenez F, Loper MF, Marco P, Perez R, Fernandez MA, Paloma MJ, Galmez B, Herrero BG, Garciatalaveras JA. (2015). Adherence to prophylaxis and quality of life in children and adolescents with severe haemophilia A. *Haemophilia*, 21(4), 458-464.

Demir G, Akkoca Ö, Doğan R, Saryal S, Karabıyıkoglu G. (2003). KOAH'da Dispne ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 51(4): 365-372.

Demiral Y, Ergor G, Unal B, Semin S, Akvardar Y, Kıvrıcık B, Alptekin K. (2006). Normative Data and Discriminative Properties of Short Form 36 (SF-36) in Turkish Urban Population. *BMC Public Health*, 6(1): 1-8.

Dikeç G, Kutlu Y. (2015). Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Uyumunu Artırmak İçin Bir Yöntem: Tedaviye Uyum Programı. *Journal of Psychiatric Nursing*, 6(1): 40-46.

Dünya Sağlık Örgütü. (2011). Bulaşıcı Olmaya Hastalıklara İlişkin Küresel Durum Raporu. (Ed) Alwan A, İtalya. http://beslenme.gov.tr/content/files/home/kuresel_durum_raporu.pdf (Erişim Tarihi: 19.12.2016)

Dünya Sağlık Örgütü. (2014). Bulaşıcı Olmaya Hastalıklara İlişkin Küresel Durum Raporu http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1 (Erişim Tarihi: 19.12.2016).

Dünya Sağlık Örgütü. (2014). Noncommunicable Diseases Country Profiles 2014. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2014/en/> (Erişim Tarihi: 19.12.2016)

Erdem N, Ergüney S. (2005). Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 8(3).

Eser E. (2012). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi. *Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu*, 4: 2-4.

Filho ADO, Morisky DE, Neves SJF, Costa FA, de Lyra DP. (2014). The 8-item Morisky Medication Adherence Scale: Validation of a Brazilian–Portuguese Version in Hypertensive Adults. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 10(3): 554-561.

Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. (1992). Quality of Life Measures in Health Care. I: Applications and Issues in Assessment. *Bmj*, 305(6861): 1074-1077.

Franz KB, Hibbard JH, Herrmann WJ, Freund T, Szecsenyi J, Djalali S, Stey CS, Sönnichsen A, Tiesler F, Storch M, Schneider N, Gendichen J. (2013). Validation of The German Version of The Patient Activation Measure 13 (PAM13-D) in an International Multicentre Study of Primary Care Patients. Plos One, 8(9), E74786.

Göçgeldi E, Babayiğit MA, Hassoy H, Açikel CH, Taşçı İ, Ceylan S. (2008). Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Düzeyinin ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 50(3): 172-179.

Gökler I. (2008). Sistem Yaklaşımı ve Sosyal-Ekolojik Yaklaşım Çerçevesinde Oluşturulan Kavramsal Model Temelinde Kronik Hastalığı Olan Çocuklar ve Ailelerinde Psikolojik Uyumun Yordanması. A.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Gülseren Erden)

Graffigna G, Barelo S, Bonanomi A, Lozza E, Hibbard J. (2015). Measuring Patient Activation in Italy: Translation, Adaptation and Validation of the Italian Version of the Patient Activation Measure 13 (PAM13-I). BMC Medical Informatics and Decision Making, 15(1), 1.

Gülseven B, Oğuz S. (2014). Kronik Durumlar. İçinde: *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. (Eds) Karadakovan A, Aslan FE. Geliştirilmiş 3. Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara.

Gün Y, Korkmaz M. (2014). Hipertansif Hastaların Tedavi Uyum ve Yaşam Kalitesi. DEUHYO ED, 7 (2): 98-108.

Hançerlioğlu S. (2014). Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği ve Uyum Soru Formu'nun Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliği. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Fisun Şenuzun Aykar).

Hendriks SH, Hartog LC, Groenier KH, Maas AH, van Hateren KJ, Kleefstra N, Bilo HJ. (2016). Patient Activation in Type 2 Diabetes: Does It Differ between Men and Women?. *Journal of Diabetes Research*.

Hibbard JH, Greene J. (2013). What The Evidence Shows About Patient Activation: Better Health Outcomes and Care Experiences; Fewer Data on Costs. *Health Affairs*, 32(2), 207-214.

Hibbard JH, Mahoney ER, StockardJ, Tusler M. (2005). Development and Testing of a Short Form of the Patient Activation Measure. *Health services research*, 40(6p1), 1918-1930.

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

Kahraman S, Zincir H, Kaya Z. (2012). Evde Bakımın Kronik Hastaların Yaşam Kalitesine Etkisi. *Sağlık ve Toplum*, 22(1):28-34.

Katsura H, Yamada K, Kida K. (2005). Both Generic and Disease Specific Health-Related Quality of Life are Deteriorated in Patients with Underweight COPD. *Respiratory medicine*, 99(5), 624-630.

Kaya O. (2014). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Farklı Gold Evrelerine Göre Yaşam Kalitesi ve Bode İndeksi. P.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Denizli, (Prof. Dr. Fatma Evyapan).

Kitaoka M, Mitoma J, Asakura H, Anyenda OE, Nguyen TTT, Hamagishi T, Hori D, Suzuki F, Shibata A, Horii M, Tsujiguchi H, Hibino Y, Kambayashi Y, Hitomi Y, Shikura N, Hiroyuki N. (2016). The Relationship Between Hypertension and Health-Related Quality of Life: Adjusted by Chronic Pain, Chronic Diseases, and Life Habits in the General Middle-Aged Population in Japan. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 21: 193-214.

- Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. (1999). Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12(2): 102-106.
- Koşar C, Besen DB. (2015). Kronik Hastalıklarda Hasta Aktivliği: Kavram Analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 8(1).
- Kumsar AK, Yılmaz FT. (2014). Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesine Genel Bakış. E.R.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2(2):62-70.
- Küçük E, Yapar K. (2016). Tip II Diyabetli Hastalarda Sağlık Algısı, Sağlıkla İlgili Davranışlar ve İlaç Tedavisine Uyum: Türkiye'nin Karadeniz Bölgesi'nde Bir Çalışma. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15(4).
- Magnezi R, Glasser S, Shalev H, Sheiber A, Reuveni H. (2014b). Patient activation, depression and quality of life. Patient education and counseling, 94(3), 432-437.
- Magnezi R, Glasser S. (2014a). Psychometric Properties of the Hebrew Translation of the Patient Activation Measure (PAM-13). Plos One, 9(11), E113391.
- Mert H, Özçakar N, Kuruoğlu E. (2011). Multidisipliner Bir Özel Çalışma Modülü Araştırması: Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumlarının İncelenmesi. Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 15(1).
- Metabolik Sendrom Derneği. PURE Türkiye Sağlık Çalışması 3. Yıl Analiz Çalışması. <http://www.metsend.org/pdf/PURE-metsend.pdf> (Erişim Tarihi: 19.12.2016).

- Milli Eğitim Bakanlığı. (2013). Hasta Psikolojisi Modülü. Ankara, SS:17-25.
http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Hasta%20Psikolojisi.pdf (Erişim Tarihi: 19.12.2016)
- Munson GW, Wallston KA, Dittus RS, Speroff T, Roumie CL. (2009). Activation and perceived expectancies: correlations with health outcomes among veterans with inflammatory bowel disease. *Journal of general internal medicine*, 24(7), 809-815.
- Napolitano F, Napolitano P, Garofalo L, Recupito M, Angelillo IF. (2016). Assessment of Continuity of Care among Patients with Multiple Chronic Conditions in Italy. *PloS one*, 11(5).
- Ngooi BX, Packer TL, Kephart G, Warner G, Koh KWL, Wong RRC, Lim SP. (2016). Validation of the Patient Activation Measure (PAM-13) Among Adults with Cardiac Conditions in Singapore. *Quality of Life Research*, 1-10.
- Oğuzülgen İK, Köktürk N, Işıkdöğün Z. (2014). Astım Ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Morisky 8-Maddeli İlaça Uyum Anketinin (MMAS-8) Türkçe Geçerliliğinin Kanıtlanması Çalışması. *Tüberk Toraks*, 62(2): 101-107.
- Onat ŞŞ, Delialioğlu SÜ, Özel S. (2015). Multipl Sklerozda Depresyon, Fonksiyonel Durum ve Yaşam Kalitesi İlişkisi: Bir Rehabilitasyon Merkezi Deneyimi. *Journal of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences/Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*, 18(3):139-145.
- Onat ŞŞ. (2013). Yaşlı Bireylerde Sosyodemografik Özellikler ve Kognitif Fonksiyonların Yaşam Kalitesine Etkisi. *Turkish Journal of Osteoporosis/Türk Osteoporoz Dergisi*, 19(3).

Özdemir İ, Hocaoglu Ç, Koçak M, Ersöz Ö. (2011). Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Ruhsal Belirtiler. *Düşünen Adam Psikiyatri Ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24, 128-138.

Özdemir Ü, Taşcı S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.

Özden G. (2010). Ankilozan Spondilitli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Risk Faktörleri. K.T.Ü. Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilimdalı, Uzmazlık Tezi, Trabzon, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Murat Karkucak).

Perwitasari DA, Urbayatun S. (2016). Treatment Adherence and Quality of Life in Diabetes Mellitus Patients in Indonesia. *SAGE Open*, 1-7.

Plakas S, Mastrogiannis D, Mantzourou M, Adamakidou T, Fouka G, Bouziou A, Tsiou C, Morisky DE. (2016). Validation of the 8-Item Morisky Medication Adherence Scale in Chronically Ill Ambulatory Patients in Rural Greece. *Open Journal of Nursing*, 6(03): 158.

Polanska BJ, Uchmanowicz I, Chudiak A, Dudek K, Morisky DE, Chabowska AS. (2016). Psychometric Properties of the Polish Version of the Eight-Item Morisky Medication Adherence Scale in Hypertensive Adults. *Patient preference and adherence*, 10, 1759.

Rademakers J, Maindal HT, Steinsbekk A, Gensichen J, Brenk-Franz K, Hendriks M. (2016). Patient Activation in Europe: an International Comparison of Psychometric Properties and Patients' Scores on The Short Form Patient Activation Measure (PAM-13). *BMC Health Services Research*, 16(1), 570.

Rask KJ, Ziemer DC, Kohler SA, Hawley JN, Arinde FJ, Barnes CS. (2009). Patient Activation is Associated with Healthy Behaviors and Ease in Managing Diabetes in an Indigent Population. *The Diabetes Educator*, 35(4), 622-630.

Ross S, Walker A, MacLeod MJ. (2004). Patient Compliance in Hypertension: Role of Illness Perceptions and Treatment Beliefs. *Journal of Human Hypertension*, 18(9), 607-613.

Sevimli D, Kozanoğlu E. (2012). Fibromiyalji Sendromlu Hastalarda Egzersiz ve SF-36 Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi. *Sport Sciences*, 7(2): 18-26.

Tel H, Hizmetli S, Tel H, Yıldırım M. (2011). Osteoartritli Yaşlılarda Özbakım Gücü ve Yaşam Kalitesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 14(1): 63-67.

Torlak SE, Yavuzçehre PS. (2008). Denizli Kent Yoksullarının Yaşam Kalitesi Üzerine Bir İnceleme. *Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi*, 2: 23-44.

Touwten IB, Schuurmans M, Monninkhof EM, Korpershoek Y, Spruit-Bentvelzen L, Ertugrul-van der Graaf I, Wit N, Trappenburg J. (2015). Patient and disease characteristics associated with activation for self-management in patients with diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, chronic heart failure and chronic renal disease: a cross-sectional survey study. *PloS one*, 10(5), e0126400.

Turhan Ö, Kibar E, Ekren E, Engin O, ErcanD, Erdal AI, Ergün EZ, Ertop P, Esen B, Geylan DE, Üner S, Bilir N. (2014). Yaşlılarda İlaç Uyumu: Üniversite Hastanesi Tabanlı Tanımlayıcı Bir Çalışma. *Nobel Medicus*, 10(2): 31-37.

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği (2012). Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması PatenT2. http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php (Erişim Tarihi: 19.12.2016)

Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı

<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/B%C3%B6brek%20Has.%202014-2017%20Pdf.pdf> (Erişim Tarihi: 19.12.2016).

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, TURDEP-II Sonuçları.

http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf (Erişim Tarihi: 19.12.2016).

Türkiye İstatistik Kurumu (2016). Ölüm Nedeni İstatistikleri.

<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21526> (Erişim Tarihi: 19.12.2016)

Türkmen E. (2012). Kronik Hastalıklar ve Önemi. İçinde: *Kronik Hastalıklar ve Bakım*, (Ed) Durna Z. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

Ünal B, Ergör G, Horasan GD, Kalaça S, Sözmez K. (2013). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara.

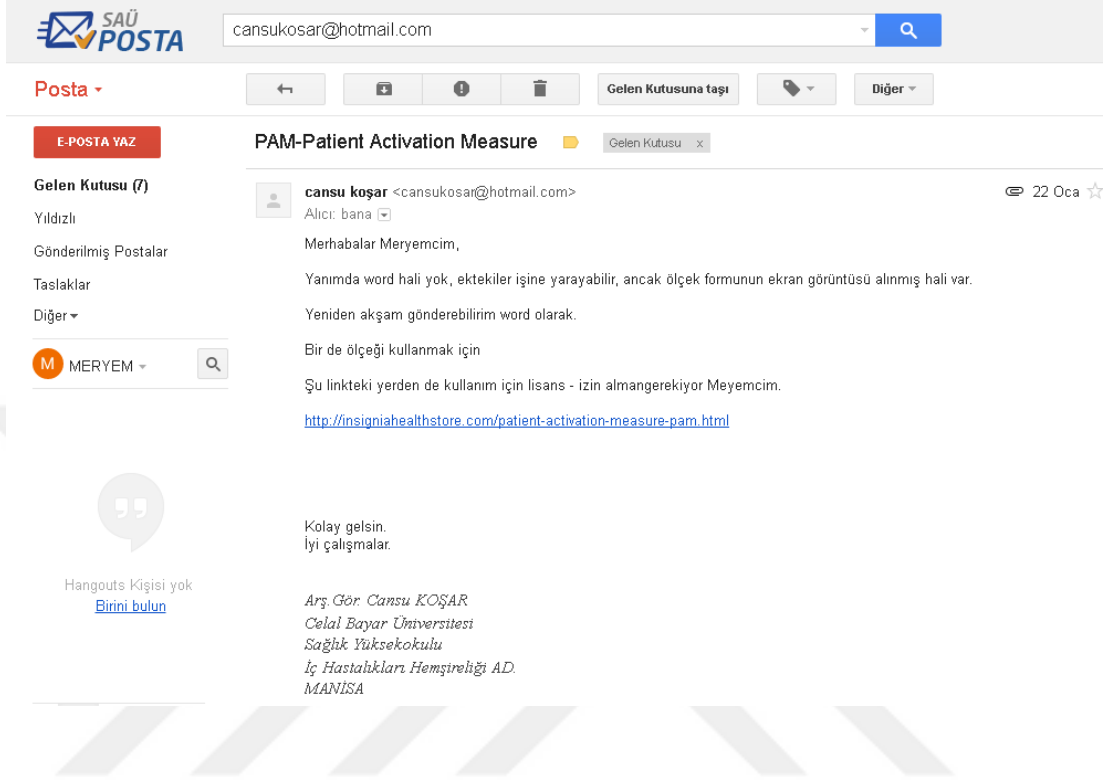
Vatansever Ö, Ünsar S. (2014). Esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaç tedavisine uyum/öz etkililik düzeylerinin ve etkileyen Faktörlerin belirlenmesi. Türk Kardiyoloji Dern Kardiyovasküler hemşirelik dergisi, 5(8): 61-67.

Wang JW, Sun L, Li J, Cong XH, Chen XF, Tang Z, Yu DH, Zhang TR, Luo ZN, Yuan ZP, Yu JM. (2015). Comorbid Chronic Diseases and Their Associations with Quality of Life Among Gynecological Cancer Survivors. BMC Public Health, 15(1): 965-971.

Wijnhoven HA, Kriegsman DM, Hesselink AE, Penninx BW, de Haan M. (2001).
Determinants of Different Dimensions of Disease Severity in Asthma and
COPD: Pulmonary Function and Health-Related Quality of Life. *CHEST
Journal*, 119(4), 1034-1042.



EK 1: Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçüm Aracı'nın Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliğini Yapan Araştırmacılardan İzin Talebi



EK 2: Hasta Aktivlik Düzeyi Ölçüm Aracı'nın Orijinalini Yapan Araştırmacılardan Ölçeğin Kullanılabilmesi İçin Lisans Talebi

17.11.2016

Order Confirmation

Sign-In/Register Shipping Order Review Confirmation

insigniahealthstore.com

Thank you for your order. Please [print this page](#) for your records.
If you have any questions about your order, please [Contact Us](#).

Shopping Cart

Item	Options	Unit Price	Qty.	Cost
PAM® For Academic/Health Policy Research Only	Number of Survey Participants : Free up to 250 First and Last Name of Researcher : MERYEM PELİN Title or Focus of Research Study : ASSESSMENT OF PATIENT ROLE, QUALITY OF LIFE, ADHERENCE OF TREATMENT IN CHRONIC DISEASE MANAGEMENT University/School/Organization : SAKARYA UNIVERSITY Est. Date of Study Completion : JULY, 2017 Est. Date of Data Delivery to Insignia Health : SEPTEMBER, 2017 Academic Advisor's Name : HAVVA SERT Academic Advisor's Email : hsert@sakarya.edu.tr	\$0.00	1	\$0.00
Shipping:				\$0.00
Total:				\$0.00

Order Confirmation Confirmation

Order Date: 11/17/2016
Order Number: ybst-133902280944007-1601

Ship To
MERYEM PELİN
SAKARYA UNIVERSITY
SAKARYA, TURKEY 54187
TR TURKEY
+902642953962
Bill To
meryemilmek@sakarya.edu.tr

[Keep Shopping](#)

Save time the next time you shop! [Register with us.](#)

Registration is simple and fast. Use the information you've already provided with your order to create an account in minutes.
When you register a store account with us, you can enjoy the ease of using your existing Yahoo, Google, or AOL user ID.
Registering a store account with us allows you to:

- Place an order in just a few clicks, without having to re-enter your shipping information and other details each time you shop.
- Easily track your order status and history.

[Privacy Policy](#) - [Merchant's Privacy Policy](#)

https://us-dc2-order.store.yahoo.net/ybst-133902280944007/ymix/MetaController.html?ysco_key_order_id=ybst-133902280944007-1601&ysco_key_event... 1/1

79

EK 3: Kamu Hastaneler Kurumu Sakarya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden Kurum İzni

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Sakarya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği	SAKARYA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - SAKARYA İLİ KHBGS İZLEME-ÖLÇME, AR-GE VE DEĞERLENDİRME BİRİMİ 09.03.2016 13:03 / 23916764 / 702.99 / 199  00020050257
Sayı : 23916764/702.99 Konu : Etik Kurul Hk.		
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE		
Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Anabilim dalı Başkanı Yrd.Doç.Dr. Havva SERT' in ekli dilekçesi üzerine Genel Sekreterliğimize bağlı Hendek Devlet Hastanesinde yapmak istediği çalışma tarafımızca uygun görölmüş olup gerekli etik kurul onayının verilmesi hususunda; Gereğini arz ederim.		
Doç. Dr. Hasan Salih SAĞLAM Genel Sekreter		
EKLER: 1- Yazı		
Bu evrak 5070 Sayılı Kanun Gereğince E-İMZA ile imzalandığı tasdik olunur. MÜHÜR 04.../03.../2016 Adı Soyadı: Ünvanı : İmza T.C. Sakarya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Serkan AKMAN		
İstiklal Mah. Muhsin Yazıcıoğlu Bulvarı No:3 Serdivan / SAKARYA Tel: 444 54 01 Dahili: 1254 Faks: 0(264) 2751142 1254		
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 2d84b06c-fb85-422c-b8bf-0ee47ec286d1 kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.		

EK 4: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 02/05/2016-E.6007



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 71522473/050.01.04/88
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul
Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Yrd. Doç. Dr. Havva SERT
Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
İç Hastalıkları Hemşireliği

İlgi : 08.04.2016 tarihli 78 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "**Kronik Hastalık Yönetiminde Hasta Rolü, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi**" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç.Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Etik Kurulu Başkanı

Evrakı Doğrulamak için : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BE4936CRZ>

Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk, Adapazarı/Sakarya
Tel:264 295 6630 Faks:264 295 6629
E-Posta :tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ :www.tip.sakarya.edu.tr



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

EK 5: TANITIM FORMU

HASTA TANILAMA FORMU

Sayın katılımcı,

Bu formda hastalığınıza ilişkin genel bilgiler yer almaktadır. Sorulara doğru yanıt vermeniz bilimsel açıdan önemlidir. Çalışmamıza katılarak verdiğiniz destek için teşekkür ederiz.

Yrd. Doç. Dr. Havva SERT

Arş. Gör. Meryem İLMEK

1. Kaç yaşındasınız?.....Boy:.....Kilo:.....
...
2. Cinsiyet a. Kadın b. Erkek
3. Öğrenim durumunuz?
a. Okuryazar değil b. Okuryazar c. İlkokul d. Ortaokul
e. Lise f. Üniversite g. Yüksek lisans ve üzeri
4. Medeni durumunuz? a. Evli b. Bekar c. Boşanmış
d. Dul
5. Çocuğunuz var mı? a. Hayır b. Evet (belirtiniz)
.....
6. Mesleğiniz?
a. Ev hanımı b. İşçi c. Memur d. Serbest Meslek
e. Emekli f. İşsiz
7. Sosyal güvenceniz?
a. SSK b. BAĞ-KUR c. Emekli Sandığı d. Yeşil Kart e. Güvence Yok
8. Ekonomik Durumunuz?
a. Gelir giderden az b. Gelir gidere eşit c. Gelir giderden fazla
9. Aile tipi?
a. Çekirdek aile b. Geniş aile
10. Yaşadığınız yer?
a. Köy b. İlçe c. İl
11. Daha önce ameliyat oldunuz mu?
a. Hayır b. Evet (belirtiniz).....
12. Hangi kronik hastalığa sahipsiniz? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
a. Hipertansiyon b. Diyabet (Şeker) c. Böbrek d. Kronik Kalp Yetersizliği
e. Kanser f. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı g. Romatizmal hastalıklar

13. Son 6 ay içinde hekime başvurduğunuz mu?

a. Hayır b. Evet kaç kez:..... neden:
.....

14. Son 1 yıl içinde hastaneye yattınız mı?

a. Hayır b. Evet yatış süresi:..... neden:
.....

15. Hekiminizin önerdiği ilaçlar dışında ilaç kullanıyor musunuz?

a. Hayır b. Evet (Belirtiniz).....

16. Sigara, alkol ya da herhangi bir madde kullanıyor musunuz?

a. Hayır b. Evet Sigara:Paket/ Yıl
.....adet Alkol:.....kadeh

17. Hastalığınıza yönelik düzenli sağlık kontrollerine gidiyor musunuz?

a. Hayır b. Evet

18. Ailenizde herhangi bir kronik hastalığa sahip olan var mı?

a. Hayır b. Evet (Belirtiniz).....

19. Mevcut sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz? (işaretleyiniz)

O 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Kötü Orta Mükemmel

20. Hastalığınız nedeniyle yaşamınızdaki olması gereken değişikliklere uyumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

O 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Kötü Orta Mükemmel

21. Hastalığınız nedeniyle hekiminiz tarafından önerilen diyetiniz var mı?

a. Yok b. Tuzsuz c. Şekersiz d. Hem tuzsuz hem şekerli

22. Haftanın kaç günü sağlık personelinin önerdiği diyetle uyuyorsunuz?

a. Uymuyorum (0) b. Haftada bir (1) c. Haftada iki (2) d. Haftada üç (3)

e. Haftada dört (4) f. Haftada beş (5) g. Haftada altı (6) h. Her Gün (7)

23. Düzenli kullandığınız ilaçlarınız

nelerdir?.....

24. İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?

a. Hayır b. Evet

25. Ağrınız var mı?

a. Hayır b. Evet

26. Ağrınızın şiddetini değerlendiriniz?

O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç yok

Orta

Dayanılmaz kadar çok

EK 6: HASTA AKTİFLİK DÜZEYİ ÖLÇÜM ARACI (PAM)

HASTA AKTİFLİK DÜZEYİ ÖLÇÜM ARACI (Patient Activation Measure)

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	Bilemiyorum / Değerlendiremiyorum
1. Her şeyden ve herkesten önce kendi sağlığım ve bakımımdan sorumlu benim					
2. Kendi sağlık bakımımda aktif rol almak, sağlığım için en önemli faktördür.					
3. Sağlık problemlerimi önleyebilme veya azaltabilme konusunda kendimden eminim.					
4. Benim için reçetelenen her bir ilacı neden kullandığımı biliyorum.					
5. Bir sağlık sorunun olduğunda, bu sorunla kendim baş edebilir miyim ya da doktora girmem mi gerekiyor, bunu ayırt etmede kendimden eminim.					
6. Doktor bana sormasa bile, ona endişelerimi aktarabilme konusunda kendimden eminim.					
7. Tıbbi tedaviyi (beslenme, egzersiz, ilaç tedavisi) evde sürdürebileceğim konusunda kendimden eminim.					
8. Sağlık sorunlarımı ve bunlara nelerin neden olduğunu biliyorum.					
9. Sağlık sorunlarım için hangi tedavi yöntemlerinin uygun olduğunu biliyorum.					
10. Şu ana kadar, doğru beslenme ya da egzersiz gibi yaşam şekli değişikliklerini sürdürebildim.					
11. Sağlığım ile ilgili sorunları nasıl önleyebileceğimi biliyorum.					

12. Sağlığımla ilgili yeni sorunlar ortaya çıktığında, bu sorunları çözebileceğim konusunda kendimden eminim.					
13. Stresli zamanlarda bile, beslenme ve egzersiz gibi yaşam şekli değişikliklerini sürdürebileceğim konusunda kendimden eminim.					



EK 7: MORİSKY-8 TEDAVİYE UYUM ÖLÇEĞİ (MMAS-8)

MORİSKY UYUM ÖLÇEĞİ

1. Bazen ilaç almayı unutur musunuz?
a. Evet b. Hayır
2. İnsanlar bazen unutmamanın dışındaki nedenlerle ilaçlarını almayı atlarlar. Geçen iki haftayı düşündüğünüzde, ilacınızı almadığınız herhangi bir gün(ler) var mıydı?
a. Evet b. Hayır
3. Aldığınız zaman kötü hissetmeniz nedeniyle doktorunuza söylemeksizin ilacınızı almayı kesintiye uğrattığınız veya durdurduğunuz hiç oldu mu?
a. Evet b. Hayır
4. Seyahat ettiğiniz veya evden ayrıldığınız zaman ilacınızı yanınızda taşımayı bazen unutur musunuz?
a. Evet b. Hayır
5. Dün ilaçlarınızın hepsini aldınız mı?
a. Evet b. Hayır
6. Belirtileriniz kontrol altında gibi hissettiğiniz zaman bazen ilacınızı almayı durdurur musunuz?
a. Evet b. Hayır
7. Her gün ilaç almak bazı kişiler için gerçek bir zahmettir. Tedavi planına bağlı kalmak konusunda hiç sıkıntı hisseder misiniz?
a. Evet b. Hayır
8. Tüm ilaçlarınızı almayı hatırlamakta ne kadar sık zorluk yaşarsınız?
a. Hiçbir zaman b. Neredeyse hiç c. Bazen d. Sık sık
e. Her zaman

EK 8: SF 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (EK 8)

YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- Hiç 1
- Çok az 2
- Orta derecede 3
- Biraz 4
- Oldukça 5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- Hiç 1
- Çok az 2
- Orta 3
- Çok 4
- İleri derecede 5
- Çok şiddetli 6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- Hiç 1
- Çok az 2
- Orta 3
- Çok 4
- İleri derecede 5

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

- Her zaman 1
- Çoğu zaman 2
- Bazı zamanlarda 3
- Çok az zaman 4
- Hiçbir zaman 5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	5	5



ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı : Meryem PELİN
Doğum yeri ve tarihi : Hendek/ 01 Haziran 1990
Uyruğu : TC
Medeni durumu : Evli
Askerlik durumu :
İletişim adresi ve telefonu : SAÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi
/02642953966
Yabancı dili : İngilizce

II- Eğitimi (tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru)

Yüksek Lisans	İç hastalıkları Hemşireliği AD	Sakarya Üniversitesi	2015
Lisans	Hemşirelik	Dokuz Eylül Üniversitesi	2013

III- Ünvanları (tarih sırasına göre eskiden yeniye doğru)

Arş. Gör.	Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2015-
Arş.Gör.	Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2013-2015
Hemşire	Bolu Abant İzzet Baysal Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi	09.09.2013- 02.12.2013

IV- Mesleki Deneyimi

Arş. Gör.	Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2015-
Arş.Gör.	Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2013-2015
Hemşire	Bolu Abant İzzet Baysal Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi	09.09.2013-02.12.2013

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanan makaleler (SCI & SSCI & Arts and Humanities)

Öztürk, C., Bektaş, M., Yılmaz, E., Salman, F., Şahin, T., İlmek, M., & Göke, G. (2011). Smoking status of Turkish nursing students and factors affecting their behavior. *Asian Pac J Cancer Prev*, 12(7), 1687-92.

Yazılan Uluslar arası kitaplar veya kitaplarda bölümler

Ünsar S., **İlmek M.**, Akgül P, Sönmez M, Güngör Ç, Güzey F (2014). Evaluating Views of Nurses on Career Planning. A Current Perspective on Health Sciences. Ed. A. Y. Kaptanoğlu, İaşi: Rotipo. p.371-380.

Ulusal hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

Sert H, Seven A, Çetinkaya S, **Pelin M**, Aygin D. (2016) Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Obezite Ön Yargı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi. 4(1):9-17.

Uluslararası-Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceeding) basılan bildiriler

İlmek Meryem, Göke Gamze, Sahin Tugba, Bektas Murat (2010). Hemşirelik Öğrencilerinin Araştırma ve Gelismelere Yönelik Tutumlarını Etkileyen Etmenlerin

İncelenmesi. 10.Uluslararası Katılımlı Gaziantep Öğrenci Hemşirelik Kongresi, **(Sözel Bildiri)**(Yayın No:1249782)

İlmek Meryem, Göke Gamze, Bektas Murat (2013). 12-72 Aylık Çocuga Sahip Ebeveynlerin Tuvalet Eğitimine Yönelik Bilgi ve Uygulamaları. 12. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, **(Poster Bildiri)** (Yayın No:1249749)

Kurt Seda, Paslı Gürdoğan Eylem, **İlmek Meryem**, Aksoy Berna. (2014). The Effects Of Nurses' Reading Habits To Their Emphatic Tendency. 1 St International Balkan Congress On Health Sciences**(Poster Bildiri)**

Sert Havva, Aygün Dilek, Açıl Hande, Seven Ahmet, Çetinkaya Serap, **İlmek Meryem** (2015). Hemşirelik İkinci Sınıf Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumları. International Congress on Women Researches: Multi-Disciplinary point of view for empowering Women **(Özet bildiri)**(Yayın No:1960933)

Ünsar Serap, **İlmek Meryem**, Yacan Lale, Yaman Rumeysa, Özcan Merve (2015). Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Yaşlı Hastalara Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. 14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, **(Poster Bildiri)** (Yayın No:1512224)

Sert H, Aygün D, Açıl H, Seven A, Çetinkaya S, **İlmek M**. Hemşirelik İkinci Sınıf Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumları (P-37), 2. Uluslararası Disiplinlerarası Kadın Araştırmaları Kongresi, Sakarya, 11-13 Aralık, Kongre Kitabı 2015:57-58.

Sert H, Seven A, Çetinkaya S, **Pelin M**, Aygün D. Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Mesleki Değerleri ve Etkileyen Faktörler: Pilot Çalışma. 18. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 12- 16 Ekim, Kongre Kitabı 2016, **(Özet Metin)**

Sert H, **Pelin M**, Seven A, Çetinkaya S, Yüksel Z, Aygün D, Karabay O. Öğrencilerin Zika Virüs Enfeksiyonu Hakkında Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. 18. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 12- 16 Ekim, Kongre Kitabı 2016, **(Özet Metin)**

Sert H, Seven A, Çetinkaya S, **Pelin M**, Aygin D. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Obezite Ön Yargı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. 18. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 12- 16 Ekim, Kongre Kitabı 2016, **(Özet Metin)**

Sert H, **Pelin M**. Zika Virüs Enfeksiyonu. 18. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 12- 16 Ekim, Kongre Kitabı 2016, **(Derleme Özeti)**

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Uluslararası Katılımlı-Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Gaziantep, 28-30 Nisan 2011

Uluslararası Katılımlı-Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Konya, 2013

Motivasyonel Görüşme Teknikleri Kursu (1. Düzey), Fenerbahçe-İstanbul, 30 Eylül 2015

Motivasyonel Görüşme Teknikleri Kursu (2. Düzey), Fenerbahçe-İstanbul, 13 Kasım 2015

2. Uluslararası – Disiplinlerarası Kadın Araştırmaları Kongresi (2nd International Congress on Women), Sakarya, 11-13 Aralık 2015

18. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 12-16 Ekim 2016, Katılımcı

“Pulmoner Rehabilitasyonda Hasta eğitimi Kursu” 18. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 12 Ekim 2016.

International Conference on Quality in Higher Education, Sakarya, 24-25 Kasım 2016, Katılımcı.

VIII- Diğer Bilgiler