



**T.C.**  
**SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**BAğCILAR SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ**  
**AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ**

**ALEKSİTİMİNİN KRONİK HASTALIK**  
**ÖZ YÖNETİMİ ÜZERİNE OLASI ETKİSİ**

**Dr. Būřra KARA**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL-2023**





**T.C.**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**BAĞCILAR SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**ALEKSİTİMİNİN KRONİK HASTALIK**  
**ÖZ YÖNETİMİ ÜZERİNE OLASI ETKİSİ**

**Dr. Büşra KARA**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Murat ALTUNTAŞ**

**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**İSTANBUL-2023**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eđitimim ve tez çalıŐma sűresince bilgi ve tecrűbelerinden yararlandığım, tez sűresince desteđini, yardımını, zamanını esirgemeyen deđerli hocam ve tez danıŐmanım, *Doç. Dr. Murat ALTUNTAŐ'a*,

Tez sűrecinde desteklerini eksik etmeyen *Dr. BűŐra Akgűn'e*, *Dr. Semanur ankaya'ya*, *Dr. AyŐe alıŐkan'a*, *Dr. AyŐe Hilal BaŐhan AslantaŐ'a*, *Dr. Meryem Betűl Karakoç'a*,

Uzmanlık eđitimim sűrecinde birlikte çalıŐmaktan mutluluk duyduđum tűm asistan arkadaŐlarım ve sađlık çalıŐanlarına,

Hep yanımda olan, űzerimde emeklerini ve sevgilerini her zaman hissettiđim ailem; kıymetli annem, babam ve kardeŐlerime,

Hayat arkadaŐım *Kaan KARA'ya* ve varlıklarıyla hayatımızı renklendiren evlatlarımız *Ramadan Yasir ve Asel Yağmur'a*,

Sonsuz teŐekkűrlerimi sunarım...

*BűŐra KARA*

*İstanbul/2023*

## BEYAN

**Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;**

- Tarafınıza sunulan çalışmanın kendime ait olduğunu,
- Tez çalışması içinde sunduğum bilgilerin etik onamlarının alındığı ve bilimsel çerçevede yapıldığını,
- Tez çalışmasında kullandığım yayınların hepsine atıfta bulunarak kaynak olarak belirttiğime,
- Tarafınıza sunulan tez çalışılmasının ve yazımı esnasında patent ve telif haklarını yok sayan etkinliklerde bulunmadığımı,
- Kullandığım verilerde değişiklik yapmadığımı belirtir, aksi bir durumda aleyhime olabilecek tüm hak mahrumiyetini kabullendiğimi beyan ederim.

İmza:  
Dr. Büşra KARA

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	i
BEYAN .....	ii
İÇİNDEKİLER .....	iii
KISALTMALAR .....	v
ÖZET .....	ix
ABSTRACT .....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	2
2.1 KRONİK HASTALIK .....	2
2.1.1 Tanım, Sınıflandırma ve Türkiye’de Kronik Hastalık Sıklığı .....	2
2.1.2 Hastalık Yönetimi .....	4
2.1.3 Kronik Hastalık Öz Yönetimini Etkileyen Faktörler .....	6
2.1.4 Dünya Aile Hekimleri Birliği Bağlamında Kronik Hastalık Öz Yönetiminde Aile Hekiminin Rolü .....	7
2.2 ALEKSİTİMİ .....	8
2.2.1 Aleksitiminin Tanımı .....	8
2.2.2 Aleksitimi Sıklığı .....	9
2.2.3 Aleksitimi Düzeyinin Ölçülebilmesi Üzerine Yapılan Çalışmalar .....	9
2.2.4 Aleksitiminin Hastalıklar ile İlişkisi .....	10
2.2.5 Geçmişten Günümüze Aleksitimi .....	10
2.2.6 Aleksitiminin Kronik Hastalık Öz Yönetimi Üzerine Etkisi .....	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	12
3.1 ARAŞTIRMA TASARIMI .....	12
3.2 DAHİL EDİLME VE HARIÇ TUTULMA KRİTERLERİ .....	12
3.3 ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ VE İSTATİSTİKSEL GÜÇ .....	13
3.4 ARAŞTIRMA ANKET FORMU .....	13
3.4.1 Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20) .....	13
3.4.2 Kronik Hastalık Öz Yönetim (KHÖY) Ölçeği .....	14
3.5 İSTATİSTİKSEL ANALİZ .....	15
3.6 ETİK KURUL ONAYI .....	15
4. BULGULAR .....	16
5. TARTIŞMA .....	52
5.1 Sosyodemografik Verilerin Tartışılması .....	52
5.2 Kronik Hastalıklar ile İlgili Değişkenlerin Tartışılması .....	53

5.3 Toronto Aleksitimi Ölçeği-20'den Alınan Puanların Tartışılması .....	54
5.4 Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeğinden Alınan Puanların Tartışılması .....	56
5.5 İki Ölçeğin Karşılaştırılması .....	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	60
7. KAYNAKÇA .....	61



## KISALTMALAR

**BIQ:** Beth İsrail Hastane Anketi (Beth Israel Questionnaire)

**BVAQ:** Bermond-Vorst Aleksitimi Ölçeği (Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire)

**DM:** Diyabetes Mellitus

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**E-ASM:** Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

**HKKM:** Hastalık Koruma ve Kontrol Merkezi

**HT:** Hipertansiyon

**KBM:** Kronik Bakım Modeli

**KHÖY:** Kronik Hastalık Öz Yönetimi

**KHÖY-DBE:** Kronik Hastalık Öz Yönetim- Damgalamayla Baş Etme

**KHÖY-KD:** Kronik Hastalık Öz Yönetim- Kendini Damgalama

**KHÖY-SBE:** Kronik Hastalık Öz Yönetim- Sağlık Bakım Etkinliği

**KHÖY-TU:** Kronik Hastalık Öz Yönetim- Tedavi Uyumu

**KOAH:** Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

**PATENT2:** Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması 2

**SBÜ:** Sağlık Bilimleri Üniversitesi

**SUAM:** Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

**TAÖ-20:** Toronto Aleksitimi Ölçeği-20

**TC:** Türkiye Cumhuriyeti

**TEMD:** Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği

**TURDEP-2:** Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Prevalansı Çalışması 2

**TÜİK:** Türkiye İstatistik Kurumu

**WONCA:** Dünya Aile Hekimleri Birliği (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians)

## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b> Demografik Değişkenlerin Tanımlayıcı İstatistikleri.....	17
<b>Tablo 2.</b> Kronik Hastalıklar ve İlgili Değişkenlerin Tanımlayıcı İstatistikleri.....	18
<b>Tablo 3.</b> TAÖ-20 Tanımlayıcı İstatistikleri.....	19
<b>Tablo 4.</b> KHÖY Ölçeği ve Alt Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistikleri.....	19
<b>Tablo 5.</b> Cinsiyete Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması .....	21
<b>Tablo 6.</b> Yaş Gruplarına Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması.....	22
<b>Tablo 7.</b> Medeni Duruma Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması.....	23
<b>Tablo 8.</b> Eğitim Düzeyine Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması.....	25
<b>Tablo 9.</b> Mesleğe Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması .....	27
<b>Tablo 10.</b> Gelir Düzeyine Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması.....	28
<b>Tablo 11.</b> Diyabet Hastalık Durumuna Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması.....	29
<b>Tablo 12.</b> Hipertansiyon Durumuna Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması .....	30
<b>Tablo 13.</b> Kronik Tiroid Patolojileri Durumuna Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması .....	31
<b>Tablo 14.</b> Kronik Havayolu Hastalığı Durumuna Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması .....	32
<b>Tablo 15.</b> Kronik Kalp Hastalığı Durumuna Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması .....	33
<b>Tablo 16.</b> Kronik Böbrek Hastalığı Durumuna Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması .....	34
<b>Tablo 17.</b> Kronik Karaciğer Hastalığı Durumuna Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması .....	35

<b>Tablo 18.</b> Kas-İskelet Sistemi Hastalığı Durumuna Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması .....	36
<b>Tablo 19.</b> Tümör Varlığı Durumuna Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması .....	37
<b>Tablo 20.</b> Dislipidemi Durumuna Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması .....	38
<b>Tablo 21.</b> Kronik Mide ve Bağırsak Hastalıkları Durumuna Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması .....	39
<b>Tablo 22.</b> Diğer Hastalık Durumuna Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması .....	40
<b>Tablo 23.</b> Toplam Kronik Hastalık Sayısına Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması .....	42
<b>Tablo 24.</b> Kronik Hastalığa Yönelik Olarak Düzenli Kontrol Durumuna Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan Ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması .....	44
<b>Tablo 25.</b> Kronik Hastalığın Yönetimine Yönelik Olarak Eğitim Alma İsteği Durumuna Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması .....	45
<b>Tablo 26.</b> Kronik Hastalığın Yönetimine Yönelik Olarak Eğitim Alma Girişimi Durumuna Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması .....	46
<b>Tablo 27.</b> Kronik Hastalığın Yönetimine Yönelik Olarak Eğitim Alma Durumuna Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması .....	47
<b>Tablo 28.</b> TAÖ-20 (Düşük/Orta/Yüksek) ile Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması .....	48
<b>Tablo 29.</b> TAÖ-20 (Düşük/Orta/Yüksek) İle Kronik Hastalıkların Karşılaştırılması	49
<b>Tablo 30.</b> TAÖ-20 Toplam Puanı ile KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Korelasyon Analizi .....	50
<b>Tablo 31.</b> TAÖ-20 Düşük/Orta/Yüksek Olma Durumu ile KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Korelasyon Analizi.....	50
<b>Tablo 32.</b> TAÖ-20 (Düşük/Orta/Yüksek) ile Toplam Kronik Hastalık Sayısı ve İlgili Soruların Karşılaştırılması .....	51

## ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. WONCA Çekirdek Yeterlilikler .....	7
Şekil 2. TAÖ-20 Alt Boyutları.....	14
Şekil 3. KHÖY Ölçeği Alt Boyutları.....	14
Şekil 4. Cinsiyet Dağılımı.....	16
Şekil 5. Yaş Grupları Dağılımı.....	16
Şekil 6. TAÖ-20 Dağılımı.....	19
Şekil 7. KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Ortalaması .....	20



## ÖZET

**Amaç:** Aleksitiminin kronik hastalık öz yönetimi üzerinde olası etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı, kesitsel bir araştırmadır. Bir Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde 01.07.2022- 01.09.2022 tarihlerinde yürütülmüştür. Türkçe Toronto Aleksitimi Ölçeği (Türkçe TAÖ-20) ve Kronik Hastalık Öz Yönetim (KHÖY) Ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS v.26 kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmamıza toplam 324 katılımcı dahil edilmiştir. Bu katılımcılardan 220'si (%67.9) kadın, 104'ü (%32.1) ise erkeklerden oluşmaktadır. Kronik hastalıklar sıklığına göre sırasıyla; DM, HT, tiroid hastalıkları, kronik havayolu hastalıkları, kronik kalp hastalıkları (%58, %50, %26, %21, %19) şeklindedir. TAÖ-20 toplam puanı ile KHÖY ölçeği toplam puan ve alt boyut puanlarının arasındaki korelasyon analizi sonuçlarına göre orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde korelasyon vardır ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Çalışmamızda aleksitimi düzeyi arttıkça kişinin kronik hastalığına yönelik öz yönetiminin azaldığı saptanmıştır. Aleksitimik bireyler sahip olduğu kronik hastalıkları yönetirken özellikle kendilerine bakan öz yönetim kısmında zorlanabilmektedirler. DM ve HT gibi yönetimi zor kronik hastalıklarda kişinin hastalığı üzerindeki kontrolünü de etkileyebilecek olan aleksitimi varlığı da göz önünde bulundurulmalıdır. Aleksitiminin kronik hastalıkların yönetimindeki etkisini ortaya koymak için çok merkezli ve daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Aleksitimi, kronik hastalık, öz yönetim, aile hekimi.

## ABSTRACT

**Objective:** It was aimed to evaluate the possible effect of alexithymia on chronic disease self-management.

**Material and Method:** It is a descriptive, cross-sectional study. It was carried out at a Family Health Center between 01.07.2022-01.09.2022. Turkish Toronto Alexithymia Scale and Chronic Disease Self-Management Scale were used. SPSS v.26 was used to evaluate the obtained data.

**Results:** A total of 324 participants were included in our study. Of these participants, 220 (67.9%) were women and 104 (32.1%) were men. Chronic diseases in order of frequency were DM, HT, thyroid diseases, chronic airway diseases, chronic heart diseases (58%, 50%, 26%, 21%, 19%). According to the results of the correlation analysis between the TAS-20 total score and the Chronic Disease Self-Management Scale total score and sub-dimension scores, there was a moderate statistically significant negative correlation ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** In our study, it was determined that as the level of alexithymia increased, the self-management of the person for the chronic disease decreased. Alexithymic individuals may have difficulties in managing their chronic diseases, especially in the part of self-management that takes care of themselves. In chronic diseases that are difficult to manage such as DM and HT, the presence of alexithymia, which may affect the control of the individual's disease, should also be considered. Multicenter and more comprehensive studies are needed to reveal the effect of alexithymia in the management of chronic diseases.

**Keywords:** Alexithymia, chronic diseases, self-management, family physician

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik hastalıklar günümüzde dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), “kronik hastalık” terimini genetik, fizyolojik, çevresel ve davranışsal faktörlerin ortak bir sonucu olan uzun süreli olma eğilimindeki hastalıklar olarak tanımlamıştır (1). Bir yıl veya daha fazla süren ve sürekli tıbbi müdahale gerektiren, günlük yaşamı veya belirli aktiviteleri kısıtlayan bir hastalık grubunu temsil etmektedir (2).

Kronik hastalıkların oldukça yaygın olması, oluşturduğu komplikasyonlar, iş gücü ve ekonomik kayıplar nedeni ile kronik hastalık yönetiminin önemini her geçen gün daha da artmaktadır. Kronik hastalık yönetiminde sağlık kuruluşları ve sağlık mensuplarına düşen görevlerin yanında hastanın kendisine düşen görevler de önem arz etmektedir. Kronik hastalık yönetimi denildiğinde ülkemizde daha çok sağlık kuruluşları ve sağlık mensupları öne çıkmaktadır. Halbuki hastanın kendi kronik hastalıklarına yönelik öz yönetimi de göz ardı edilemeyecek kadar önemlidir. Bu aşamada hastanın öz yönetimini etkileyen birçok faktörden bahsedilebilir. Bizim çalışmamızda üzerinde duracağımız faktör aleksitimi olacaktır.

“Aleksitimi” kelimesini ilk olarak 1972’de Sifneos tarafından kullanılmıştır (3). Aleksitimi kısaca kişinin duygularını fark etme ve onları ifade etmede zorluk yaşaması demektir. Duygu sağırlığı, duygular için söz yokluğu gibi tanımlar ile Türkçe literatürde yerini almıştır. Son yıllarda yapılan çalışmalarla bir kişilik özelliği olduğu üzerinde de durulmuştur.

Aleksitimik kişiliğin, kronik hastalık seyri ve yönetiminde, kişinin hastalığa ve tedaviye uyumu üzerinde etkili olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur. Bu etkilere benzer şekilde aleksitimik özelliği olan bir bireyin hastalığıyla ilgili tanımlamalar yapma, ilgi, bilgi ve çaba gösterme, hastalığını yönetme, hekimine ve çevresine hastalığını anlatma ve anlamlandırma, hastalığı sürecinde aktif rol almanın öneminin farkında olup bunu uygulayabilmede de çeşitli zorluklar yaşayabileceği düşünülebilir. Bunlara rağmen aleksitimi çeşitli düzeylerde desteklenebilir ve tedavi ile düzeltilebilir bir durumdur (4).

Bu çalışmamızda aleksitiminin kronik hastalık öz yönetimi üzerinde olası etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 KRONİK HASTALIK

#### 2.1.1 Tanım, Sınıflandırma ve Türkiye’de Kronik Hastalık Sıklığı

##### Tanım

DSÖ hastalıkları bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklar olarak sınıflandırmıştır. Bir takım bulaşıcı hastalıkların da kronikleşiyor olması nedeniyle bilinen kronik hastalıklar için DSÖ “bulaşıcı olmayan hastalıklar” terimini tercih etmektedir. Hastalığın süresi ve seyrine göre de akut ve kronik olarak sınıflandırmaktadır (1).

Amerika’daki Hastalık Koruma ve Kontrol Merkezi (HKKM)’ne göre kronik hastalıklar bir yıl veya daha fazla süren ve sürekli tıbbi müdahale gerektiren, günlük yaşamı veya belirli aktiviteleri kısıtlayan hastalık grubudur (2).

Ulusal Kanser Enstitüsü’nün tanımına göre kronik hastalık genellikle üç ay veya daha uzun süren ve zamanla kötüleşebilen hastalık durumudur (5).

Bu tanımlarla birlikte kronik hastalıkların genel özelliklerini şöyle sıralayabiliriz (6):

- Uzun süreli olarak fiziksel, psikolojik ve bilişsel sağlığı etkileyen patolojik durumlardır.
- Birkaç ay veya daha uzun sürer.
- Aşağıdaki üç durumdan en az biriyle kişinin günlük hayatını etkiler;
  - Günlük aktivite ve sosyal hayata katılımında kısıtlılık,
  - İlaça, medikal alete veya başka bir kişiye muhtaçlık,
  - Psikososyal bakım ve özel korumaya ihtiyaç duyulması.

##### Sınıflandırma

DSÖ ve HKKM’nin tanımladığı en sık görülen kronik hastalıklar şu başlıklarda toparlanabilir;

- Diyabetes Mellitus,
- Kalp ve damar hastalıkları (Kalp yetmezliği, koroner arter hastalıkları ve hipertansiyon vb.),
- Kronik hava yolu hastalıkları (KOAH, astım vb.),

- Artrit / Kas ve iskelet sistemi hastalıkları,
- Kronik karaciğer hastalıkları,
- Kronik böbrek hastalıkları,
- Kanseler,
- Psikiyatrik bozukluklar.

DSÖ ve HKKM ayrı bir başlık açmamış olsa da kronik hastalıklarda önemi ve Türkiye’de görülme sıklığı dikkate alındığında bazı kronik hastalık risk faktörleri ve durumlar da bu listeye dahil edilebilir:

- Tiroid hastalıkları,
- Hiperlipidemi,
- Obezite.

### **Türkiye’de Kronik Hastalık Sıklığı**

2020 yılı Sağlıklı Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar Raporu’na göre 22 milyon kişinin en az 1 adet kronik hastalığa sahip olduğu bulunmuştur. Bu hastaların yaklaşık 15 milyonu HT, 4 milyonu DM, 3 milyonu KOAH, 2 milyonu da Koroner kalp hastalığı tanısı olduğu saptanmıştır (7).

TURDEP-2 çalışmasında DM sıklığı %13,7, PatenT2 çalışmasında HT sıklığı %30,3 olarak tespit edilmiştir (8,9). Yapılan bir çalışmada ülkemizde KOAH sıklığı %19.1 saptanmıştır (10).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından 18477 hastanın dahil edildiği 1. Basamak sağlık sistemindeki bir çalışmaya göre HT, DM ve KOAH sıklığı sırasıyla %24, %11 ve %4 bulunmuştur. Yine aynı çalışmada Koroner kalp hastalığı sıklığı erkeklerde yaklaşık %4 kadınlarda ise %2 olduğu, hiperlipidemisinin %12,5 ve kanserin %1 oranında görüldüğü belirtilmiştir (11).

Türkiye’de artan sıklığı nedeniyle hipotiroidinin önemli bir kronik hastalık olduğu söylenebilir. Halk sağlığı genel müdürlüğü tiroid hastalıklarını, metabolik hastalıklar kategorisinde almaktadır. Türkiye’de birinci basamakta 2016 yılının sadece ağustos ayında 750.000’den fazla kişi tiroid hastalıkları nedeniyle hizmet almıştır (12). 2013’te yapılan bir çalışmada Türkiye’de aşikâr hipotiroidi prevalansı %1,6, aşikâr hipertiroidi prevalansı %0,5, nodüler guatr prevalansı %13,8 ve multimodaller guatr prevalansı %32.1 bulunmuştur (13).

### **2.1.2 Hastalık Yönetimi**

Kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet, kanser ve kronik solunum yolu hastalığı gibi kronik hastalıklar dünya çapındaki ölümlerin %50'sinden fazlasından sorumludur. DSÖ ise kronik hastalıkları ölümlerin %74'ünden sorumlu tutmaktadır (14). Diyabet, kalp hastalıkları ve kanserler Amerika'da ölüme sebep olan en önemli kronik hastalıkların başında gelmektedir (2).

DSÖ'nün Dünya Sağlık İstatistikleri 2022 raporuna göre 2019 yılında kanser, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve kronik solunum hastalıkları dünyada yaklaşık 33,2 milyon ölümün sebebi olmuştur ve 2000 yılına göre bu oranda %28'lik gibi ciddi bir artış gözlenmiştir (15).

Dünyada hastalıkların sayısı ve yaygınlığı artması ile birlikte hastalıklardan korunma ve hastalıkları önlenmesi konusu gündeme gelmiştir. Kronik hastalıklar tedavisini düşündüğümüzde bu hastalıkların uzun bir süreç olması ve çoğunda tam bir kür sağlanamıyor olması 1900'lü yıllardan beri "hastalık yönetimi" kavramını öne çıkarmıştır (16). Hastalık yönetiminin asıl amacı, kişinin hastalığı ile yaşamayı öğrenmesi, hastalığına uygun tedavi ve takiplerini uyum içinde yaptırması ve hastalığının ilerlemesinin önüne geçilmesi ve böylece oluşabilecek morbidite ve mortalitelerin en düşük seviyede tutulmasıdır.

Kronik hastalıkların yönetimi multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Kronik hastalık yönetiminin bir sağlık hizmeti sunucularına bakan yönü bir de hastaların kendilerine bakan yönü bulunur. Bu nedenle hastalık yönetimini; kronik hastalık yönetimi ve kronik hastalık öz-yönetimi olmak üzere iki başlıkta inceleyebiliriz.

#### **2.1.2.1 Kronik Hastalık Yönetimi**

Kronik hastalık yönetimi, klinik ortamda organize, proaktif, çok bileşenli, hasta merkezli bir sağlık hizmeti yaklaşımı sunmaktır (17).

Kronik hastalıkların yönetimi için risk faktörleri üzerinde durmak önemlidir. Bulaşıcı olmayan hastalıklarda dört ana değiştirilebilir davranışsal risk faktörü bulunmaktadır: tütün kullanımı, fiziksel aktivite azlığı, alkolün zararlı kullanımı ve sağlıksız beslenme. Ayrıca dört ana metabolik risk faktöründen de bahsedilebilir. Bunlar; artmış kan basıncı, fazla kiloluluk veya obezite, hiperglisemi ve hiperlipidemidir (1).

Ülkemizde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü altında Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Daire Başkanlığı bulunmaktadır. Bu başkanlıkta kalp-damar hastalıkları, böbrek hastalıkları, kronik hava yolu hastalıkları, kas ve iskelet hastalıkları birimleri bulunmakta ve kronik hastalık yönetimi ile ilgili yoğun çalışmalar yürütmektedirler. Dünya’da da bu amaçla birçok program yürütülmektedir (18).

Kronik hastalık yönetimi amacıyla Kronik Bakım Modeli (KBM), Genişletilmiş Kronik bakım modeli, Kronik hastalıklar için Yenilikçi bakım modeli, Stanford modeli vb. gibi modeller geliştirilmiştir (19). Bu modellerden en çok çalışılan ve kabul görmüş model Kronik Bakım Modeli’dir. Kronik bakım modeli, ilk defa Wagner ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilmiştir. Sonrasında daha ileri çalışmalarla genişletilmiştir. DSÖ’nün önerdiği Yenilikçi Bakım Modeli de birçok kronik hastalık yönetimi programına rehber olmuştur.

KBM, Kronik hastalık yönetiminde hastanın aktif olarak katılım sağladığı, profesyonellerce yönetilen, kesintisiz, kanıta dayalı bir yaklaşımı temel alır. Sağlık sisteminin tüm elemanlarıyla hasta arasında olan iletişimin önemine değinir. Toplam altı başlıktan oluşmaktadır (19):

1. Toplum Kaynakları ve Politikalar
2. Sağlık Bakım Organizasyonu
3. Sağlık Hizmetleri Sunum Planı
4. Öz-Yönetim Desteği
5. Karar Verme Desteği
6. Klinik Bilgi Sistemleri

“Kronik hastalık yönetimi” görüldüğü üzere hastanın kendi öz yönetimini de kapsamaktadır. KBM’de öz yönetim ve karar verme desteği başlıklarının yer alması kronik hastalık yönetiminde öz yönetimin önemini bize yansıtmaktadır. Bu önemin zamanla daha iyi anlaşılmasıyla kronik hastalık öz yönetimi ile ilgili çalışmalar da hız kazanmıştır.

### **2.1.2.2 Kronik Hastalık Öz Yönetimi**

Kronik hastalıkların öz yönetimi ise hastalık yönetiminin daha çok hastaya bakan yönüdür. Öz yönetim, hastanın yaşam tarzı değişikliklerini yapabilmekteki gücüdür. Hastalığın fizyolojik ve psikolojik getirileri ile baş edebilme yeteneğidir. Problem çözme, karar verme yeteneğini de içinde barındırır. Hastanın öz yönetiminin yüksek

olması, yaşam kalitesini arttırmakla beraber, kronik hastalıklardan doğan mortalite ve morbiditeyi azaltmaktadır. Kronik hastalıkların dünyada sağlık harcamalarında olan yükünü azaltmak için sağlık politikalarının da önemli bir yere sahip olduğu söylenebilir (20).

HKKM'ye göre kronik hastalık öz yönetimi; semptomlarla ve hastalığın oluşturduğu stresle baş etme, depresyonu azaltma, doktorla sürekli iletişim halinde olma, düzenli ilaç kullanımını yönetme ve gerçekleştirme, sağlıklı beslenme ve fiziksel olarak aktif olmakla tam manasıyla gerçekleştirilebilir. Bu nedenlerden dolayı HKKM kronik hastalığı olanlara özel eğitim vermeyi ve takip programları düzenlemeyi önerir (21).

Kronik hastalık yönetimiyle beraber öz yönetim en etkin şekilde bir sağlık profesyoneli gözetiminde hasta katılımlı olarak gerçekleştirilebilir. Burada hastanın kendisi kronik hastalığın birincil yöneticisi olmalıdır. Sağlık profesyoneli ile hasta beraber çalışmalı ve kronik hastalığın fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sonuçlarını azaltmada ortak bir yol izlemelidirler (22).

Başarılı bir öz yönetim için (23);

- Kişinin hastalığının yönetiminde aktif rol oynaması
- Kronik hastalığı ile ilgili yeterli eğitimi alması
- Problem çözme ve karar verme becerilerinin geliştirilmesi
- Duygusal yönetiminin desteklenmesi
- Hastanın hissettiği ihtiyaçların önemsenmesi
- Sosyal ilişkilerinin desteklenmesi
- Öz yönetim yeteneklerinin desteklenmesi
- Sağlık profesyonelleriyle iletişiminin desteklenmesi ve sayabileceğimiz daha birçok yönüyle yeterli düzeyde desteğin sağlanması gerekmektedir.

### **2.1.3 Kronik Hastalık Öz Yönetimini Etkileyen Faktörler**

Kronik hastalık öz yönetimini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Kişinin karakteri, yaşam tarzı, sağlık durumu, tedaviye ulaşım kaynakları, çevresel özellikler, yaşadığı bölgedeki sağlık sistemi bunlardan başlıcalarıdır (24).

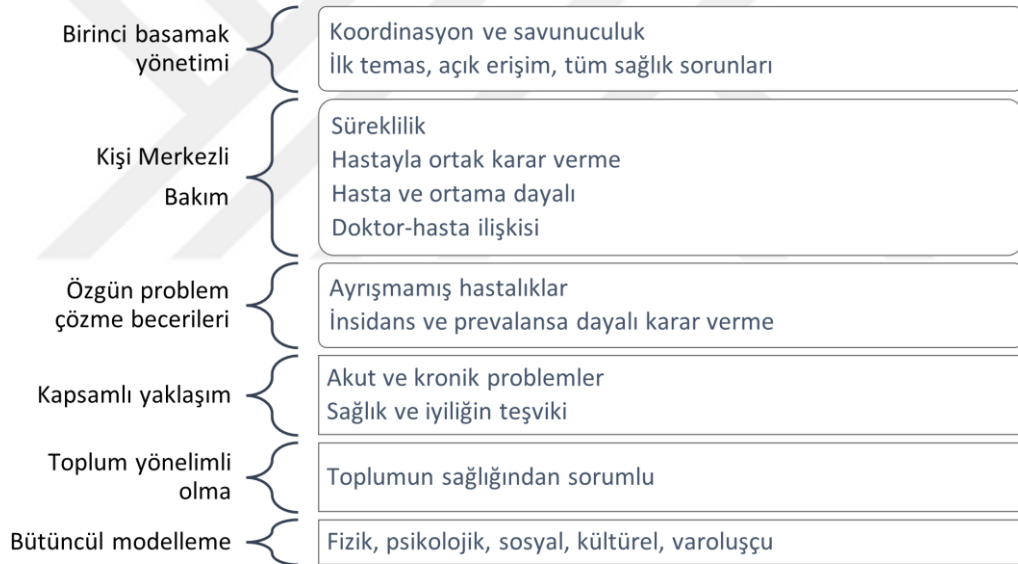
Kronik hastalık yönetimi ile ilgili eğitim düzeyi, kişinin hastalığı ile ilgili bilgi düzeyi, yaşadığı toplumun kültürü ve sosyal destek öz yönetimi etkileyen önemli faktörlerdendir (25) .

Kişinin çevresinden edindiği sosyal destek kronik hastalık öz yönetiminde önemli bir yere sahiptir. Kişinin diyet ve yaşam tarzı yaşadığı toplumdan oldukça etkilenmektedir. Bunun yanında sosyal medya üzerinden elde edilen yanlış veya hatalı bilgiler ise öz yönetim üzerinde negatif etki oluşturabilmektedir (26).

Kişinin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi ve medeni durumu genel olarak öz yönetimini etkileyebilen faktörler olarak bulunmuştur (27).

#### 2.1.4 Dünya Aile Hekimleri Birliği Bağlamında Kronik Hastalık Öz Yönetiminde Aile Hekiminin Rolü

**Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA)**, aile hekimlerinin mesleklerini icra ederken edinmeleri gereken 6 çekirdek yeterlilik altında 12 özellik belirlemiştir (Şekil 1).



Şekil 1. WONCA Çekirdek Yeterlilikler

WONCA'nın belirlediği yeterlilikler incelendiğinde kapsamlı yaklaşım ve kişi merkezli bakım açısından kronik hastalık öz yönetimi ile aile hekimliğinin iç içe olduğu görülmektedir.

Schulman ve arkadaşları etkili bir öz yönetim kazanması için kişinin edinmesi gereken üç yetkinliği şöyle tanımlamıştır (28):

- 1- Hastalık gereksinimlerine odaklanmak,
- 2- Kaynakları harekete geçirmek

### 3- Kronik bir hastalıkla yaşamak

Bu yetkinlikler ne kadar iyi gerçekleştirilirse hastanın öz yönetimi de o kadar iyi olacaktır. Hasta ile ilk temas yeri olması, hasta-hekim ilişkisine daha önem verilmesi ve zaman ayrılabilmesi, hastayı da tedaviye dahil ederek ortak bir karar vermesi, bütüncül bir yaklaşım sergilemesi nedeni ile kronik hastalık öz yönetiminde aile hekimliğinin önemli bir yer tuttuğu aşikardır.

## 2.2 ALEKSİTİMİ

Aleksitiminin kronik hastalık öz yönetimi üzerine olası etkisini bir bağlam da anlayabilmek için ilerleyen sayfalarda aleksitiminin tanımını, tarihsel süreçte değişimini, toplumda görülme sıklığını, hastalıklarla birliktelik durumu incelenmiştir.

### 2.2.1 Aleksitiminin Tanımı

Yunanca'da "alexis" söz yokluğu, "thymos" duygu anlamına gelmektedir. Aleksitimi bu kelimelerin birleşimiyle oluşan bir kavramdır (29). Türkçe'de kısaca "duygular için söz yokluğu" veya "duygu sağırlığı" şeklinde ifade edilmiştir.

Aleksitimi; duygularını tanıma ve tanımlamada zorluk ve dışa odaklı bir düşünce tarzı ile tanımlanan bir kişilik özelliğidir (30). İlk olarak 1970'lerde Sifneos tarafından tanımlanan aleksitimi; kişinin kendi duyguları ve bedensel duyumlarını tanıma, ayırt etme ve ifade etmesindeki güçlükleri ayrıca iç etkilerden çok dış etkilerle oluşan düşüncelerinin varlığını ifade eder (29).

Sifneos'tan sonra Taylor ve arkadaşları aleksitimi oluşturduğu altı özellikten (duyguları tanımada zorluk, duyguları ifade etmede zorluk, duyguları içeren deneyimlerde azalma, çoğunlukla bilişsel düşünmeye yönelme, sembolik ve fantastik düşünme becerilerinde azalma) bahsetmişlerdir (31).

Aleksitimik kişilik özelliğine sahip bireyler kendi duygularını ve karşısındaki insanların duygularını anlamada ve sosyal ilişkilerde duygularını regüle etmede sıkıntılar yaşamaktadırlar (32).

Tüm bu tanımlar doğrultusunda aleksitiminin genel özelliklerinden şöyle bahsedilebilir:

- Kendi duygularını tanıma, ayırt etme ve anlamlandırmada güçlük
- Başkasının duygularını tanıma, ayırt etme ve anlamlandırmada güçlük
- Kendi duygularını sözcüklerle ifade etmede güçlük
- Hayal gücünün kısıtlanmış olması
- Düşüncelerde dış faktörlerin etkisinin baskın olması
- Sosyal ilişkilerde duygularını kontrol etmede zorlanma

### **2.2.2 Aleksitimi Sıklığı**

Aleksitiminin sağlıklı popülasyonda görülme sıklığı %10-19'dur. Günümüzde özellikle genç popülasyonda yapılan aleksitimi sıklığı çalışmalarında gençlerde aleksitimi varlığının %30 olduğu gösterilmiştir ve psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde ise bu oran %40-60'lara kadar çıkabilmektedir (33). Çalışmamızda da kullandığımız TAS-20 ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan ekip bu oranı %10 olarak bulmuştur (34).

### **2.2.3 Aleksitimi Düzeyinin Ölçülebilmesi Üzerine Yapılan Çalışmalar**

Son 30 yılda aleksitimi düzeyini ölçmek için birden çok değerlendirme yöntemi geliştirilmiştir. Aleksitimiye değerlendirmek için veri toplamanın ilk yöntemi "görüşme"ler olmuştur. Bu görüşmelerle Sifneos aleksitimiye derecelendiren, belli sorularla ilerleyen Beth İsrail Hastane Anketini (BIQ) oluşturmuştur. Ancak, günümüzde BIQ yaygın olarak kullanılmamaktadır (35).

Bir dönem Rorschach Mürekkep Lekesi Testi bazı aleksitimik özellikleri saptamada kullanılmıştır. Bu test ile hayal gücü, yaratıcılık, sembolizm ve duygulanım düzenlemesi hakkında yorum yapılmaya çalışılmıştır. Bu testte düşük tepki üretkenliği somut düşünmede kısıtlılığı ve sınırlı renk kullanımı azalmış duygulanımı göstermektedir (35).

Kullanılan bir diğer ölçüt katılımcıların duygusal tepki vermeleri beklenen 20 farklı senaryoya yanıtlar yazmasıyla gerçekleştirilen Duygusal Farkındalık Düzeyleri Ölçeği'dir (35).

Günümüzde en fazla kullanılan yöntem yine BIQ temelinde sorulardan oluşan kişinin kendi bildiriyle alınan anket yöntemlidir. Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAS-20) ve Bermond-Vorst Aleksitimi Ölçeği (BVAQ) bunlara birer örnektir.

TAS-20, aleksitiminin duyguları tanımada, tanımlamada zorluk ve dışa dönük düşünme olan üç yönünü değerlendirir. BVAQ, TAS-20 ile aynı özelliklerin birçoğunu kapsar ancak duygu uyandırması beklenen olaylarla duygusallaşp duygusallaşmaması faktörünü de içermektedir. BVAQ ile ilgili yapılmış çok az çalışma bulunmaktadır (35)TAS-20 günümüzde oldukça sık kullanılan birçok ülkede ve dilde geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış aleksitimi düzeyini belirlemede etkin bir ölçektir (35).

Tüm bu çalışmalar aleksitimiye daha iyi anlamamızı sağlamış ve toplumdaki sıklığı, risk faktörleri, hastalıklarla ilişkisi ile ilgili çalışmaların yapılabilmesinde faydalı olmuştur.

#### **2.2.4 Aleksitiminin Hastalıklar ile İlişkisi**

Aleksitiminin sebeplerini-sonuçlarını tanımlamak, kronik hastalıklar ile ilişkisini ortaya koymak için çeşitli çalışmalar yapılmıştır (30). Çalışmalar çoğunlukla psikiyatrik hastalıklar ile ilişkisi üzerinde durmuş olsalar da aleksitiminin diyabet, astım, hipertansiyon, polikistik over sendromu, psöriazis ve ankilozan spondilit gibi kronik hastalıklar ile birlikteliğini de ortaya koyan pek çok çalışma da mevcuttur (36–40).

Aleksitimi düzeyi kronik hastalık gelişiminde bir risk faktörü olabilmektedir (41). Aleksitimik özelliği olan bireylerin çeşitli tıbbi sorunlarla başa çıkmakta zorluk çekebildikleri gösterilmiştir (42). Aleksitimi, tek başına bir hastalık veya bozukluk olarak değil hastalıkları etkileyen ve hastalıklardan etkilenen bir özellik olarak değerlendirilmesi gereken bir kavramdır. Mental Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı'nın beşinci versiyonunda tanımlanan psikiyatrik bozukluklar içerisinde yer almaması da bunu desteklemektedir (43).

#### **2.2.5 Geçmişten Günümüze Aleksitimi**

Aleksitiminin bir psikiyatrik rahatsızlık mı yoksa bir kişilik özelliği mi olduğu tartışması yapılagelmiştir. Yapılan ilk çalışmalar aleksitiminin bazı psikiyatrik bozukluklar ile birlikteliğini ortaya koymak üzerine yoğunlaşmış olsa da günümüzde toplumda belli bir oranda bulunan bir kişilik özelliği olarak kabul görmüştür. Aleksitiminin sağlıklı popülasyonda da görüldüğü yapılan çeşitli çalışmalarla

kanıtlanmıştır (44). Ayrıca aleksitiminin depresyon, bağımlılık gibi bazı psikiyatrik hastalıklarla birlikte görülebileceği ortaya konmuştur (45,46).

Kişinin sahip olduğu bazı hastalıklarının aleksitimi tetiklemesiyle sekonder aleksitimi oluştuğunu savunan, bu nedenle primer ve sekonder aleksitimi ayırımına giden görüşler olmuştur (47).

Henüz aleksitimi tam aydınlatamamış olsak da kronik hastalıkların uzun süreli takiplerinde kronik hastalık seyrinde iyileşme veya kötüleşme görülmesine rağmen aleksitimi düzeylerinde anlamlı bir değişiklik olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu da aleksitiminin hastalıktan bağımsız bir kişilik özelliği olduğunu desteklemektedir (48).

### **2.2.6 Aleksitiminin Kronik Hastalık Öz Yönetimi Üzerine Etkisi**

Kronik hastalık öz yönetimi hastanın kendisinin hastalık yönetimine tam manasıyla katılımını gerektirir. Kişi hastalığıyla ilgili duygularını ve ihtiyaçlarını tanımlayabildiği zaman yönetimini de ele alabilecektir. Aynı şekilde hasta-hekim ilişkisi içinde problemlerini, duygularını, eksikliklerini rahatça ve doğru sözcüklerle ifade edebilmesi öz yönetimini de destekleyecektir. Dış faktörlerin düşüncelerini etkilemesini ne kadar iyi kontrol edebilirse iradesini de kontrol edebilecek ve öz yönetimi o yönde artacaktır. Kişilik özelliği olarak aleksitimi varlığı çeşitli düzeylerde bu yeteneklerini kısıtlamaktadır. Bu durum aleksitimi düzeyinin kronik hastalık öz yönetimi üzerinde olası etkisini düşündürmektedir. Biz de çalışmamızda bu etkiyi literatürle de destekleyerek ortaya koymaya çalıştık.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1 ARAŞTIRMA TASARIMI

Çalışmamız kesitsel bir araştırmadır. Araştırmanın yeri Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) İstanbul Bağcılar Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (SUAM), Bağcılar (Esenler) Eğitim Aile Sağlığı Merkezi olarak seçilmiştir. 01.07.2022- 01.09.2022 tarihlerinde yürütülmüştür. Çalışmamızın hipotezleri; “H0: Aleksitimi kronik hastalık öz yönetimini etkilemez. H1: Aleksitimi kronik hastalık öz yönetimini etkiler.” şeklindedir. Araştırmada Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) İstanbul Bağcılar Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (SUAM), Esenler Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran 18 yaş ve üzeri herhangi bir kronik hastalığı olan kişilere amacımıza uygun olarak; aleksitimi düzeyi için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve ark. tarafından yapılan Türkçe Toronto Aleksitimi Ölçeği (Türkçe TAÖ-20) (34) , kronik hastalık öz yönetimi için de Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öztürk ve ark. tarafından yapılan Kronik Hastalık Öz Yönetim (KHÖY) Ölçeği (49) ve tarafımızca oluşturulan sosyodemografik form tek seferde uygulanmıştır. Araştırmaya katılan gönüllülerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Elde edilen veriler uygun istatistiksel yöntemler ile değerlendirilmiştir.

#### 3.2 DAHİL EDİLME VE HARIÇ TUTULMA KRİTERLERİ

##### 3.2.1 Dahil Edilme Kriterleri

- SBÜ İstanbul Bağcılar SUAM, Bağcılar (Esenler) Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde kayıtlı 18 yaş ve üzeri olmak,
- Kronik hastalığı olmak,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
- Anadili Türkçe olmak.

##### 3.2.2 Hariç Tutulma Kriterleri

- 18 yaş altı olmak,
- Kronik hastalığı olmamak,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak,
- Anadili Türkçe olmamak.

### 3.3 ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ VE İSTATİSTİKSEL GÜÇ

G-power 3.1 programı kullanılarak güç analizi yapılmış, 0.95 evreni temsil gücü, 0.02 etki gücü ve 0.05 hata payıyla örneklem sayısı 314 olarak hesaplanmıştır (50,51). Çalışmamızın örneklem büyüklüğüne karar verirken çalışma tasarımında belirtilen tarihlerden tam 1 yıl önceki başvurular da dikkate alınmıştır. Çalışmamızı yürüttüğümüz 01.07.2022- 01.09.2022 tarihlerinde toplam 324 hasta ile çalışma tamamlanmıştır.

### 3.4 ARAŞTIRMA ANKET FORMU

Çalışmamızda Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve arkadaşları tarafından yapılan Türkçe Toronto Aleksitimi Ölçeği (Türkçe TAÖ-20) (34), kronik hastalık öz yönetimi için de Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öztürk ve arkadaşları tarafından yapılan Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği (49) ve tarafımızca oluşturulan sosyodemografik form uygulanmıştır.

Sosyodemografik formdan elde edilen genel bilgiler; hastanın yaşı, cinsiyeti, meslek, eğitim ve asgari ücrete kıyasla gelir düzeyidir. Çalışmamıza yönelik kronik hastalık öz yönetimini etkileyebileceğini düşündüğümüz özel sorular da hangi kronik hastalıklara sahip olduğu, kronik hastalığına yönelik düzenli takip olup olmadığı ve kronik hastalık yönetimi ile ilgili herhangi bir eğitim alıp almadığı, eğitim alma isteği veya girişiminin olup olmadığı şeklindeydi.

Çalışmamızda kullanılan anket formları EK-1'deki gibidir.

Uygulanan ölçekler aşağıda açıklanmıştır.

#### 3.4.1 Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20)

TAÖ-20 toplam 20 sorudan oluşan 3 alt boyut içeren kişideki aleksitimi düzeyini ölçmek için yararlanılan bir ölçektir. Likert tipindedir (1-hiçbir zaman, 2-nadiren, 3-bazen, 4-sık sık, 5-her zaman). İçerdiği alt boyutlar şekil 2'de gösterilmiştir.

<b>Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ- 20)</b>	Duygularını Tanımada Güçlük (1-3-6-7-9-13-14. sorular)
	Duyguları Söze Dökmede Güçlük (2-4-11-12-17. sorular)
	Dışa-Dönük Düşünme (5-8-10-15-16-18-19-20. sorular)

Şekil 2. TAÖ-20 Alt Boyutları

Sorulardan 5 tanesi ters kodlanmıştır. Ters kodlanan sorular 4,5,10,18,19. Ölçeğin kesme değeri olarak farklı çalışmalarda farklı değeri kullanıldığı görülmüştür. Herhangi bir kesme değeri kullanmadan yapılan çalışmalar da mevcuttur. Bizim çalışmamızda literatüre uygun şekilde bir kesme değeri kullanılmıştır. (52). Ölçekten alınacak toplam puanlar 20-100 arasındadır. Çalışmamızda 20-51 düşük, 52-60 orta, 61-100 arası puan ise yüksek aleksitimi olarak adlandırılmıştır.

### 3.4.2 Kronik Hastalık Öz Yönetim (KHÖY) Ölçeği

Kronik hastalıkta kişinin öz yönetimi düzeyini ölçen Likert tipi bir ölçektir. Toplam 21 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları şu şekildedir:

<b>Kronik Hastalık Öz Yönetim (KHÖY) Ölçeği</b>	1- Kendini Damgalama (KD)
	2- Damgalamayla Baş Etme (DBE)
	3- Sağlık Bakım Etkinliği (SBE)
	4- Tedavi Uyumu (TU)

Şekil 3. KHÖY Ölçeği Alt Boyutları

Ölçek aritmetik ortalama yöntemi hesaplanmaktadır. Ölçekten 1-5 arasında puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puanlar 5'e yaklaştıkça öz yönetimin arttığını, 1'e doğru indikçe öz yönetimin azaldığını göstermektedir (53).

### 3.5 İSTATİSTİKSEL ANALİZ

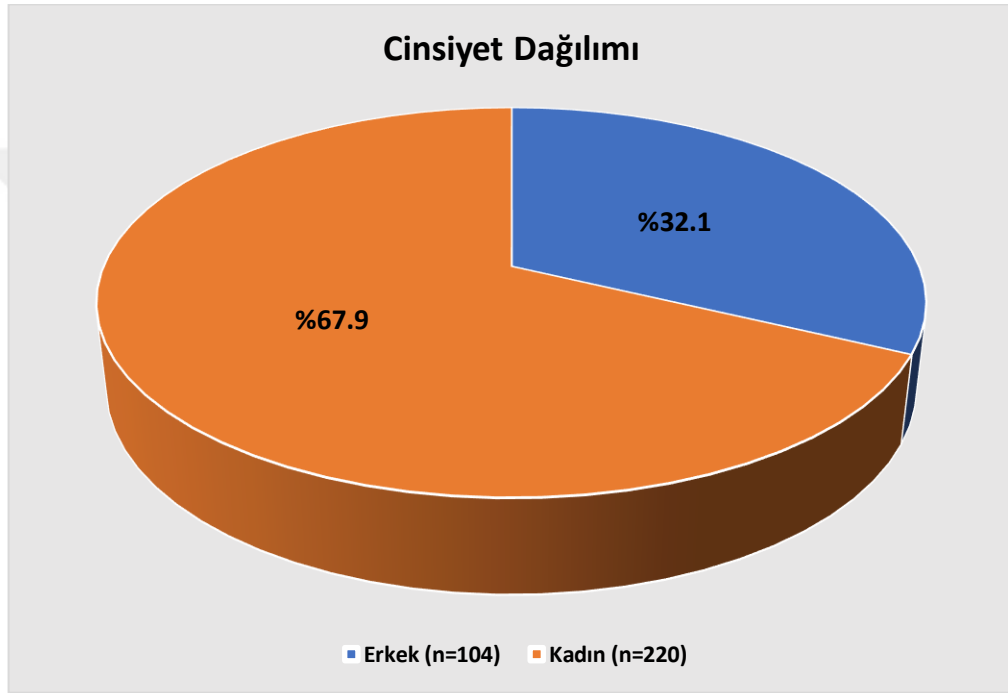
Çalışmamızda verilerin analiz aşamasında ilk olarak tanımlayıcı istatistikler sunulmuştur. Niceliksel veriler ortalama, standart sapma, medyan (ortanca), minimum ve maksimum değerleri ile niteliksel veriler ise frekans (sayı) ve (%) ifade edilmiştir. Nicel değişkenlerde normal dağılıma uygun olup olmama durumu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilk testleriyle değerlendirilmiştir. Bu testlerin sonucuna göre niceliksel veriler normal dağılım göstermemektedir. Bu durumda, Toronto aleksitimi ölçeği toplam puan ve kronik hastalık özyönetim ölçeği puan ve alt boyut puanlarının iki gruba sahip olan değişkenlerle karşılaştırmaları nonparametrik test olan Mann Whitney U Testi ile üç ve daha fazla gruba sahip olan değişkenlerle karşılaştırmaları ise Kruskal Wallis H nonparametrik testi yapılmıştır. Post-Hoc analizi (ikili karşılaştırma) için Dunn testi kullanılmıştır. Nitel değişkenler olan Toronto aleksitimi ölçeği (düşük/orta/yüksek) ile demografik değişkenlerin ve kronik hastalıklar ile ilgili değişkenlerin karşılaştırılması Pearson ve Likelihood Ki Kare testleri ile yapılmıştır. Toronto aleksitimi ölçeği toplam puanı ve Toronto aleksitimi ölçeği (düşük/orta/yüksek) ile kronik hastalık özyönetim ölçeği toplam puan ve alt boyut puanlarının arasındaki korelasyon analizi için nonparametrik Spearman Korelasyon testi kullanılmıştır. 0.05'in altında bulunan p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Verilerin analizi için SPSS v.26 paket programı kullanılmıştır.

### 3.6 ETİK KURUL ONAYI

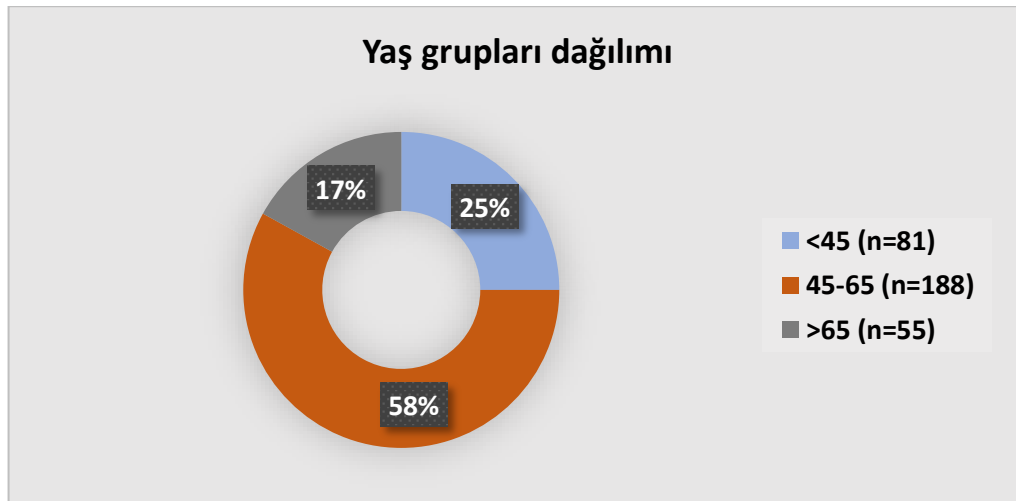
Araştırma Helsinki Deklarasyonu, İyi Klinik Uygulama ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür. Çalışmamızın etik kurul onayı S.B.Ü İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Karar No: 196 Tarih:17.06.2022).

#### 4. BULGULAR

Çalışmamıza toplam 324 katılımcı dahil edilmiştir. Bu katılımcılardan 220'si (%67,9) kadın, 104'ü (%32,1) ise erkeklerden oluşmaktadır (Şekil 4). Katılımcıların yaş ortalaması  $52.06 \pm 14.14$  olup kadınların yaş ortalaması  $51.26 \pm 13.85$  ve erkeklerin yaş ortalaması  $53.75 \pm 14.67$ dir. Yaşın gruplara göre dağılımı Şekil 5 de görüldüğü gibidir.



Şekil 4. Cinsiyet Dağılımı



Şekil 5. Yaş Grupları Dağılımı

**Tablo 1. Demografik Değişkenlerin Tanımlayıcı İstatistikleri**

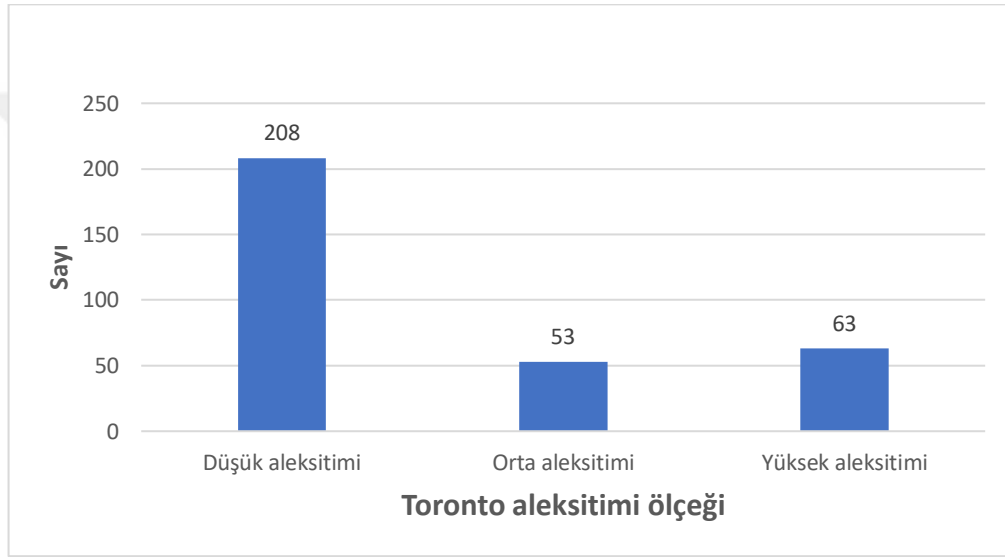
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş Grubu</b>	<b>&lt;45</b>	81	25.00
	<b>45-65</b>	188	58.02
	<b>&gt;65</b>	55	16.98
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	220	67.9
	<b>Erkek</b>	104	32.1
<b>Eğitim Düzeyi</b>	<b>Sadece okur yazar</b>	10	3.09
	<b>Okur yazar değil</b>	27	8.33
	<b>İlköğretim/ortaokul mezunu</b>	201	62.04
	<b>Lise mezunu</b>	49	15.12
	<b>Lisans ve üzeri</b>	37	11.42
<b>Medeni Durum</b>	<b>Evli</b>	257	79.32
	<b>Bekar</b>	40	12.35
	<b>Boşanmış/eşi vefat etmiş</b>	27	8.33
<b>Meslek</b>	<b>Ev hanımı</b>	159	49.07
	<b>Emekli</b>	62	19.14
	<b>Serbest meslek</b>	65	20.06
	<b>Diğer</b>	38	11.73
<b>Gelir Düzeyi</b>	<b>Asgari ücretin altı</b>	110	33.95
	<b>Asgari ücret</b>	132	40.74
	<b>Asgari ücret 2-katı</b>	65	20.06
	<b>Asgari ücret 2-3 katı</b>	8	2.47
	<b>Asgari ücret 3 katından fazla</b>	9	2.78

**Tablo 2. Kronik Hastalıklar ve İlgili Değişkenlerin Tanımlayıcı İstatistikleri**

		n	%
Diyabetes Mellitus	Yok	135	41.67
	Var	189	58.33
Hipertansiyon	Yok	163	50.31
	Var	161	49.69
Kronik Tiroid Patolojileri	Yok	242	74.69
	Var	82	25.31
Kronik Havayolu Hastalıkları	Yok	257	79.32
	Var	67	20.68
Kronik Kalp Hastalıkları	Yok	264	81.48
	Var	60	18.52
Kronik Böbrek Hastalıkları	Yok	306	94.44
	Var	18	5.56
Kronik Karaciğer Hastalıkları	Yok	306	94.44
	Var	18	5.56
Kas-İskelet sistemi Hastalıkları	Yok	302	93.21
	Var	22	6.79
Tümör	Yok	315	97.22
	Var	9	2.78
Dislipidemi	Yok	289	89.2
	Var	35	10.8
Kronik Mide ve Bağırsak Hastalıkları	Yok	312	96.3
	Var	12	3.7
Diğer (obezite, psikiyatrik, nörolojik hastalıklar vb.)	Yok	281	86.73
	Var	43	13.27
Toplam Kronik Hastalık Sayısı	1 adet	127	39.2
	2 adet	73	22.53
	3 adet	81	25.00
	4 ve üzeri	43	13.27
Kronik hastalığınıza yönelik olarak düzenli kontrollerinize gider misiniz?	Hiç gitmedim	34	10.49
	Ara ara gidiyorum	65	20.06
	Sık sık gidiyorum	35	10.8
	Düzenli giderim	190	58.64
Kronik hastalığınızın yönetimi ile ilgili herhangi bir eğitim alma isteğiniz oldu mu?	Hayır	251	77.47
	Evet	73	22.53
Kronik hastalığınızın yönetimi ile ilgili herhangi bir eğitim alma girişiminiz oldu mu?	Hayır	264	81.48
	Evet	60	18.52
Kronik hastalığınızın yönetimi ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?	Hayır	276	85.19
	Evet	48	14.81

**Tablo 3. TAÖ-20 Tanımlayıcı İstatistikleri**

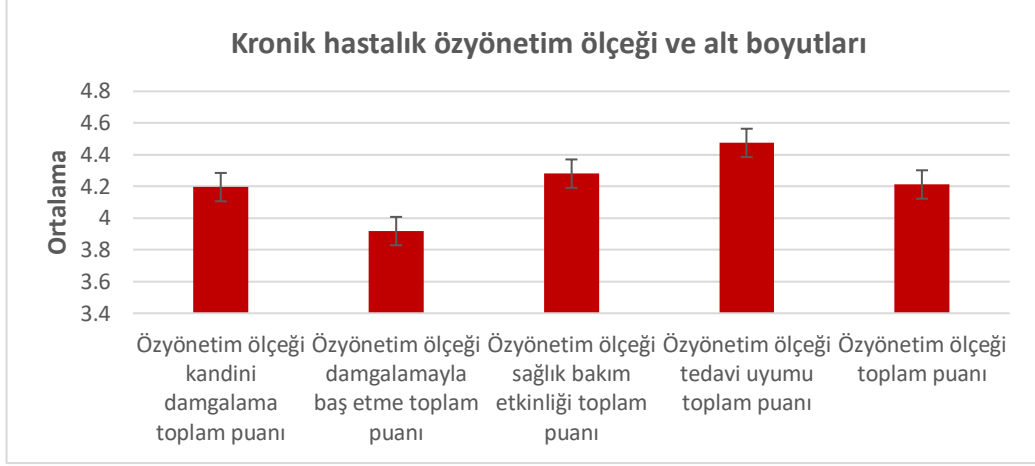
		TAÖ-20			
		Düşük	Orta	Yüksek	Toplam
TAÖ-20 Toplam Puan	Ortalama	40.80	55.00	67.86	48.38
	Standart Sapma	6.44	2.55	5.27	12.29
	Medyan	42.00	54.00	66.00	46.00
	Maksimum	25.00	52.00	61.00	25.00
	Minimum	51.00	60.00	81.00	81.00



Şekil 6. TAÖ-20 Dağılımı

**Tablo 4. KHÖY Ölçeği ve Alt Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistikleri**

	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	Minimum	Maksimum
KHÖY Ölçeği Kendini Damgalama Puanı	4.20	0.78	4.43	1.43	5.00
KHÖY Ölçeği Damgalamayla Baş Etme Puanı	3.92	0.93	4.20	1.00	5.00
KHÖY Ölçeği Sağlık Bakım Etkinliği Puanı	4.28	0.94	4.75	1.00	5.00
KHÖY Ölçeği Tedavi Uyumu Toplam Puanı	4.47	0.71	4.80	1.00	5.00
KHÖY Ölçeği Toplam Puanı	4.21	0.59	4.33	2.67	5.00



Şekil 7. KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Ortalaması

TAÖ-20, KHÖY ölçeği toplam puan ve alt boyut puanlarının cinsiyete göre yapılan karşılaştırmasında TAÖ-20 toplam puanı, KHÖY-KD puanı, KHÖY-DBE puanı ve KHÖY ölçeği toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). TAÖ-20 toplam puanında kadınlar, erkeklere göre daha yüksek puana sahiptir. Diğerlerinde ise erkekler kadımlardan daha yüksektir (Tablo 5).

**Tablo 5. Cinsiyete Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması**

		Cinsiyet		p değeri
		Kadın (n=220)	Erkek (n=104)	
<b>TAÖ-20 Toplam Puan</b>	<b>Ortalama</b>	50.40	44.12	<b>&lt;0.001</b>
	<b>Standart Sapma</b>	12.64	10.35	
	<b>Medyan</b>	49.00	43.00	
	<b>Maksimum</b>	81.00	74.00	
	<b>Minimum</b>	26.00	25.00	
<b>Kendini Damgalama Puanı</b>	<b>Ortalama</b>	4.12	4.35	<b>0.011</b>
	<b>Standart Sapma</b>	0.82	0.69	
	<b>Medyan</b>	4.43	4.50	
	<b>Minimum</b>	1.43	1.71	
	<b>Maksimum</b>	5.00	5.00	
<b>Damgalamayla Baş etme Puanı</b>	<b>Ortalama</b>	3.82	4.13	<b>0.002</b>
	<b>Standart Sapma</b>	0.93	0.91	
	<b>Medyan</b>	4.00	4.20	
	<b>Minimum</b>	1.00	1.40	
	<b>Maksimum</b>	5.00	5.00	
<b>KHÖY Sağlık Bakım Etkinliği Puanı</b>	<b>Ortalama</b>	4.16	4.54	<b>&lt;0.001</b>
	<b>Standart Sapma</b>	0.99	0.74	
	<b>Medyan</b>	4.50	5.00	
	<b>Minimum</b>	1.00	1.50	
	<b>Maksimum</b>	5.00	5.00	
<b>Tedavi Uyumu Puanı</b>	<b>Ortalama</b>	4.45	4.53	<b>0.878</b>
	<b>Standart Sapma</b>	0.75	0.61	
	<b>Medyan</b>	4.80	4.80	
	<b>Minimum</b>	1.00	2.80	
	<b>Maksimum</b>	5.00	5.00	
<b>Toplam Puan</b>	<b>Ortalama</b>	4.13	4.38	<b>&lt;0.001</b>
	<b>Standart Sapma</b>	0.59	0.53	
	<b>Medyan</b>	4.24	4.48	
	<b>Minimum</b>	2.67	2.76	
	<b>Maksimum</b>	5.00	5.00	

TAÖ-20 ile KHÖY toplam puan ve alt boyut puanlarının yaş gruplarında göre yapılan karşılaştırmasında TAÖ-20 toplam puanı, KHÖY-KD toplam puanı ve KHÖY-TU toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Diğerlerinde istatistiksel olarak bir anlamlılık tespit edilmiştir ( $p > 0.05$ ). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre TAÖ-20 toplam puanında <45 yaş ve 45-65 yaş arasında anlamlı fark vardır ( $p < 0.05$ ). 45-65 yaş aralığında puanlar daha yüksektir. KHÖY-KD toplam puanında <45 yaş ve >65 yaş arasında anlamlı fark vardır ( $p < 0.05$ ). >65 yaş grubunda puanlar daha düşüktür. KHÖY-TU toplam puanında <45 yaş ve 45-65 yaş arasında anlamlı fark vardır ( $p < 0.05$ ). <45 yaş grubunda puanlar daha yüksektir (Tablo 6).

**Tablo 6. Yaş Gruplarına Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması**

		Yaş Grubu			p değeri	
		<45yaş (n=81)	45-65 yaş (n=188)	>65 yaş (n=55)		
<b>TAÖ-20</b>	<b>Toplam Puan</b>	<b>Ortalama</b>	46.12	49.10	48.17	<b>0.006</b>
		<b>Standart Sapma</b>	10.97	12.86	12.84	
		<b>Medyan</b>	45.00	47.00	47.00	
		<b>Maksimum</b>	78.00	81.00	79.00	
		<b>Minimum</b>	26.00	29.00	25.00	
<b>KHÖY</b>	<b>Kendini Damgalama Puanı</b>	<b>Ortalama</b>	4.33	4.19	4.03	<b>0.032</b>
		<b>Standart Sapma</b>	0.80	0.75	0.87	
		<b>Medyan</b>	4.71	4.43	4.43	
		<b>Maksimum</b>	5.00	5.00	5.00	
		<b>Minimum</b>	1.43	1.57	1.71	
	<b>Damgalamayla Baş etme Puanı</b>	<b>Ortalama</b>	4.03	3.81	4.12	0.072
		<b>Standart Sapma</b>	0.92	0.97	0.77	
		<b>Medyan</b>	4.20	4.00	4.20	
		<b>Maksimum</b>	5.00	5.00	5.00	
		<b>Minimum</b>	2.00	1.00	2.20	
	<b>Sağlık Bakım Etkinliği Puanı</b>	<b>Ortalama</b>	4.37	4.24	4.30	0.643
		<b>Standart Sapma</b>	0.89	0.97	0.88	
		<b>Medyan</b>	5.00	4.75	4.75	
		<b>Maksimum</b>	5.00	5.00	5.00	
		<b>Minimum</b>	1.25	1.00	2.00	
<b>Tedavi Uyumu Puanı</b>	<b>Ortalama</b>	4.59	4.44	4.42	<b>0.005</b>	
	<b>Standart Sapma</b>	0.81	0.66	0.73		
	<b>Medyan</b>	5.00	4.60	4.80		
	<b>Maksimum</b>	5.00	5.00	5.00		
	<b>Minimum</b>	1.00	1.60	2.60		
<b>Toplam Puan</b>	<b>Ortalama</b>	4.33	4.17	4.20	0.068	
	<b>Standart Sapma</b>	0.59	0.59	0.56		
	<b>Medyan</b>	4.48	4.33	4.19		
	<b>Maksimum</b>	5.00	5.00	5.00		
		<b>Minimum</b>	2.76	2.76	2.67	

TAÖ-20, KHÖY ölçeği toplam puan ve alt boyut puanlarının medeni duruma göre yapılan karşılaştırmasında KHÖY-KD puanı, Özyönetim ölçeği damgalamayla baş etme toplam puanı, KHÖY-DBE puanı ve KHÖY ölçeği toplam puanı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Diğerlerinde istatistiksel olarak bir anlamlılık tespit edilmemiştir ( $p>0.05$ ). Anlamlı çıkan ölçeklerin ikili karşılaştırmaları incelendiğinde KHÖY-KD puanında bekar olanlar ile boşanmış/eşi vefat etmiş olanlar arasında anlamlı fark olup bekarların puanı daha yüksektir ( $p<0.05$ ). KHÖY-

DBE puanında da bekar olanlar ile boşanmış/eşi vefat etmiş olanlar arasında anlamlı fark olup bekarların puanı daha yüksektir ( $p<0.05$ ). KHÖY-TU puanı ve KHÖY ölçeği toplam puanında evli ile bekar olanlar ve bekar olanlar ile boşanmış/eşi vefat etmiş olanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bekar olanların puanları daha yüksektir (Tablo 7).

**Tablo 7. Medeni Duruma Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması**

		Medeni Durum			
		Evli (n=257)	Bekar (n=40)	Boşanmış/eşi vefat etmiş (n=27)	p değeri
TAÖ-20 Toplam Puan	Ortalama	48.75	44.45	50.74	
	Standart Sapma	12.44	9.93	13.21	
	Medyan	47.00	46.00	48.00	0.173
	Maksimum	81.00	73.00	78.00	
	Minimum	25.00	26.00	29.00	
Kendini Damgalama Puanı	Ortalama	4.20	4.40	3.88	
	Standart Sapma	0.77	0.77	0.89	
	Medyan	4.43	4.64	4.14	0.008
	Minimum	1.57	1.71	1.43	
	Maksimum	5.00	5.00	5.00	
Damgalamayla Baş etme Puanı	Ortalama	3.90	4.20	3.68	
	Standart Sapma	0.94	0.88	0.84	
	Medyan	4.20	4.60	3.80	0.046
	Minimum	1.00	2.20	2.00	
	Maksimum	5.00	5.00	5.00	
KHÖY Sağlık Bakım Etkinliği Puanı	Ortalama	4.27	4.52	3.99	
	Standart Sapma	0.97	0.67	0.87	
	Medyan	4.75	5.00	3.75	0.056
	Minimum	1.00	2.00	2.25	
	Maksimum	5.00	5.00	5.00	
Tedavi Uyumu Puanı	Ortalama	4.46	4.67	4.36	
	Standart Sapma	0.69	0.77	0.76	
	Medyan	4.60	5.00	4.60	0.008
	Minimum	1.60	1.00	2.60	
	Maksimum	5.00	5.00	5.00	
Toplam Puan	Ortalama	4.20	4.44	3.97	
	Standart Sapma	0.59	0.52	0.58	
	Medyan	4.33	4.45	4.05	0.003
	Minimum	2.76	3.24	2.67	
	Maksimum	5.00	5.00	4.81	

TAÖ-20 toplam puan ve KHÖY ölçeği toplam puan ve alt boyut puanlarının eğitim düzeyine göre yapılan karşılaştırmasında tüm ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre TAÖ-20 toplam puanında ilköğretim/ortaokul ile lise, okur yazar değil ile lisans, ilköğretim /ortaokul ile lisans ve üzeri ve okur yazar değil ile lisans ve üzeri arasında anlamlı fark vardır ( $p<0.05$ ). Okur yazar olmayanlarda ölçek toplam puanı daha yüksektir. KHÖY-KD puanında okur yazar değil ile lisans ve üzeri anlamlı fark olup lisans ve üzeri puanı daha yüksektir. KHÖY-DBE puanında okur yazar değil ile lise ve okur yazar değil ile lisans ve üzeri arasında anlamlı fark vardır ( $p<0.05$ ). Okur yazar olmayanların puanları daha düşüktür. KHÖY-SBE puanında okur yazar olmayanlar ile ilköğretim /ortaokul, lise ve lisans ve üzeri arasında anlamlı olup okur yazar olmayanların puanı daha düşüktür. KHÖY-TU puanında okur yazar olmayanlar ile lise ve lisans ve üzeri arasında ve ilköğretim/ortaokul ile lise mezunu arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Okur yazar olmayanların puanları lise ve lisans ve üzerinden ve ilköğretim /ortaokul puanı lise mezunundan daha düşüktür. KHÖY ölçeği toplam puanında okur yazar olmayanlar ile lise ve lisans ve üzeri arasında ve ilköğretim /ortaokul ile lise mezunu arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Okur yazar olmayanların puanları lise ve lisans ve üzerinden ve ilköğretim /ortaokul puanı lise mezunundan daha düşüktür (Tablo 8).

**Tablo 8. Eğitim Düzeyine Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması**

		Eğitim Düzeyi					p değeri
		Okur yazar (n=10)	Okur yazar değil (n=27)	İlköğretim /ortaokul (n=201)	Lise (n=49)	Lisans ve üzeri (n=37)	
TAÖ-20 Toplam Puan	Ortalama	46.00	56.33	49.86	42.80	42.62	
	Standart Sapma	13.65	13.76	12.43	8.10	9.45	
	Medyan	48.50	54.00	47.00	44.00	43.00	<b>&lt;0.001</b>
	Maksimum	72.00	78.00	81.00	65.00	66.00	
	Minimum	28.00	33.00	26.00	26.00	25.00	
Kendini Damgalama Puanı	Ortalama	4.04	3.93	4.16	4.31	4.46	
	Standart Sapma	0.69	0.97	0.75	0.90	0.58	
	Medyan	4.00	4.14	4.43	4.71	4.57	<b>0.020</b>
	Minimum	3.14	1.86	1.57	1.43	2.14	
	Maksimum	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	
Damgalamayla Baş Etme Puanı	Ortalama	4.10	3.43	3.85	4.25	4.16	
	Standart Sapma	0.78	1.08	0.93	0.81	0.85	
	Medyan	4.20	3.40	4.00	4.60	4.20	<b>0.003</b>
	Minimum	2.60	1.00	1.40	2.60	1.80	
	Maksimum	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	
KHÖY Sağlık Bakım Etkinliği Puanı	Ortalama	4.15	3.55	4.33	4.35	4.49	
	Standart Sapma	1.30	1.09	0.88	1.00	0.70	
	Medyan	4.88	3.50	5.00	5.00	4.75	<b>0.002</b>
	Minimum	1.00	1.25	1.25	1.50	2.00	
	Maksimum	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	
Tedavi Uyumu Puanı	Ortalama	4.56	4.19	4.41	4.76	4.64	
	Standart Sapma	0.46	0.90	0.72	0.39	0.78	
	Medyan	4.60	4.40	4.60	5.00	5.00	<b>0.001</b>
	Minimum	3.80	1.60	1.60	3.60	1.00	
	Maksimum	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	
Toplam Puan	Ortalama	4.20	3.80	4.18	4.41	4.44	
	Standart Sapma	0.64	0.65	0.56	0.60	0.43	
	Medyan	4.29	3.76	4.29	4.62	4.48	<b>&lt;0.001</b>
	Minimum	2.86	2.67	2.76	2.86	3.33	
	Maksimum	5.00	4.90	5.00	5.00	5.00	

Mesleğe göre TAÖ-20, KHÖY ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları karşılaştırmasında tüm ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre TAÖ-20 toplam puanında ev hanımı ile emekli, serbest meslek ve diğer meslek grupları arasında anlamlı fark vardır ( $p<0.05$ ). Ev hanımı olanlar diğerlerin daha yüksek puana sahiptir. KHÖY-KD puanında ev hanımı ile diğer meslek gruplarında anlamlı fark vardır ( $p<0.05$ ). Ev hanımlarında puanlar daha düşüktür. KHÖY-DBE puanında ev hanımı ile emekli ve diğer meslek gruplarında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p<0.05$ ). Ev hanımlarında puanlar daha düşüktür. KHÖY-SBE puanında ev hanımı ile emekli arasında anlamlı fark vardır ( $p<0.05$ ). Ev hanımlarında puanlar daha düşüktür. KHÖY-TU puanında ev hanımı ile serbest meslek anlamlı fark vardır ( $p<0.05$ ). Ev hanımlarında puanlar daha düşüktür. KHÖY ölçeği toplam puanında ev hanımı ile serbest meslek arasında anlamlı fark vardır ( $p<0.05$ ). Ev hanımlarında puanlar daha düşüktür (Tablo 9).

**Tablo 9. Mesleğe Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması**

		Meslek				p değeri	
		Ev hanımı	Emekli	Serbest meslek	Diğer		
KHÖY	TAÖ-20 Toplam Puan	Ortalama	52.35	45.74	45.71	40.66	0.001
		Standart Sapma	12.96	11.50	9.74	8.15	
		Medyan	51.00	44.00	44.00	40.50	
		Minimum	26.00	28.00	27.00	25.00	
		Maksimum	81.00	78.00	74.00	55.00	
	Kendini Damgalama Puanı	Ortalama	4.07	4.31	4.26	4.41	0.017
		Standart Sapma	0.82	0.75	0.73	0.70	
		Medyan	4.29	4.50	4.43	4.71	
		Minimum	1.57	1.71	1.43	1.71	
		Maksimum	5.00	5.00	5.00	5.00	
Damgalamayla Baş etme Puanı	Ortalama	3.73	4.19	3.98	4.15	0.003	
	Standart Sapma	0.96	0.77	1.00	0.80		
	Medyan	3.80	4.20	4.20	4.20		
	Minimum	1.00	1.80	1.40	2.60		
	Maksimum	5.00	5.00	5.00	5.00		
Sağlık Bakım Etkinliği Puanı	Ortalama	4.08	4.58	4.39	4.46	0.006	
	Standart Sapma	1.04	0.67	0.81	0.86		
	Medyan	4.50	5.00	5.00	5.00		
	Minimum	1.00	2.00	2.00	1.50		
	Maksimum	5.00	5.00	5.00	5.00		
Tedavi Uyumu Puanı	Ortalama	4.36	4.58	4.58	4.57	0.043	
	Standart Sapma	0.76	0.56	0.76	0.59		
	Medyan	4.60	4.80	5.00	4.80		
	Minimum	1.60	2.80	1.00	2.80		
	Maksimum	5.00	5.00	5.00	5.00		
Toplam Puan	Ortalama	4.06	4.40	4.30	4.40	<0.001	
	Standart Sapma	0.61	0.50	0.55	0.53		
	Medyan	4.10	4.48	4.43	4.57		
	Minimum	2.76	2.67	2.76	2.86		
	Maksimum	5.00	5.00	5.00	5.00		

Gelir düzeyine göre TAÖ-20, KHÖY ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları karşılaştırmasında TAÖ-20 toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). İkili karşılaştırmalar incelendiğinde asgari ücret ile asgari ücretin 2 katı arasında anlamlı fark olup asgari ücret olanların puanı daha yüksektir (Tablo 10).

**Tablo 10. Gelir Düzeyine Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması**

		Gelir Düzeyi					p değeri
		Asgari ücretin altı (n=110)	Asgari ücret (n=132)	Asgari ücret katı (n=65)	Asgari ücret 2-katı (n=8)	Asgari ücret 2-3 katından fazla (n=9)	
TAÖ-20 Toplam Puan	Ortalama	49.12	50.36	44.80	42.00	41.89	<b>0.012</b>
	Standart Sapma	12.64	12.71	9.77	11.60	11.57	
	Medyan	47.50	48.00	44.00	40.00	43.00	
	Maksimum	78.00	81.00	70.00	66.00	67.00	
	Minimum	26.00	26.00	26.00	31.00	25.00	
Kendini Damgalama Puanı	Ortalama	4.20	4.10	4.31	4.48	4.54	0.118
	Standart Sapma	0.75	0.84	0.72	0.97	0.33	
	Medyan	4.43	4.29	4.43	4.86	4.57	
	Minimum	1.43	1.57	1.71	2.14	3.86	
	Maksimum	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	
Damgalama yla Baş etme Puanı	Ortalama	3.91	3.87	3.98	4.18	4.09	0.894
	Standart Sapma	0.93	1.00	0.84	0.88	0.75	
	Medyan	4.10	4.10	4.00	4.20	4.20	
	Minimum	1.40	1.00	2.00	2.40	2.80	
	Maksimum	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	
KHÖY Sağlık Bakım Etkinliği Puanı	Ortalama	4.29	4.25	4.22	4.78	4.61	0.617
	Standart Sapma	0.95	0.94	0.98	0.36	0.52	
	Medyan	4.75	4.75	4.50	5.00	4.75	
	Minimum	1.00	1.50	1.25	4.00	3.50	
	Maksimum	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	
Tedavi Uyumu Puanı	Ortalama	4.55	4.35	4.53	4.80	4.64	0.222
	Standart Sapma	0.60	0.80	0.75	0.28	0.24	
	Medyan	4.80	4.60	5.00	4.90	4.60	
	Minimum	2.60	1.60	1.00	4.20	4.20	
	Maksimum	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	
Toplam Puan	Ortalama	4.23	4.13	4.27	4.54	4.47	0.219
	Standart Sapma	0.53	0.66	0.53	0.52	0.28	
	Medyan	4.29	4.29	4.43	4.71	4.48	
	Minimum	2.86	2.67	2.86	3.43	3.95	
	Maksimum	5.00	5.00	5.00	5.00	4.86	

Diyabet hastalık durumuna göre TAÖ-20, KHÖY ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları karşılaştırması tüm ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). TAÖ-20 toplam puanı diyabeti olan hastalarda daha yüksektir. KHÖY ölçeği toplam puan ve alt boyut puanlarının diyabet olmayanlarda daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 11).

**Tablo 11. Diyabet Hastalık Durumuna Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması**

		Diyabet		p değeri
		Yok (n=135)	Var (n=189)	
TAÖ-20 Toplam Puan	Ortalama	45.96	50.12	0.005
	Standart Sapma	10.48	13.19	
	Medyan	45.00	49.00	
	Maksimum	78.00	81.00	
	Minimum	26.00	25.00	
Kendini Damgalama Puanı	Ortalama	4.37	4.07	<0.001
	Standart Sapma	0.70	0.82	
	Medyan	4.57	4.29	
	Minimum	1.43	1.57	
	Maksimum	5.00	5.00	
Damgalamayla Baş etme Puanı	Ortalama	4.04	3.83	0.031
	Standart Sapma	0.93	0.93	
	Medyan	4.20	4.00	
	Minimum	1.40	1.00	
	Maksimum	5.00	5.00	
KHÖY Sağlık Bakım Etkinliği Puanı	Ortalama	4.46	4.15	0.016
	Standart Sapma	0.77	1.02	
	Medyan	5.00	4.75	
	Minimum	1.25	1.00	
	Maksimum	5.00	5.00	
Tedavi Uyumu Puanı	Ortalama	4.36	4.11	0.001
	Standart Sapma	0.56	0.58	
	Medyan	4.48	4.19	
	Minimum	2.67	2.76	
	Maksimum	5.00	5.00	
Toplam Puan	Ortalama	4.36	4.11	<0.001
	Standart Sapma	0.56	0.58	
	Medyan	4.48	4.19	
	Minimum	2.67	2.76	
	Maksimum	5.00	5.00	

Hipertansiyon durumuna göre TAÖ-20, KHÖY ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları karşılaştırmasında KHÖY-KD puanı ve KHÖY ölçeği toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p<0.05$ ). Hipertansiyona sahip olanlarda TAÖ-20 puanları daha yüksek; KHÖY toplam ve KHÖY-KD puanı ise daha düşüktür (Tablo 12).

**Tablo 12. Hipertansiyon Durumuna Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması**

		Hipertansiyon		p değeri
		Yok (n=163)	Var (n=161)	
TAÖ-20 Toplam Puan	Ortalama	47.49	49.29	0.259
	Standart Sapma	11.47	13.05	
	Medyan	46.00	47.00	
	Maksimum	78.00	81.00	
	Minimum	26.00	25.00	
Kendini Damgalama Puanı	Ortalama	4.31	4.08	0.007
	Standart Sapma	0.73	0.83	
	Medyan	4.43	4.29	
	Minimum	1.43	1.57	
	Maksimum	5.00	5.00	
Damgalamayla Baş etme Puanı	Ortalama	3.95	3.89	0.551
	Standart Sapma	0.94	0.93	
	Medyan	4.20	4.20	
	Minimum	1.40	1.00	
	Maksimum	5.00	5.00	
KHÖY Sağlık Bakım Etkinliği Puanı	Ortalama	4.38	4.18	0.068
	Standart Sapma	0.85	1.01	
	Medyan	5.00	4.75	
	Minimum	1.25	1.00	
	Maksimum	5.00	5.00	
Tedavi Uyumu Puanı	Ortalama	4.50	4.45	0.068
	Standart Sapma	0.77	0.65	
	Medyan	5.00	4.60	
	Minimum	1.00	1.60	
	Maksimum	5.00	5.00	
Toplam Puan	Ortalama	4.28	4.14	0.029
	Standart Sapma	0.57	0.60	
	Medyan	4.43	4.24	
	Minimum	2.76	2.67	
	Maksimum	5.00	5.00	

Tiroid hastalığı durumuna göre TAÖ-20, KHÖY ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları karşılaştırmasında istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunamamıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 13).

**Tablo 13. Kronik Tiroid Patolojileri Durumuna Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması**

		Kronik Tiroid Patolojileri		p değeri
		Yok (n=242)	Var (n=82)	
TAÖ-20 Toplam Puan	Ortalama	48.53	47.95	0.899
	Standart Sapma	12.44	11.90	
	Medyan	46.00	48.50	
	Maksimum	81.00	73.00	
	Minimum	25.00	26.00	
Kendini Damgalama Puanı	Ortalama	4.17	4.28	0.213
	Standart Sapma	0.80	0.74	
	Medyan	4.43	4.57	
	Minimum	1.43	2.14	
	Maksimum	5.00	5.00	
Damgalamayla Baş etme Puanı	Ortalama	3.91	3.93	0.970
	Standart Sapma	0.94	0.92	
	Medyan	4.20	4.10	
	Minimum	1.00	1.80	
	Maksimum	5.00	5.00	
KHÖY Sağlık Bakım Etkinliği Puanı	Ortalama	4.29	4.27	0.946
	Standart Sapma	0.93	0.95	
	Medyan	4.75	4.88	
	Minimum	1.25	1.00	
	Maksimum	5.00	5.00	
Tedavi Uyumu Puanı	Ortalama	4.46	4.53	0.309
	Standart Sapma	0.73	0.66	
	Medyan	4.80	5.00	
	Minimum	1.00	2.60	
	Maksimum	5.00	5.00	
Toplam Puan	Ortalama	4.20	4.25	0.464
	Standart Sapma	0.59	0.58	
	Medyan	4.29	4.40	
	Minimum	2.67	2.86	
	Maksimum	5.00	5.00	

Kronik havayolu hastalığı durumuna göre TAÖ-20, KHÖY toplam puan ve alt boyut puanları karşılaştırmasında istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunamamıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 14).

**Tablo 14. Kronik Havayolu Hastalığı Durumuna Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması**

		Kronik havayolu		p değeri
		Yok (n=257)	Var (n=67)	
TAÖ-20 Toplam Puan	Ortalama	48.36	48.46	0.842
	Standart Sapma	12.57	11.24	
	Medyan	46.00	47.00	
	Maksimum	81.00	78.00	
	Minimum	25.00	29.00	
Kendini Damgalama Puanı	Ortalama	4.20	4.17	0.868
	Standart Sapma	0.78	0.82	
	Medyan	4.43	4.43	
	Minimum	1.43	1.57	
	Maksimum	5.00	5.00	
Damgalamayla Baş etme Puanı	Ortalama	3.96	3.76	0.118
	Standart Sapma	0.93	0.95	
	Medyan	4.20	3.80	
	Minimum	1.00	1.60	
	Maksimum	5.00	5.00	
KHÖY Sağlık Bakım Etkinliği Puanı	Ortalama	4.30	4.22	0.293
	Standart Sapma	0.95	0.90	
	Medyan	4.75	4.50	
	Minimum	1.00	1.50	
	Maksimum	5.00	5.00	
Tedavi Uyumu Puanı	Ortalama	4.48	4.45	0.741
	Standart Sapma	0.71	0.72	
	Medyan	4.80	4.80	
	Minimum	1.00	1.60	
	Maksimum	5.00	5.00	
Toplam Puan	Ortalama	4.23	4.15	0.283
	Standart Sapma	0.59	0.58	
	Medyan	4.33	4.24	
	Minimum	2.76	2.67	
	Maksimum	5.00	5.00	

Kronik kalp hastalığı durumuna göre TAÖ-20, KHÖY ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları karşılaştırmasında KHÖY-KD ve KHÖY-SBE puanında istatistiksel olarak anlamlılık vardır ( $p<0.05$ ). Kronik kalp hastalığı olmayanlarda puanlar daha yüksektir (Tablo 15).

**Tablo 15. Kronik Kalp Hastalığı Durumuna Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması**

		Kronik Kalp Hastalığı		p değeri
		Yok (n=244)	Var (n=60)	
TAÖ-20 Toplam Puan	Ortalama	48.17	49.33	0.515
	Standart Sapma	12.18	12.86	
	Medyan	46.00	47.50	
	Maksimum	81.00	79.00	
	Minimum	26.00	25.00	
Kendini Damgalama Puanı	Ortalama	4.24	3.98	0.014
	Standart Sapma	0.77	0.83	
	Medyan	4.43	4.14	
	Minimum	1.43	1.71	
	Maksimum	5.00	5.00	
Damgalamayla Baş etme Puanı	Ortalama	3.93	3.87	0.556
	Standart Sapma	0.94	0.90	
	Medyan	4.20	3.90	
	Minimum	1.40	1.00	
	Maksimum	5.00	5.00	
KHÖY Sağlık Bakım Etkinliği Puanı	Ortalama	4.34	4.02	0.041
	Standart Sapma	0.88	1.12	
	Medyan	4.75	4.25	
	Minimum	1.25	1.00	
	Maksimum	5.00	5.00	
Tedavi Uyumu Puanı	Ortalama	4.48	4.47	0.674
	Standart Sapma	0.72	0.67	
	Medyan	4.80	4.70	
	Minimum	1.00	2.60	
	Maksimum	5.00	5.00	
Toplam Puan	Ortalama	4.24	4.08	0.059
	Standart Sapma	0.58	0.62	
	Medyan	4.38	4.14	
	Minimum	2.67	2.76	
	Maksimum	5.00	5.00	

Kronik böbrek hastalığı durumuna göre TAÖ-20, KHÖY ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları karşılaştırmasında istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunamamıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 16).

**Tablo 16. Kronik Böbrek Hastalığı Durumuna Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması**

		Kronik Böbrek Hastalığı		p değeri	
		Yok (n=306)	Var (n=18)		
<b>TAÖ-20</b>	<b>Toplam Puan</b>	<b>Ortalama</b>	48.24	50.78	0.227
		<b>Standart Sapma</b>	12.45	9.20	
		<b>Medyan</b>	46.00	51.00	
		<b>Maksimum</b>	81.00	67.00	
		<b>Minimum</b>	25.00	36.00	
<b>Kendini Damgalama Puanı</b>		<b>Ortalama</b>	4.21	3.87	0.101
		<b>Standart Sapma</b>	0.77	0.96	
		<b>Medyan</b>	4.43	3.93	
		<b>Minimum</b>	1.43	1.71	
		<b>Maksimum</b>	5.00	5.00	
<b>Damgalamayla Baş etme Puanı</b>		<b>Ortalama</b>	3.94	3.62	0.174
		<b>Standart Sapma</b>	0.93	1.04	
		<b>Medyan</b>	4.20	3.50	
		<b>Minimum</b>	1.00	1.40	
		<b>Maksimum</b>	5.00	5.00	
<b>KHÖY</b>	<b>Sağlık Bakım Etkinliği Puanı</b>	<b>Ortalama</b>	4.30	3.92	0.325
		<b>Standart Sapma</b>	0.91	1.28	
		<b>Medyan</b>	4.75	4.38	
		<b>Minimum</b>	1.00	1.50	
		<b>Maksimum</b>	5.00	5.00	
<b>Tedavi Uyumu Puanı</b>		<b>Ortalama</b>	4.48	4.46	0.974
		<b>Standart Sapma</b>	0.71	0.77	
		<b>Medyan</b>	4.80	4.80	
		<b>Minimum</b>	1.00	2.60	
		<b>Maksimum</b>	5.00	5.00	
<b>Toplam Puan</b>		<b>Ortalama</b>	4.23	3.96	0.076
		<b>Standart Sapma</b>	0.58	0.63	
		<b>Medyan</b>	4.38	3.76	
		<b>Minimum</b>	2.67	3.14	
		<b>Maksimum</b>	5.00	5.00	

Kronik karaciğer hastalığı durumuna göre TAÖ-20, KHÖY ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları karşılaştırmasında KHÖY-SBE puanında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p<0.05$ ). Kronik karaciğer hastalığı olmayanlarda puanlar daha yüksektir (Tablo 17).

**Tablo 17. Kronik Karaciğer Hastalığı Durumuna Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması**

		Kronik Karaciğer Var		p değeri
		Yok (n=306)	(n=18)	
TAÖ-20 Toplam Puan	Ortalama	48.37	48.67	0.986
	Standart Sapma	12.25	13.44	
	Medyan	46.00	46.00	
	Maksimum	81.00	71.00	
	Minimum	25.00	27.00	
Kendini Damgalama Puanı	Ortalama	4.20	4.14	0.604
	Standart Sapma	0.79	0.77	
	Medyan	4.43	4.14	
	Minimum	1.43	2.14	
	Maksimum	5.00	5.00	
Damgalamayla Baş etme Puanı	Ortalama	3.93	3.71	0.352
	Standart Sapma	0.93	1.01	
	Medyan	4.20	3.50	
	Minimum	1.00	1.80	
	Maksimum	5.00	5.00	
KHÖY Sağlık Bakım Etkinliği Puanı	Ortalama	4.30	3.89	0.033
	Standart Sapma	0.93	1.03	
	Medyan	4.75	4.00	
	Minimum	1.00	1.75	
	Maksimum	5.00	5.00	
Tedavi Uyumu Puanı	Ortalama	4.47	4.59	0.338
	Standart Sapma	0.72	0.62	
	Medyan	4.80	5.00	
	Minimum	1.00	3.00	
	Maksimum	5.00	5.00	
Toplam Puan	Ortalama	4.22	4.10	0.298
	Standart Sapma	0.59	0.55	
	Medyan	4.36	4.05	
	Minimum	2.67	3.14	
	Maksimum	5.00	5.00	

Kas iskelet sistemi hastalığı durumuna göre TAÖ-20, KHÖY ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları karşılaştırmasında KHÖY-DBE puanı ve KHÖY ölçeği toplam puanı istatistiksel açıdan farklı görülmektedir ( $p<0.05$ ). Kas iskelet sistemi hastalığı olmayanlarda puanlar daha yüksektir (Tablo 18).

**Tablo 18. Kas-İskelet Sistemi Hastalığı Durumuna Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması**

		Kas-İskelet Sistemi		p değeri
		Yok (n=302)	Var (n=28)	
TAÖ-20 Toplam Puan	Ortalama	48.11	52.09	0.161
	Standart Sapma	12.30	11.79	
	Medyan	46.00	49.50	
	Maksimum	81.00	68.00	
	Minimum	25.00	34.00	
Kendini Damgalama Puanı	Ortalama	4.21	4.04	0.085
	Standart Sapma	0.79	0.66	
	Medyan	4.43	4.14	
	Minimum	1.43	2.14	
	Maksimum	5.00	4.86	
Damgalamayla Baş etme Puanı	Ortalama	3.95	3.55	0.041
	Standart Sapma	0.93	0.93	
	Medyan	4.20	3.40	
	Minimum	1.00	1.40	
	Maksimum	5.00	5.00	
KHÖY Sağlık Bakım Etkinliği Puanı	Ortalama	4.31	3.91	0.059
	Standart Sapma	0.91	1.16	
	Medyan	4.75	4.38	
	Minimum	1.00	1.25	
	Maksimum	5.00	5.00	
Tedavi Uyumu Puanı	Ortalama	4.48	4.35	0.858
	Standart Sapma	0.70	0.82	
	Medyan	4.80	5.00	
	Minimum	1.00	2.80	
	Maksimum	5.00	5.00	
Toplam Puan	Ortalama	4.23	3.97	0.024
	Standart Sapma	0.59	0.52	
	Medyan	4.38	4.07	
	Minimum	2.67	3.14	
	Maksimum	5.00	4.71	

Tümör durumuna göre TAÖ-20, KHÖY ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları karşılaştırmasında ölçeklerde istatistiksel açıdan bir anlamlılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 19).

**Tablo 19. Tümör Varlığı Durumuna Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması**

		Tümör Varlığı		p değeri
		Yok (n=3059)	Var (n=19)	
TAÖ-20 Toplam Puan	Ortalama	48.26	52.78	0.222
	Standart Sapma	12.33	10.77	
	Medyan	46.00	54.00	
	Maksimum	81.00	70.00	
	Minimum	25.00	40.00	
Kendini Damgalama Puanı	Ortalama	4.20	4.13	0.872
	Standart Sapma	0.78	0.85	
	Medyan	4.43	4.43	
	Minimum	1.43	2.71	
	Maksimum	5.00	5.00	
Damgalamayla Baş etme Puanı	Ortalama	3.93	3.58	0.322
	Standart Sapma	0.93	1.12	
	Medyan	4.20	3.80	
	Minimum	1.00	1.80	
	Maksimum	5.00	5.00	
KHÖY Sağlık Bakım Etkinliği Puanı	Ortalama	4.28	4.47	0.777
	Standart Sapma	0.94	0.79	
	Medyan	4.75	4.75	
	Minimum	1.00	3.00	
	Maksimum	5.00	5.00	
Tedavi Uyumu Puanı	Ortalama	4.47	4.64	0.262
	Standart Sapma	0.71	0.73	
	Medyan	4.80	5.00	
	Minimum	1.00	2.80	
	Maksimum	5.00	5.00	
Toplam Puan	Ortalama	4.21	4.19	0.996
	Standart Sapma	0.58	0.67	
	Medyan	4.33	4.29	
	Minimum	2.67	3.19	
	Maksimum	5.00	4.90	

Dislipidemi durumuna göre TAÖ-20, KHÖY ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları karşılaştırmasında istatistiksel açıdan bir anlamlılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 20).

**Tablo 20. Dislipidemi Durumuna Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması**

		Dislipidemi		p değeri
		Yok (n=289)	Var (n=35)	
TAÖ-20 Toplam Puan	Ortalama	48.14	50.37	0.273
	Standart Sapma	12.35	11.76	
	Medyan	46.00	49.00	
	Maksimum	81.00	78.00	
	Minimum	25.00	30.00	
Kendini Damgalama Puanı	Ortalama	4.23	3.95	0.132
	Standart Sapma	0.76	0.97	
	Medyan	4.43	4.43	
	Minimum	1.43	1.57	
	Maksimum	5.00	5.00	
Damgalamayla Baş etme Puanı	Ortalama	3.95	3.69	0.073
	Standart Sapma	0.94	0.88	
	Medyan	4.20	3.80	
	Minimum	1.00	1.40	
	Maksimum	5.00	5.00	
KHÖY Sağlık Bakım Etkinliği Puanı	Ortalama	4.31	4.04	0.469
	Standart Sapma	0.89	1.27	
	Medyan	4.75	4.75	
	Minimum	1.00	1.25	
	Maksimum	5.00	5.00	
Tedavi Uyumu Puanı	Ortalama	4.48	4.44	0.763
	Standart Sapma	0.71	0.70	
	Medyan	4.80	4.80	
	Minimum	1.00	2.60	
	Maksimum	5.00	5.00	
Toplam Puan	Ortalama	4.24	4.02	0.055
	Standart Sapma	0.58	0.63	
	Medyan	4.38	4.10	
	Minimum	2.67	2.81	
	Maksimum	5.00	4.95	

Kronik mide ve bağırsak hastalıkları durumuna göre TAÖ-20, KHÖY ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları karşılaştırmasında istatistiksel açıdan bir anlamlılık görülmemektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 21).

**Tablo 21. Kronik Mide ve Bağırsak Hastalıkları Durumuna Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması**

		Kronik Mide ve Bağırsak Hastalıkları		p değeri	
		Yok (n=312)	Var (n=12)		
TAÖ-20 Toplam Puan	Ortalama	48.33	49.75	0.732	
	Standart Sapma	12.27	13.25		
	Medyan	46.00	48.50		
	Maksimum	81.00	66.00		
	Minimum	25.00	29.00		
Kendini Damgalama Puanı	Ortalama	4.20	4.14	0.617	
	Standart Sapma	0.79	0.77		
	Medyan	4.43	4.29		
	Minimum	1.43	2.14		
	Maksimum	5.00	5.00		
Damgalamayla Baş etme Puanı	Ortalama	3.92	3.87	0.812	
	Standart Sapma	0.93	0.92		
	Medyan	4.20	4.00		
	Minimum	1.00	2.20		
	Maksimum	5.00	5.00		
KHÖY	Sağlık Bakım Etkinliği Puanı	Ortalama	4.27	4.52	0.727
		Standart Sapma	0.95	0.57	
		Medyan	4.75	4.75	
		Minimum	1.00	3.50	
		Maksimum	5.00	5.00	
Tedavi Uyumu Puanı	Ortalama	4.47	4.62	0.594	
	Standart Sapma	0.72	0.54		
	Medyan	4.80	4.90		
	Minimum	1.00	3.40		
	Maksimum	5.00	5.00		
Toplam Puan	Ortalama	4.21	4.26	0.964	
	Standart Sapma	0.59	0.42		
	Medyan	4.33	4.21		
	Minimum	2.67	3.43		
	Maksimum	5.00	5.00		

Çalışmamızda psikiyatrik, nörolojik ve obezite gibi kronik hastalık durumları istatistiksel olarak sayı az olduğundan “diğer” adıyla bir grupta birleştirilmiştir. Diğer hastalık durumuna göre TAÖ-20, KHÖY ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları karşılaştırmasında KHÖY-SBE puanı dışındakilerde istatistiksel olarak anlamlılık bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). TAÖ-20 toplam puanında hastalığı olmayanlar daha düşük puana sahip iken diğerlerinde hastalığı olmayanların puanları daha yüksektir (Tablo 22).

**Tablo 22. Diğer Kronik Hastalık Durumuna Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması**

		Diğer Kronik Hastalık		p değeri
		Yok (n=281)	Var (n=43)	
TAÖ-20 Toplam Puan	Ortalama	47.73	52.63	<b>0.028</b>
	Standart Sapma	12.02	13.34	
	Medyan	46.00	53.00	
	Maksimum	81.00	77.00	
	Minimum	25.00	32.00	
Kendini Damgalama Puanı	Ortalama	4.25	3.87	<b>0.001</b>
	Standart Sapma	0.77	0.83	
	Medyan	4.43	4.14	
	Minimum	1.57	1.43	
	Maksimum	5.00	5.00	
Damgalamayla Baş etme Puanı	Ortalama	3.97	3.61	<b>0.026</b>
	Standart Sapma	0.91	1.01	
	Medyan	4.20	3.40	
	Minimum	1.00	1.40	
	Maksimum	5.00	5.00	
KHÖY Sağlık Bakım Etkinliği Puanı	Ortalama	4.32	4.02	0.054
	Standart Sapma	0.91	1.09	
	Medyan	4.75	4.50	
	Minimum	1.25	1.00	
	Maksimum	5.00	5.00	
Tedavi Uyumu Puanı	Ortalama	4.51	4.26	<b>0.034</b>
	Standart Sapma	0.69	0.80	
	Medyan	4.80	4.60	
	Minimum	1.00	2.60	
	Maksimum	5.00	5.00	
Toplam Puan	Ortalama	4.26	3.93	<b>0.001</b>
	Standart Sapma	0.57	0.59	
	Medyan	4.38	4.00	
	Minimum	2.67	2.76	
	Maksimum	5.00	4.90	

Toplam kronik hastalık sayısına göre TAÖ-20, KHÖY ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları karşılaştırmasında tüm ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). İkili karşılaştırmalar incelendiğinde TAÖ-20 toplam puanında 1 adet ile 4 ve üzeri adet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p<0.05$ ). KHÖY-KD puanında 1 adet ile 2, 3 ve 4 ve üzeri adet arasında anlamlı fark vardır ( $p<0.05$ ). KHÖY-DBE puanında 1 adet ile 2 adet ve 1 adet ile 4 ve üzeri arasında anlamlı fark vardır ( $p<0.05$ ). KHÖY-SBE puanında 1 adet ile 4 ve üzeri adet ve 2 adet ile 4 ve üzeri adet arasında anlamlı fark vardır ( $p<0.05$ ). KHÖY-TU puanında 1 adet ile 2 adet arasında anlamlı fark vardır ( $p<0.05$ ). KHÖY yönetim ölçeği toplam puanında 1 adet ile 2 adet, 1 adet ile 3 adet ve 1 adet ile 4 ve üzeri adet arasında anlamlı fark vardır ( $p<0.05$ ) (Tablo 23).

**Tablo 23. Toplam Kronik Hastalık Sayısına Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması**

		Toplam Kronik Hastalık Sayısı				p değeri
		1 adet (n=127)	2 adet (n=73)	3 adet (n=81)	4 ve üzeri (n=43)	
TAÖ-20 Toplam Puan	Ortalama	46.12	49.10	48.17	54.26	<b>0.003</b>
	Standart Sapma	10.97	12.86	12.84	12.34	
	Medyan	45.00	47.00	47.00	53.00	
	Maksimum	78.00	81.00	79.00	77.00	
	Minimum	26.00	29.00	25.00	29.00	
Kendini Damgalama Puanı	Ortalama	4.42	4.14	4.10	3.80	<b>&lt;0.001</b>
	Standart Sapma	0.67	0.80	0.80	0.86	
	Medyan	4.71	4.29	4.29	3.86	
	Minimum	1.43	1.71	1.57	1.71	
	Maksimum	5.00	5.00	5.00	5.00	
Damgalamayla Baş etme Puanı	Ortalama	4.11	3.79	3.92	3.55	<b>0.002</b>
	Standart Sapma	0.94	0.90	0.86	0.99	
	Medyan	4.20	3.80	4.00	3.60	
	Minimum	1.40	2.00	1.00	1.40	
	Maksimum	5.00	5.00	5.00	5.00	
KHÖY Sağlık Bakım Etkinliği Puanı	Ortalama	4.46	4.39	4.23	3.67	<b>&lt;0.001</b>
	Standart Sapma	0.77	0.89	0.88	1.27	
	Medyan	5.00	5.00	4.50	4.00	
	Minimum	1.25	2.00	1.50	1.00	
	Maksimum	5.00	5.00	5.00	5.00	
Tedavi Uyumu Puanı	Ortalama	4.59	4.33	4.45	4.42	<b>0.004</b>
	Standart Sapma	0.73	0.75	0.63	0.69	
	Medyan	5.00	4.60	4.60	4.60	
	Minimum	1.00	1.60	2.60	2.60	
	Maksimum	5.00	5.00	5.00	5.00	
Toplam Puan	Ortalama	4.40	4.15	4.17	3.86	<b>&lt;0.001</b>
	Standart Sapma	0.54	0.60	0.55	0.57	
	Medyan	4.52	4.33	4.19	3.95	
	Minimum	2.76	2.67	2.81	2.76	
	Maksimum	5.00	5.00	5.00	4.90	

Kronik hastalığına yönelik olarak düzenli kontrol durumuna göre TAÖ-20, KHÖY ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları karşılaştırmasında tüm ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). İkili karşılaştırmalar incelendiğinde TAÖ-20 toplam puanında ara ara gidiyorum ile düzenli giderim arasında anlamlı fark vardır ( $p<0.05$ ). KHÖY-KD puanında hiç gitmedim ile düzenli giderim ve ara ara gidiyorum ile düzenli giderim arasında anlamlı fark vardır ( $p<0.05$ ). KHÖY-DBE puanında hiç gitmedim ile düzenli giderim ve hiç gitmedim ile sık sık gidiyorum arasında anlamlı fark vardır ( $p<0.05$ ). KHÖY-SBE puanında hiç gitmedim ile düzenli giderim arasında anlamlı fark vardır ( $p<0.05$ ). KHÖY-TU puanında hiç gitmedim ile düzenli giderim, ara ara gidiyorum ile düzenli giderim, ara ara gidiyorum ile sık sık gidiyorum arasında anlamlı fark vardır ( $p<0.05$ ). KHÖY ölçeği toplam puanında hiç gitmedim ile düzenli giderim, ara ara gidiyorum ile düzenli giderim ve hiç gitmedim ile sık sık gidiyorum cevapları arasında anlamlı fark vardır ( $p<0.05$ ) (Tablo 24).

**Tablo 24. Kronik Hastalığa Yönelik Olarak Düzenli Kontrol Durumuna Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması**

		Kronik hastalığınıza yönelik olarak düzenli kontrollerinize gider misiniz?				P değeri
		Hiç gitmedim (n=34)	Ara ara gidiyorum (n=65)	Sık sık gidiyorum (n=35)	Düzenli giderim (n=190)	
TAÖ-20 Toplam Puan	Ortalama	48.53	52.49	46.20	47.35	<b>0.028</b>
	Standart Sapma	11.76	12.66	11.78	12.13	
	Medyan	48.00	50.00	43.00	46.00	
	Maksimum	74.00	81.00	74.00	79.00	
	Minimum	29.00	32.00	27.00	25.00	
Kendini Damgalama Puanı	Ortalama	4.04	3.96	4.18	4.31	<b>0.001</b>
	Standart Sapma	0.52	0.90	0.81	0.76	
	Medyan	4.14	4.29	4.43	4.57	
	Minimum	2.71	1.57	1.43	1.57	
	Maksimum	4.86	5.00	5.00	5.00	
Damgalama yla Baş etme Puanı	Ortalama	3.38	3.85	3.97	4.03	<b>0.006</b>
	Standart Sapma	1.04	0.91	1.10	0.86	
	Medyan	3.40	3.80	4.40	4.20	
	Minimum	1.00	2.00	1.80	1.40	
	Maksimum	5.00	5.00	5.00	5.00	
KHÖY Sağlık Bakım Etkinliği Puanı	Ortalama	3.88	4.04	4.25	4.44	<b>0.010</b>
	Standart Sapma	1.08	1.09	0.98	0.81	
	Medyan	4.13	4.50	5.00	5.00	
	Minimum	2.00	1.00	2.50	1.25	
	Maksimum	5.00	5.00	5.00	5.00	
Tedavi Uyumu Puanı	Ortalama	4.20	4.23	4.55	4.59	<b>&lt;0.001</b>
	Standart Sapma	0.83	0.77	0.69	0.64	
	Medyan	4.60	4.40	5.00	5.00	
	Minimum	1.60	1.60	2.80	1.00	
	Maksimum	5.00	5.00	5.00	5.00	
Toplam Puan	Ortalama	3.89	4.02	4.23	4.33	<b>&lt;0.001</b>
	Standart Sapma	0.51	0.64	0.61	0.54	
	Medyan	3.95	4.10	4.38	4.48	
	Minimum	2.90	2.67	3.14	2.76	
	Maksimum	4.81	5.00	5.00	5.00	

Kronik hastalığınıza yönelik olarak eğitim alma isteği durumuna göre TAÖ-20, KHÖY ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları karşılaştırmasında KHÖY-SBE puanında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). Eğitim alma isteği olanlarda puanlar daha yüksektir (Tablo 25).

**Tablo 25. Kronik Hastalığın Yönetimine Yönelik Olarak Eğitim Alma İsteği Durumuna Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması**

		Kronik hastalığınızın yönetimi ile ilgili herhangi bir eğitim alma isteğiniz oldu mu?		p değeri	
		Hayır (n=254)	Evet (n=73)		
<b>TAÖ-20</b>	<b>Toplam Puan</b>	Ortalama	48.90	46.60	0.136
		Standart Sapma	12.20	12.53	
		Medyan	47.00	44.00	
		Maksimum	81.00	79.00	
		Minimum	26.00	25.00	
<b>Kendini Damgalama Puanı</b>		Ortalama	4.21	4.14	0.774
		Standart Sapma	0.76	0.88	
		Medyan	4.43	4.43	
		Minimum	1.57	1.43	
		Maksimum	5.00	5.00	
<b>Damgalamayla Baş etme Puanı</b>		Ortalama	3.90	3.99	0.695
		Standart Sapma	0.97	0.80	
		Medyan	4.00	4.20	
		Minimum	1.00	2.20	
		Maksimum	5.00	5.00	
<b>KHÖY</b>	<b>Sağlık Bakım Etkinliği Puanı</b>	Ortalama	4.23	4.47	<b>0.038</b>
		Standart Sapma	0.97	0.78	
		Medyan	4.75	5.00	
		Minimum	1.00	2.00	
		Maksimum	5.00	5.00	
	<b>Tedavi Uyumu Puanı</b>	Ortalama	4.45	4.57	0.170
		Standart Sapma	0.73	0.62	
		Medyan	4.80	5.00	
		Minimum	1.00	2.80	
		Maksimum	5.00	5.00	
	<b>Toplam Puan</b>	Ortalama	4.20	4.27	0.345
		Standart Sapma	0.59	0.57	
		Medyan	4.29	4.43	
		Minimum	2.67	2.76	
		Maksimum	5.00	5.00	

Kronik hastalığınıza yönelik olarak eğitim alma girişimi durumuna göre TAÖ-20, KHÖY ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları karşılaştırmasında KHÖY-SBE puanı istatistiksel açıdan anlamlı görülmektedir ( $p<0.05$ ). Eğitim alma girişimi olanlarda puanlar daha yüksektir (Tablo 26).

**Tablo 26. Kronik Hastalığın Yönetimine Yönelik Olarak Eğitim Alma Girişimi Durumuna Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması**

		Kronik hastalığınızın yönetimi ile ilgili herhangi bir eğitim alma girişiminiz oldu mu?		p değeri	
		Hayır (n=264)	Evet (n=60)		
TAÖ-20	Toplam Puan	Ortalama	48,89	46,13	0.096
		Standart Sapma	12,22	12,46	
		Medyan	47,00	44,00	
		Maksimum	81,00	79,00	
		Minimum	26,00	25,00	
KHÖY	Kendini Damgalama Puanı	Ortalama	4,21	4,15	0.851
		Standart Sapma	0,77	0,87	
		Medyan	4,43	4,36	
		Minimum	1,57	1,43	
		Maksimum	5,00	5,00	
KHÖY	Damgalamayla Baş etme Puanı	Ortalama	3,89	4,06	0.356
		Standart Sapma	0,97	0,75	
		Medyan	4,00	4,20	
		Minimum	1,00	2,20	
		Maksimum	5,00	5,00	
KHÖY	Sağlık Bakım Etkinliği Puanı	Ortalama	4,23	4,50	0.032
		Standart Sapma	0,97	0,75	
		Medyan	4,75	5,00	
		Minimum	1,00	2,00	
		Maksimum	5,00	5,00	
KHÖY	Tedavi Uyumu Puanı	Ortalama	4,46	4,54	0.498
		Standart Sapma	0,73	0,63	
		Medyan	4,80	4,90	
		Minimum	1,00	2,80	
		Maksimum	5,00	5,00	
KHÖY	Toplam Puan	Ortalama	4,19	4,29	0.259
		Standart Sapma	0,59	0,56	
		Medyan	4,29	4,45	
		Minimum	2,67	2,76	
		Maksimum	5,00	5,00	

Kronik hastalığınıza yönelik olarak eğitim alma durumuna göre TAÖ-20, KHÖY ölçeği toplam puan ve alt boyut puanları karşılaştırmasında istatistiksel açıdan bir anlamlılık tespit edilmemiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 27).

**Tablo 27. Kronik Hastalığın Yönetimine Yönelik Olarak Eğitim Alma Durumuna Göre TAÖ-20, KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Karşılaştırması**

		Kronik hastalığınızın yönetimi ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?		p değeri
		Hayır (n=276)	Evet (n=48)	
TAÖ-20 Toplam Puan	Ortalama	48.68	46.69	0.212
	Standart Sapma	12.19	12.85	
	Medyan	47.00	43.50	
	Maksimum	81.00	79.00	
	Minimum	26.00	25.00	
Kendini Damgalama Puanı	Ortalama	4.22	4.06	0.359
	Standart Sapma	0.76	0.93	
	Medyan	4.43	4.14	
	Minimum	1.57	1.43	
	Maksimum	5.00	5.00	
Damgalamayla Baş etme Puanı	Ortalama	3.90	4.05	0.449
	Standart Sapma	0.96	0.79	
	Medyan	4.00	4.20	
	Minimum	1.00	2.20	
	Maksimum	5.00	5.00	
KHÖY Sağlık Bakım Etkinliği Puanı	Ortalama	4.24	4.51	0.132
	Standart Sapma	0.97	0.68	
	Medyan	4.75	5.00	
	Minimum	1.00	2.25	
	Maksimum	5.00	5.00	
Tedavi Uyumu Puanı	Ortalama	4.48	4.45	0.497
	Standart Sapma	0.72	0.66	
	Medyan	4.80	4.60	
	Minimum	1.00	2.80	
	Maksimum	5.00	5.00	
Toplam Puan	Ortalama	4.21	4.24	0.708
	Standart Sapma	0.59	0.59	
	Medyan	4.33	4.36	
	Minimum	2.67	2.76	
	Maksimum	5.00	5.00	

TAÖ-20 (düşük/orta/yüksek) ile demografik değişkenlerin karşılaştırılmasında yaş, cinsiyet eğitim düzeyi, meslek ve gelir düzeyi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Yaş değişkeninde <45 ve >65 yaşta yüksek aleksitimi oranı daha düşük iken 45-65 yaş aralığında daha yüksektir. Cinsiyete göre yüksek aleksitimi erkeklerde daha düşüktür. Eğitim düzeyinde ilköğretim/ortaokul mezunu olanlarda oranlar daha yüksektir. Mesleklerde ev hanımında oranlar daha yüksektir. Gelir düzeyinde asgari ücret olanlarda oranlar daha yüksektir (Tablo 28).

**Tablo 28. TAÖ-20 (Düşük/Orta/Yüksek) ile Demografik Değişkenlerin Karşılaştırılması**

		TAÖ-20 (düşük/orta/yüksek)						p
		Düşük aleksitimi		Orta aleksitimi		Yüksek aleksitimi		
		n	%	n	%	n	%	
Yaş	<45	62	29.8	14	26.4	5	7.9	<b>0.003</b>
	45-65	109	52.4	29	54.7	50	79.4	
	>65	37	17.8	10	18.9	8	12.7	
Cinsiyet	Kadın	127	61.1	40	75.5	53	84.1	<b>0.001</b>
	Erkek	81	38.9	13	24.5	10	15.9	
Eğitim düzeyi	Okur yazar	7	3.4	2	3.8	1	1.6	<b>&lt;0.001</b>
	Okur yazar değil	11	5.3	5	9.4	11	17.5	
	İlköğretim/ortaokul mezunu	119	57.2	33	62.3	49	77.8	
	Lise mezunu	40	19.2	8	15.1	1	1.6	
	Lisans ve üzeri	31	14.9	5	9.4	1	1.6	
Medeni durum	Evli	161	77.4	43	81.1	53	84.1	0.078
	Bekar	30	14.4	8	15.1	2	3.2	
	Boşanmış/eşi vefat etmiş	17	8.2	2	3.8	8	12.7	
Meslek	Ev hanımı	80	38.5	30	56.6	49	77.8	<b>&lt;0.001</b>
	Emekli	45	21.6	10	18.9	7	11.1	
	Serbest meslek	50	24	8	15.1	7	11.1	
	Diğer	33	15.9	5	9.4	0	0	
Gelir düzeyi	Asgari ücretin altı	68	32.7	17	32.1	25	39.7	<b>0.021</b>
	Asgari ücret	76	36.5	25	47.2	31	49.2	
	Asgari ücret 2-katı	49	23.6	11	20.8	5	7.9	
	Asgari ücret 2-3 katı	7	3.4	0	0.0	1	1.6	
	Asgari ücret 3 katından fazla	8	3.8	0	0.0	1	1.6	

TAÖ-20 (düşük/orta/yüksek) ile kronik hastalıkların karşılaştırılmasında diyabeti, kas iskelet ve diğer hastalıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). DM olanlarda yüksek aleksitimi oranı daha yüksektir. Kas iskelet sistemi hastalığı olanlarda aleksitimi oranı daha yüksektir (Tablo 29).

**Tablo 29. TAÖ-20 (Düşük/Orta/Yüksek) ile Kronik Hastalıkların Karşılaştırılması**

		TAÖ-20 (Düşük/Orta/Yüksek)						p değeri
		Düşük aleksitimi		Orta aleksitimi		Yüksek aleksitimi		
		n	%	n	%	n	%	
<b>Diyabet</b>	<b>Yok</b>	101	48.56	17	32.08	17	26.98	<b>0.003</b>
	<b>Var</b>	107	51.44	36	67.92	46	73.02	
<b>Hipertansiyon</b>	<b>Yok</b>	112	53.85	23	43.4	28	44.44	0.232
	<b>Var</b>	96	46.15	30	56.6	35	55.56	
<b>Tiroid</b>	<b>Yok</b>	156	75	37	69.81	49	77.78	0.608
	<b>Var</b>	52	25	16	30.19	14	22.22	
<b>Kronik Havayolu Hastalıkları</b>	<b>Yok</b>	161	77.4	44	83.02	52	82.54	0.521
	<b>Var</b>	47	22.6	9	16.98	11	17.46	
<b>Kronik Kalp Hastalıkları</b>	<b>Yok</b>	170	81.73	44	83.02	50	79.37	0.890
	<b>Var</b>	38	18.27	9	16.98	13	20.63	
<b>Kronik Böbrek Hastalıkları</b>	<b>Yok</b>	199	95.67	47	88.68	60	95.24	0.133
	<b>Var</b>	9	4.33	6	11.32	3	4.76	
<b>Kronik Karaciğer Hastalıkları</b>	<b>Yok</b>	198	95.19	49	92.45	59	93.65	0.705
	<b>Var</b>	10	4.81	4	7.55	4	6.35	
<b>Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları</b>	<b>Yok</b>	197	94.71	51	96.23	54	85.71	<b>0.029</b>
	<b>Var</b>	11	5.29	2	3.77	9	14.29	
<b>Tümör</b>	<b>Yok</b>	205	98.56	49	92.45	61	96.83	0.053
	<b>Var</b>	3	1.44	4	7.55	2	3.17	
<b>Dislipidemi</b>	<b>Yok</b>	187	89.9	45	84.91	57	90.48	0.541
	<b>Var</b>	21	10.1	8	15.09	6	9.52	
<b>Kronik Mide ve Bağırsak Hastalıkları</b>	<b>Yok</b>	202	97.12	51	96.23	59	93.65	0.443
	<b>Var</b>	6	2.88	2	3.77	4	6.35	
<b>Diğer</b>	<b>Yok</b>	187	89.9	46	86.79	48	76.19	<b>0.019</b>
	<b>Var</b>	21	10.1	7	13.21	15	23.81	

TAÖ-20 toplam puanı ile KHÖY ölçeği toplam puan ve alt boyut puanlarının arasındaki korelasyon analizi sonuçlarına göre orta seviyede istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde korelasyon vardır ( $p<0.05$ ). Toronto aleksitimi ölçeği toplam puanı ile diğer ölçeklerin korelasyon katsayıları sırasıyla -0.444, -0.402, -0.334, -0.303 ve -0.539 dur (Tablo 30).

**Tablo 30. TAÖ-20 Toplam Puanı ile KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Korelasyon Analizi**

	<i>r</i> (Korelasyon katsayısı)	<i>p</i> değeri
<b>KHÖY-KD Puanı</b> (Kendini Damgalama)	-0.444	<0.001
<b>KHÖY-DBE Puanı</b> (Damgalamayla Baş Etme)	-0.402	<0.001
<b>KHÖY-SBE Puanı</b> (Sağlık Bakım Etkinliği)	-0.334	<0.001
<b>KHÖY-TU Puanı</b> (Tedavi Uyumu)	-0.303	<0.001
<b>KHÖY Ölçeği Toplam Puanı</b>	-0.539	<0.001

TAÖ-20 düşük/orta/yüksek olma durumu ile KHÖY ölçeği toplam puan ve alt boyut puanlarının korelasyon analizi sonuçlarına göre düşük ile orta seviye arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı korelasyon vardır ( $p<0.05$ ). TAÖ-20 (düşük/orta/yüksek) ile diğer ölçeklerin korelasyon katsayıları sırasıyla -0.418, -0.399, -0.279, -0.277 ve -0.497 dir (Tablo 31).

**Tablo 31. TAÖ-20 Düşük/Orta/Yüksek Olma Durumu ile KHÖY Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Korelasyon Analizi**

	<i>r</i> (Korelasyon katsayısı)	<i>p</i> değeri
<b>KHÖY-KD Puanı</b> (Kendini Damgalama)	-0.418	<0.001
<b>KHÖY-DBE Puanı</b> (Damgalamayla Baş Etme)	-0.399	<0.001
<b>KHÖY-SBE Puanı</b> (Sağlık Bakım Etkinliği)	-0.279	<0.001
<b>KHÖY-TU Puanı</b> (Tedavi Uyumu)	-0.277	<0.001
<b>KHÖY Ölçeği Toplam Puanı</b>	-0.497	<0.001

TAÖ-20 (düşük/orta/yüksek) ile toplam kronik hastalık sayısı ve soruların karşılaştırılmasında Toplam kronik hastalık sayısı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Düşük aleksitimi oranı sadece 1 adet kronik hastalığı olanlarda daha fazladır (Tablo 32).

**Tablo 32. TAÖ-20 (Düşük/Orta/Yüksek) ile Toplam Kronik Hastalık Sayısı ve İlgili Soruların Karşılaştırılması**

		TAÖ-20 (Düşük/Orta/Yüksek)						p
		Düşük Aleksitimi		Orta Aleksitimi		Yüksek Aleksitimi		
		n	%	n	%	n	%	
<b>Toplam Kronik Hastalık Sayısı</b>	<b>1 adet</b>	93	44.71	17	32.08	17	26.98	<b>0.023</b>
	<b>2 adet</b>	46	22.12	12	22.64	15	23.81	
	<b>3 adet</b>	51	24.52	14	26.42	16	25.4	
	<b>4 ve üzeri</b>	18	8.65	10	18.87	15	23.81	
<b>Kronik hastalığınıza yönelik olarak düzenli kontrollerinize gider misiniz?</b>	<b>Hiç gitmedim</b>	22	10.58	7	13.21	5	7.94	0.246
	<b>Ara ara gidiyorum</b>	35	16.83	10	18.87	20	31.75	
	<b>Sık sık gidiyorum</b>	25	12.02	4	7.55	6	9.52	
	<b>Düzenli giderim</b>	126	60.58	32	60.38	32	50.79	
<b>Kronik hastalığınızın yönetimi ile ilgili herhangi bir eğitim alma isteğiniz oldu mu?</b>	<b>Hayır</b>	159	76.44	43	81.13	49	77.78	0.765
	<b>Evet</b>	49	23.56	10	18.87	14	22.22	
<b>Kronik hastalığınızın yönetimi ile ilgili herhangi bir eğitim alma girişiminiz oldu mu?</b>	<b>Hayır</b>	167	80.29	44	83.02	53	84.13	0.751
	<b>Evet</b>	41	19.71	9	16.98	10	15.87	
<b>Kronik hastalığınızın yönetimi ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?</b>	<b>Hayır</b>	176	84.62	46	86.79	54	85.71	0.916
	<b>Evet</b>	32	15.38	7	13.21	9	14.29	

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamız en az bir kronik hastalığa sahip 324 katılımcı ile yapılmıştır. Bu kişilere 21 soruluk kronik hastalık öz yönetimi ölçeği ve 20 soruluk Toronto aleksitimi ölçeği yüz yüze görüşme tekniği ile sorulmuş ve verdikleri cevaplar kaydedilmiştir. Kronik hastalık öz yönetim ölçeğinin (KHÖY); kendini damgalama (KD), damgalamayla baş etme (DBE), sağlık bakım etkinliği (SBE) ve tedavi uyumu (TU) şeklindeki 4 alt boyutu toplamda ve ayrı ayrı Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20)'den alınan toplam puanlarla karşılaştırılarak aleksitiminin kronik hastalık öz yönetimi üzerinde olası etkisi değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda aleksitimi ile kronik hastalık öz yönetimi arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

### 5.1 Sosyodemografik Verilerin Tartışılması

Çalışmamızda %67,9 kadın, %32,1 ise erkek olmak üzere 324 katılımcı mevcuttur. Katılımcıların yaş ortalaması  $52.06 \pm 14.14$ 'tür. %75'i 45 yaş ve üzeri idi. Öztürk ve arkadaşları tarafından yapılan KHÖY ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği çalışması ise 244 katılımcı ile yapılmıştır. Bunlardan %42,8'i kadın, %58,2'si erkekti. %34,8'i ise 46 yaş ve üzeriydi (49). Bir aile sağlığı merkezinde 418 kronik hastalığı olanlarla kronik hastalık yönetimi ile ilgili yapılan benzer bir çalışmaya ise %56,7 kadın, %43,3 erkek katılmış ve yaş ortalaması  $62,1 \pm 5,73$  olarak bulunmuştur (7). Çalışmamızdaki kadın erkek oranındaki bu farklılığın kadın hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerine erkeklerden daha sık başvurması ve erkeklerin çalışmaya katılmayı kabul etmemesi nedeniyle olduğu söylenebilir. Yaş ortalamasındaki farklılığın çalışmamızı yaptığımız Esenler e-ASM nüfusunun nispeten daha genç bir nüfusa sahip olması bunun nedeni ile ilişkili olabilir. Ayrıca yaşlı ve komorbidite durumu olan hasta grubunun kronik hastalık takipleri takibini ilgili branş uzmanları ile 2. Ve 3. Basamak hastanelerde yaptırımları ve anadili Türkçe olmayan ve Türkçe hiç bilmeyen hasta grubunun çalışmanın yapıldığı bölgede yüksek olması nedeni ile çalışmaya dahil edilememesi kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda katılımcıların %79,32'i evliydi ve bu %77,5'i evli olan Öztürk ark. yaptığı çalışma ve %81,9'unun evli olduğu Aytap ark. yaptığı çalışma ile benzer bir bulguydu (7,49).

Çalışmamıza katılanların %49,07'si ev hanımı, %19,14'ü ise emekliydi. Aytap ark. yaptığı çalışmada %60,5'inin çalışmadığı tespit edilmiştir (7). Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak asgari ücretin altında geliri olanların oranı %33,95 idi.

## 5.2 Kronik Hastalıklar ile İlgili Değişkenlerin Tartışılması

Kronik hastalığa sahip 324 birey ile yaptığımız çalışmamızda bireylerde görülen kronik hastalıklar sıklığa göre sıralandığında; %58,33 ile DM birinci, %49,69 ile HT ikinci, %25,31 ile tiroid hastalıkları üçüncü, %20,68 ile kronik havayolu hastalıkları dördüncü, %18,52 ile kronik kalp hastalıkları beşinci olarak bulundu. Bunları %10,8 ile dislipidemiler takip etmekteydi. Aytap ve ark. yaptığı çalışmada ilk üç sıra DM, HT ve kronik kalp hastalıkları olarak bulunmuştur. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı kronik hastalıklar arasında da en sık görülenlerle bizim çalışmamız genel olarak uyumludur. Tiroid hastalıklarının Türkiye'de sıklığı göz önüne alındığında çalışmamızdaki oranın literatürle uyumlu olduğu söylenebilir (13).

Toplam kronik hastalık sayısına göre bakıldığında çalışmamızda sadece 1 kronik hastalığa sahip olanlar %39,2, toplam 2 kronik hastalığa sahip olanlar %22,5, toplam 3 ve üzeri kronik hastalığa sahip olanların oranı ise %38,3 idi. 2021 yılında Brezilya'da yaklaşık 77.000 kişiyle yapılan bir çalışmada kronik hastalıkların birlikteliğiyle ilgili şöyle bir bilgiye ulaşılmıştır: Sadece 1 kronik hastalığa sahip olanlar %61, 2 kronik hastalığa sahip olanlar %27,4, 3 ve üzeri kronik hastalığa sahip olanların oranı ise %8,9'dir (54). Ülkemizde çoklu kronik hastalık birlikteliğinin yüksek olması kronik hastalık yönetimini daha önemli kılmaktadır.

Çalışmamızda kronik hastalık yönetimine özel olarak sorduğumuz sorular da mevcuttu. Kontrollerine düzenli gidenlerin oranı %58,7 olduğu görüldü. Kronik hastalığıyla ilgili yapılan benzer bir çalışmada da bu oran %67,1 olarak bulunmuştur (55).

“Kronik hastalığınızın yönetimi ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?” sorusuna da cevap %85,19 ile hayırdı. Kronik hastalık yönetimi ile ilgili doktorundan veya

herhangi bir sađlık çalıřanından eđitim talep etmeyen kiřilerin ise oranı sadece %77,5'ti. Yine Adana ilinde dahiliye polikliniđinde yapılan bir çalıřmada eđitim almıř olma durumu %53, eđitimin alındıđı yer olarak da %42 oranıyla hekim olduđu belirtilmiřtir (56). Bizim alıřmamızda dűřük çıkmasının primer sebebinin eđitim dűzeyinin ve sosyoekonomik dűzeyinin dűřük olmasından kaynaklı olduđunu dűřünmekteyiz. Ayrıca aleksitimi dűzeyi çalıřma grubumuzda yüksek saptanmıřtı. Aleksitimi dűzeyinin yüksek olması hastanın hastalıđı hakkında yeterli farkındalıđı olmamasından dolayı eđitim talebinde dahi bulunmamasına ve verilen eđitimin onemini kavrayamamasına sebep olduđunu dűřünmekteyiz.

Çalıřmamızda dűzenli kontrollere gitme durumunu sorgulayan sorumuza “dűzenli giderim” cevabını verenlerin oranı %58,6, bir dahiliye polikliniđinde yapılan çalıřmada ise dűzenli kontrollere gitme oranı %78,3'tür (56). Dahiliye polikliniđine bařvuran hastaların aile sađlıđı merkezine bařvuranlara göre kronik hastalık yűkűnűn fazla olması, henűz hastalıđın kontrol altına alınamamıř olması veya hastalıđının ileri dűzeyde olması nedeni ile hastane řartlarında takip gerekiyor olması nedeniyle de daha dűzenli kontrollere gidiyor olabilir. Bizim alıřmamızda da biz ayrıca sormamıř olsak da katılımcılar kronik hastalık yönetimi ile ilgili bilgileri çođunlukla takipte olduđu hekiminden aldıklarını belirtmiřlerdir. Bu sonuçlar hastalık yönetiminde hekimin rolű, hasta-hekim iliřkisi onemli olduđunu destekleyicidir.

### **5.3 Toronto Aleksitimi leği-20'den Alınan Puanların Tartışılması**

Çalıřmamızda TA-20'den alınan en dűřük puan 25, en yűksek puan 81'di. 20-51 dűřük aleksitimi/aleksitimi yok, 52-60, orta/muhtemel aleksitimi, 61 ve uestű puan alanlar da yűksek aleksitimi olarak deđerlendirilmiřtir. Buna göre 324 hasta ile yaptığımız çalıřmamızda 208 (%64,2) kiři dűřük aleksitimik, 53 (%16,4) kiři orta ve 63 (%19,4) kiři de yűksek aleksitimikti. Çalıřmamızda diyabetli hastalarda yűksek aleksitimi oranı %24,3 olarak tespit edilmiřtir. Çalıřmamıza benzer olarak diyabetli hastalarda yapılan bir çalıřmada yűksek aleksitimik olanlarını %25 olarak tespit edilmiřtir (57). Psöriazis hastalarında yapılan bir çalıřmada çalıřmamıza benzer olarak yűksek aleksitimi oranı %14, orta aleksitimi oranı ise %22 ve dűřük aleksitimik oranı %64 olarak saptanmıř. Aleksitimi dűzeyi hastalıklar ile iliřkili

olabilse de yapıldığı evrenin sosyodemografik özelliklerinden de etkilenmektedir (58).

Aleksitimi düzeyi ile cinsiyet faktörü arasında ilişki halen tam olarak tanımlanamamıştır. Bizim çalışmamızda kadınlar TAO-20 ölçeğinden erkeklere göre daha yüksek puan almışlardır. Bunun yanında erkeklerin daha yüksek puan aldığı çalışma da mevcuttur (59). Martino ve arkadaşlarının 2020 yılında yaptığı bir sistematik derlemede aleksitimi ile sosyodemografik bilgiler arasındaki ilişki daha iyi anlaşılmaktadır. Özellikle iki çalışma cinsiyet farklılıklarını değerlendirmiştir. Bunlardan Avcı ve ark. (2016) yaptığı çalışmada kadınların %45,6'sı, erkeklerin %29'u aleksitimiktir. Tersine, Fares ve ark. (2019), erkek katılımcıların kadınlardan daha yüksek oranda aleksitimik olduğunu göstermiştir (sırasıyla %46,0'a karşı %19,5). Her iki çalışmada da yapılan çok değişkenli istatistiksel analizlerde ise cinsiyete göre anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (60).

Artan yaşla birlikte aleksitimi düzeyinin artışı ile yüksek anlamlı korelasyon vardır. Gelir düzeyi ve eğitim düzeyi ile aleksitimi düzeyi arasında ise negatif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (59). Çalışmamızda aleksitimi düzeyi 45-65 yaş aralığında 45 yaş altı ve 65 yaş üstüne kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç çalışmamıza katılan bireylerin çoğunun 45-65 yaş aralığında olmasından dolayı istatistiki olarak anlamlı çıkmadığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda medeni durum ile aleksitimi düzeyleri arasında anlamlı bir fark yoktu. Eğitim düzeyine baktığımızda okur yazar olmayanlarda aleksitimi ölçek toplam puanı daha yüksekti. Çalışma açısından baktığımızda ise ev hanımı olanlar daha yüksek düzeyde aleksitimik olarak bulundu. Martino ve arkadaşlarının (2020) yaptığı sistematik derlemede genel olarak yayımlar, çalışan katılımcıların işsizlere göre daha fazla aleksitimik olduğunu (%77,8'e karşı %35,4) ve aleksitiminin çalışanlarda yaklaşık 3 kat daha şiddetli olduğunu gösterirken; medeni durum, eğitim gibi diğer değişkenler arasında anlamlı bir fark gösterilmemiştir (60). Çalışmamızda ev hanımlarının aleksitimi düzeylerinin yüksek çıkması aile içindeki ve sosyal hayattaki yükleriyle paralel olabilir.

Kronik hastalıklar ile aleksitimi düzeyini ayrı ayrı incelediğimizde diyabetik bireylerde olmayanlara göre aleksitimi düzeyi anlamlı yüksek bulunmuştur. Shahi ve ark. yaptığı çalışmada Tip 2 DM'li bireyler sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel

olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan almışlardır (61). Fares ve ark. yaptığı çalışmada diyabetli kişilerde aleksitimi puanı ortalama 52,2 olarak bulunmuştur (62). Benzer şekilde bizim çalışmamızda da bu puan ortalama 50,12'di. Diğer kronik hastalıklarda ise anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Kronik hastalık sayısı ile aleksitimi düzeyi incelendiğinde sadece bir kronik hastalığı olanlarla dört ve üzeri hastalığı olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Sadece bir kronik hastalığı olanlar daha düşük aleksitimi puanına sahiptir. Bu veriler bize kişideki aleksitimi düzeyinin yüksek olmasının kronik hastalıklara yakalanmada bir risk faktörü olduğunu ya da tam tersi olarak kronik hastalık sayısında artış aleksitimi artırıyor olabilir diye düşündürmektedir. Bununla ilgili daha geniş serilerde, prospektif vaka kontrol çalışmalarının yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

#### **5.4 Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeğinden Alınan Puanların Tartışılması**

KHÖY ölçeğinden alınan puanlar cinsiyetle karşılaştırıldığında üç alt boyutta (KD-DBE-SBE) erkekler kadınlara göre daha yüksek puan almıştır ve istatistiksel olarak anlamlıdır. TU alt boyutunda ise anlamlı bir fark saptanmamıştır. Kadınların yapısal olarak daha kırılabilir ve duygusal olmaları KD ve DBE'den daha düşük puan almalarının nedeni olabilir. Erkek bireylerin sağlık durumları kabul etmeme yönünde eğilimleri de bu sonucu açıklayabilir. DBE'den erkeklerin daha yüksek puan almaları sağlık bakımı etkinliğinde daha aktif ve kararlı olmalarına bağlanabilir.

KHÖY toplam puanı ile yaş grupları kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Fakat alt gruplara bakıldığında <45 yaş olan grubun KHÖY-KD ve KHÖY-TU toplam puanı diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir. KHÖY-DBE puanı ise en yüksek >65 yaş grubundadır. <45 yaş grubu genç hastalar daha düzenli kontrollere gittiğinden tedavi uyumları daha iyi olabilir. >65 yaş grubunun daha çok ve daha uzun süre kronik hastalığa sahip olmaları, genç hasta grubuna göre edindikleri hayat tecrübesi, kendilerini daha iyi tanıyor olmaları gibi nedenlerden kendini damgalama ve damgalamayla baş etme konusunda geliştirmiş olduğu söylenebilir.

KHÖY toplam puanı ile medeni durumu karşılaştırdığımızda ise en düşük puanı alan grup boşanmış/eşi vefat etmiş olanlardı. En yüksek puanı ise bekar grup

almıştır. Elbette bu değişkeni de etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Öz yönetimle ilgili yapılan bir başka çalışmada da bekar olmak daha iyi öz yönetimle pozitif ilişkili bulunmuştur (7). Bekar olan hasta grubunun kendine ait zamanın daha çok olması ve sosyokültürel açıdan kendini daha iyi geliştirebilmesi nedeni olduğunu düşünmekteyiz.

Eğitim düzeyi her bir alt boyutta ve toplamda KHÖY puanlarını etkilemiştir. Eğitim düzeyi arttıkça istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde KHÖY puanları da artmaktadır. Bu noktada kronik hastalık yönetiminde eğitimin önemi çalışmamızla bir kez daha vurgulanmaktadır.

Mesleğe göre sonuçlara bakarsak ev hanımı olmanın da her bir alt boyutta KHÖY puanlarını etkilediği görülmüştür. Ev hanımlarında KHÖY puanları daha düşük saptanmıştır. Türkiye’de ev hanımlarının aile ve hayat içerisinde üstlendikleri sorumluluklar kendi sağlıklarını ihmal etmelerine sebep olabilmektedir. Çalışmamızın anket formlarını uygularken kimi kadınların bunu sözel olarak dile getirdiği gözlenmiştir.

DM, HT veya kas-iskelet sistemi hastalığına sahip olan bireylerin KHÖY toplam puanları olmayanlara göre daha düşüktür. KHÖY ölçeğinin öz yönetimde ölçtüğü boyutlar ele alındığında bu hastalıklara sahip bireylerin hastalıklarıyla ilgili kendilerini daha çok damgaladıkları, damgalamayla baş etmede daha çok zorlandıkları, tedavi uyumlarının da daha düşük olduğu söylenebilir. Kronik hastalık sayısı arttıkça da öz yönetim azalmaktadır. Özellikle SBE puanları anlamlı bir şekilde düşmektedir. Artan kronik hastalık yüküyle hastaların öz yönetiminin düştüğü yorumu yapılabilir. Sağlık bakım etkinliklerinin az olması da kronik hastalığa yakalanma riskini arttırmış olabilir.

Hastalık yönetimiyle ilgili eğitim alıp almamakla KHÖY puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Bunun sebebi eğitim almış birey sayısının oldukça az olması olabilir. Bu konuyla ilgili literatürde yapılmış bir çalışma gözlenmediği için karşılaştırılamamıştır.

## 5.5 İki Ölçeğin Karşılaştırılması

Literatüre baktığımızda aleksitiminin kronik hastalık öz yönetimi üzerine etkisini araştıran sadece birkaç adet çalışma yapıldığı görülmüştür. Bizim çalışmamızdaki iki anketi birebir karşılaştıran herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Kronik hastalık öz yönetimini çeşitli yönlerden değerlendiren ve yaygın kullanılan ölçekler de mevcuttur. Bunlardan biri de “Kronik Hastalık Öz-Bakım Ölçeği”dir. Çalışmamızla benzer amacı olsa da öz yönetimi farklı sorularla farklı açılardan değerlendirdiğinden Kronik Hastalık Öz-Bakım Ölçeği sonuçları bizim çalışmamızla karşılaştırılamamıştır.

Aleksitimi düzeyi kadınlara göre düşük olan erkek hasta gurubunda kronik hastalık öz yönetimi özellikle sağlık bakım etkinliği daha iyi olduğu gözlenmiştir. Bu da aleksitimik kişilik özelliğinin hastanın kendi öz yönetimini etkilediğini düşündürmektedir.

Bazı kronik hastalıklarla yapılan çalışmalar aleksitimi düzeyinin yüksek olmasının yetersiz öz yönetim ile ilişkili olduğunu göstermektedir (63). Bir örnek de vermek gerekirse; Baysak ve arkadaşlarının 96 psöriazis hastasıyla yaptığı çalışmasında hastalığı ilerleyen grupta aleksitimi düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aleksitimik bireyler hastalıklarıyla ilgili yapmaları gereken öz yönetim kısmında zorluk yaşıyor olabilir. Psöriazis gibi stres veya kişilik yapısıyla şiddetlenebilen hastalıklarda aleksitimi varlığı da sorgulanabilir. Bu çalışmada da psöriazis olanların kontrol grubuna göre aleksitimi düzeyleri anlamlı yüksek bulunmuştur (39).

Çalışmamızda DM’li grupta aleksitimi düzeyinin yüksek saptanması ve KHÖY puanını düşük saptanması aleksitimik kişiliğin hastalık yönetimini etkilediğini göstermektedir. HT ve kas iskelet sistemi grubunda aleksitimi puanları arasında istatistiki anlamlı bir fark yok iken KHÖY puanları düşük saptanmıştır. Diğer hastalık grupları arasında her iki ölçek arasında anlamlı bir fark yoktu. Hastalık grupları arasındaki farkın sağlık politikaları, hastalığa bağlı farklı mental etkilenme olması, genel durumunda bozulmanın hastalıklar arasında farklı seyretmesi nedeniyle sağlık hizmetlerinde ulaşımda sıkıntı yaşanması, her hastalığın hastanın hayatını sosyal açıdan farklı etkilemesi kaynaklı sağlık hizmetlerine başvuru ihtiyacı farklı olması, toplumda veya sosyal medyada hastalıklar hakkında ciddiye ve kontrolleri

konusunda farklı bilgilendirmeler olması, farklı hastalık gruplarında farklı branş hekimleri tarafından hastaya ayrılan süre ve verilen eğitimlerin farklı olması kaynaklı olarak hastalık öz yönetimlerinde farklılık olduğunu düşünmekteyiz.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlıklı bir topluma ulaşmada kronik hastalıkların yönetimi önemli bir yere sahiptir. Kronik hastalıkların yönetiminde ne kadar etkin olunursa bireysel ve toplumsal sağlık o kadar gelişecek ve kronik hastalıklara yapılan sağlık harcamaları da o düzeyde azalacaktır. Bu konuda tüm sağlık meslek mensupları ve hasta bireylere görevler düşmektedir.

Biyopsikososyal yaklaşımı benimseyen aile hekimleri hasta bireydeki duygularını tanıma, tanımlama, karşıya aktarabilme ve yönetebilme gibi konularda zayıflığını da değerlendirmeli ve bu konuda zayıf olmasının kişinin kronik hastalığını yeterli düzeyde yönetememesine de sebebiyet verebileceğini göz önünde bulundurmalıdır.

Çalışmamızın sonucuna göre birçok kronik hastalıkla birlikte özellikle DM olan bireyler aleksitimi açısından riskli olabilmektedir. DM gibi yönetimi zor ve karmaşık hastalıklarda kişinin hastalığı üzerindeki kontrolünü de etkileyebilecek olan aleksitimi varlığı da göz önünde bulundurulmalıdır. Diğer hasta gruplarında yetersiz sayıda hasta olması ve tüm gruplarda kronik hastaları içermemesi nedeni ile anlamlı bir fark oluşmazken, geniş serilerde çalışmalar yapıldığında anlamlı fark gelişebileceğini düşünmekteyiz.

Kronik hastalıklara sahip bireylerle kurulacak iyi bir hasta-hekim ilişkisi ile aile hekimleri hastalarıyla kronik hastalıklar ile baş etme, kendilerini damgalamama, tedaviye uyum gösterme gibi birçok yönden cesaretlendirici görüşmeler yapılmalıdır. Böylece hastaların kendi hastalıklarının yönetiminde aktif rol oynaması sağlanmalıdır.

Literatürde TAÖ-20 ve KHÖY ölçeklerini bir arada kullanan başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Aleksitiminin kronik hastalıkların kontrolündeki etkisini ortaya koymak için çok merkezli ve daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir. Çalışmamızın, aleksitiminin kronik hastalık yönetimini etkilemesi yönüyle literatüre katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

## 7. KAYNAKÇA

1. WHO, World Health Organization; Noncommunicable Diseases. [(accessed on 28 November 2022)]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
2. CDC, Center for Disease Control and Prevention: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. [(accessed on 28 November 2022)]; <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>.
3. Lesser IM. A Review of the Alexithymia Concept. *Psychosom Med.* 1981 Dec;43(6):531–43.
4. Sasioglu M, Gulol C, Tosun A. Alexithymia: Treatment Interventions. *Current Approaches in Psychiatry.* 2014;6(1):22.
5. NCI, National Cancer Institute; Definition of Chronic Disease - NCI Dictionary of Cancer Terms (accessed on 07.12.2022); <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/chronic-disease>.
6. Huard, Pierre. *The Management of Chronic Diseases: Organizational Innovation and Efficiency.* John Wiley & Sons, 2018: s.3.
7. Aytap, F, Ozer, Z. Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Depresyon Riski ile Hastalık Öz Yönetimi Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care.* 2021; 15(2), 212-222.
8. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması, PatenT2, Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, 2012.
9. İ. Satman ve Turdep 2 Çalışma Grubu, Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2010.
10. Buist A S, Vollmer W M., Sullivan S D, Weiss K B, Lee T A, Menezes A M. et al. The Burden of Obstructive Lung Disease Initiative (BOLD): Rationale and Design. *COPD* 2005; 2: 227-83.
11. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Ankara, 2013.
12. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Erişkin Bazı Metabolizma Hastalıkları: Tiroid, Gut, Osteoporoz ve Çölyak Hastalığı Kontrol Programı 2019-2023.
13. Kutluturk F, Yildirim B, Ozturk B, Ozyurt H, Bekar U, Sahin S, et al. Thyroid dysfunctions and sonographic characteristics in northern Turkey: a population-based study. *Ann Saudi Med.* 2013 May;33(3):253–9.

14. Yach D, Leeder SR, Bell J, Kistnasamy B. Global Chronic Diseases. *Science* (1979). 2005 Jan 21;307(5708):317–317.
15. SDGs Sustainable Development Goals, World Health Statistics 2022 [Internet]. [cited 2022 Nov 20]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>
16. Bodenheimer T. Disease Management — Promises and Pitfalls. *New England Journal of Medicine*. 1999 Apr 15;340(15):1202–5.
17. Norris SL, Glasgow RE, Engelgau MM, Os’Connor PJ, McCulloch D. Chronic Disease Management. *Disease Management & Health Outcomes*. 2003;11(8):477–88.
18. Zwar, N., Harris, M., Griffiths, R., Roland, M., Dennis, S., Powell Davies et al. A Systematic Review Of Chronic Disease Management. UNSW; 2006. UNSW;
19. Grover A, Joshi A. An Overview of Chronic Disease Models: A Systematic Literature Review. *Glob J Health Sci*. 2014 Oct 29;7(2).
20. Jerant AF, von Friederichs-Fitzwater MM, Moore M. Patients’ perceived barriers to active self-management of chronic conditions. *Patient Educ Couns*. 2005 Jun;57(3):300–7.
21. CDC. What Is Self-Management Education? | Self-Management Education: Learn More. Feel Better. [(accessed on 28 December 2022)]; Available from: <https://www.cdc.gov/learnmorefeelbetter/sme/index.htm>.
22. Clark NM. Management of chronic disease by practitioners and patients: are we teaching the wrong things? *BMJ*. 2000 Feb 26;320(7234):572–5.
23. Grady PA, Gough LL. Self-Management: A Comprehensive Approach to Management of Chronic Conditions. *Am J Public Health*. 2014 Aug;104(8):e25–31.
24. Schulman-Green D, Jaser SS, Park C, Whittemore R. A metasynthesis of factors affecting self-management of chronic illness. *J Adv Nurs*. 2016 Jul;72(7):1469–89.
25. Kisokanth G, Prathapan S, Kisokanth G. Factors influencing self-management of Diabetes Mellitus; a review article. *Journal of Diabetology*. (2013), 6, 4(3):6. Vol. 3, *Journal of Diabetology*.
26. Gallant MP. The Influence of Social Support on Chronic Illness Self-Management: A Review and Directions for Research. *Health Education & Behavior*. 2003 Apr 1;30(2):170–95.
27. Kubat Bakır G, Akın S. Yaşlılıkta Kronik Hastalıkların Yönetimi ile İlişkili Faktörler. *Sağlık ve Toplum*. 2019; 29(2): 17- 25.
28. Schulman-Green D, Jaser S, Martin F, Alonzo A, Grey M, McCorkle R, et al. Processes of Self-Management in Chronic Illness. *Journal of Nursing Scholarship*. 2012 Jun;44(2):136–44.

29. Sifneos, P. E. The Prevalence Of 'Alexithymic' characteristics in Psychosomatic Patients. *Psychotherapy And Psychosomatics*. 1973; 22(2-6), 255-262. [cited 2022 Dec 8]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4770536/>
30. Panaite V, Bylsma LM. Alexithymia. In: *Encyclopedia of Human Behavior*. Elsevier; 2012. p. 92–9.
31. Taylor GJ. Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2000;45(2):134–42.
32. Hesse C, Floyd K. Affectionate experience mediates the effects of alexithymia on mental health and interpersonal relationships. *J Soc Pers Relat*. 2008 Oct;25(5):793–810.
33. Ricciardi, L., Demartini, B., Fotopoulou, A., Edwards, M. J. Alexithymia In Neurological Disease: A Review. *The Journal Of Neuropsychiatry And Clinical Neurosciences*. 2015; 27(3), 179-187.
34. Gulec H, Kose S, Gulec MY, citak S, Evren C, Borckardt J, et al. Reliability and Factorial Validity of the Turkish Version of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni-bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2009;19:214–20.
35. Lumley MA, Neely LC, Burger AJ. The Assessment of Alexithymia in Medical Settings: Implications for Understanding and Treating Health Problems. *J Pers Assess*. 2007 Nov 14;89(3):230–46.
36. Degirmencioglu AZ, Baysan Arabacı L, Gordeles Beser N. The levels of anxiety, depression and alexithymia in individuals diagnosed with diabetes and the affecting factors (eng). *Journal of Clinical Psychiatry*. 2021;24(4):475–80.
37. Karakas SA. Investigating alexithymia and social support in patients with hypertension and asthma. *J Psychiatr Nurs*. 2016;
38. Ozsoy F, Ozsoy AZ, Yilmaz Dogru H. Temperament features, alexithymia, impulsiveness levels of patients with polycystic ovary syndrome (tur). *Journal of Clinical Psychiatry*. 2021;24(1):69–76.
39. Baysak S, Kilic FA, Karagun E, Baysak E. Relationship of Alexithymia, Rumination and Coping Style with Psoriasis and Their Effects on The Clinical Features. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2020;
40. Solmaz M, Binbay Z, Cidem M, Sagir S, Karacan I. Alexithymia and Self-Esteem in Patients with Ankylosing Spondylitis. *Noro Psikiyatr Ars*. 2014 Dec 26;51(4):350–4.
41. Baiardini I, Abbà S, Ballauri M, Vuillermoz G, Braido F. Alexithymia and chronic diseases: the state of the art. *G Ital Med Lav Ergon*. 2011;33(1 Suppl A):A47-52.

42. Haviland MG. Alexithymia. In: Encyclopedia of Mental Health. Elsevier; 2016. p. 47–53.
43. American Psychiatric Association (2013) Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5, Arlington, VA, American Psychiatric Publishing.
44. Tolmunen T, Heliste M, Lehto SM, Hintikka J, Honkalampi K, Kauhanen J. Stability of alexithymia in the general population: an 11-year follow-up. *Compr Psychiatry*. 2011 Sep;52(5):536–41.
45. Bankier B, Aigner M, Bach M. Alexithymia in DSM-IV Disorder: Comparative Evaluation of Somatoform Disorder, Panic Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder, and Depression. *Psychosomatics*. 2001 May;42(3):235–40.
46. Mei S, Xu G, Gao T, Ren H, Li J. The relationship between college students' alexithymia and mobile phone addiction: Testing mediation and moderation effects. *BMC Psychiatry*. 2018 Oct 11;18(1):1–7.
47. Freyberger H. Supportive Psychotherapeutic Techniques in Primary and Secondary Alexithymia. *Psychother Psychosom*. 1977;28(1–4):337–45.
48. Saarijärvi S, Salminen JK, Toikka TB. Alexithymia and depression. *J Psychosom Res*. 2001 Dec;51(6):729–33.
49. Ozturk E Y, Yesildal M, Arik O, Fidan Y. Turkish Validity and Reliability of the Chronic Disease Self-Management. *International Journal Of Academic Value Studies (Javstudies JAVS)*. 2021;3(3):375–81.
50. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007 May;39(2):175–91.
51. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods*. 2009 Nov;41(4):1149–60.
52. Gulec, H, Yenel, A. Psychometric Properties Of The Turkish Version 20 İtem Toronto Aiexithymia Scala: According To Cut-Off Score. *Journal Of Clinical Psychiatry*. 2010; 13(3), 108-112.
53. Ngai SS yum, Cheung C kiu, Ng Y hang, Tang H yin, Ngai H lam, Wong KH ching. Development and validation of the chronic illness self-management (CISM) scale: Data from a young patient sample in Hong Kong. *Child Youth Serv Rev*. 2020 Jul;114:105077.
54. Mesenburg MA, Hallal PC, Menezes AMB, Barros AJD, Horta BL, Barros FC de, et al. Chronic non-communicable diseases and COVID-19: EPICOVID-19 Brazil results. *Rev Saude Publica*. 2021 Jun 2;55:38.

55. Pelin M. Kronik Hastalık Yönetiminde Hasta Rolü, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2017.
56. Aşkar S E. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sağlık Ekibi Tarafından Verilen Bakımı Değerlendirmeleri. Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Türkiye; 2017.
57. Melin EO, Thunander M, Landin-Olsson M, Hillman M, Thulesius HO. Depression differed by midnight cortisol secretion, alexithymia and anxiety between diabetes types: a cross sectional comparison. *BMC Psychiatry*. 2017 Dec 20;17(1):335.
58. Larsen M, Krogstad A, Wahl A. Alexithymia, Illness Perception and Self-management Competency in Psoriasis. *Acta Dermato Venereologica*. 2017;97(8):934–40.
59. Mattila AK, Salminen JK, Nummi T, Joukamaa M. Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res*. 2006 Nov;61(5):629–35.
60. Martino G, Caputo A, Vicario CM, Catalano A, Schwarz P, Quattropiani MC. The Relationship Between Alexithymia and Type 2 Diabetes: A Systematic Review. *Front Psychol*. 2020 Aug 28;11.
61. Shahi M, Mohammadyfar MA. Comparison of depression, anxiety, stress, quality of life, and alexithymia between people with type II diabetes and non-diabetic counterparts. *Pers Individ Dif*. 2017 Jan;104:64–8.
62. Fares C, Bader R, Ibrahim JN. Impact of alexithymia on glycemic control among Lebanese adults with type 2 diabetes. *J Diabetes Metab Disord*. 2019 Jun 7;18(1):191–8.
63. Larsen M, Krogstad A, Wahl A. Alexithymia, Illness Perception and Self-management Competency in Psoriasis. *Acta Dermato Venereologica*. 2017;97(8):934–40.