



**TC. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HAYDARPAŞA NUMUNE
SAĞLIK UYGULAMA ve ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE KRONİK HASTALIĞI BULUNAN
ERİŞKİNLERİN SAĞLIK ANKSİYETESİ İLE KRONİK
HASTALIKLARA UYUM DURUMLARININ İLİŞKİSİ**

Dr. Esra Nur ERBAŞ

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İstanbul/2021



**TC. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HAYDARPAŞA NUMUNE
SAĞLIK UYGULAMA ve ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE KRONİK HASTALIĞI BULUNAN
ERİŞKİMLERİN SAĞLIK ANKSİYETESİ İLE KRONİK
HASTALIKLARA UYUM DURUMLARININ İLİŞKİSİ**

Dr. Esra Nur ERBAŞ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Memet Taşkın EGİCİ

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İstanbul/2021

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez çalıőmamda klinik bilgi ve tecrübelerini paylaőan, aile hekimlerinin eğitimi için emek veren, ilgi, anlayıő ve desteğini esirgemeyen, kendime her zaman örnek aldığım değerli hocam ve tez danıőmanım Doç. Dr. Memet Taşkın EGİCİ'ye

Klinik yaklaőımları ve disiplini ile yol gösterici olan Doç. Dr. Akın DAYAN, Doç. Dr. Emine Zeynep TUZCULAR VURAL, Doç. Dr. Hilal zkaya, Uzm. Dr. Iőık GÖNENÇ ve Uzm. Dr. Özge Doğan'a,

Asistanlık sürecimin en güzel günlerini yaőadıđım Eğitim ASM ekibine ve klinikteki arkadaşlarıma,

Bugünlere gelmemde en büyük pay sahibi olan, sevgisini ve desteğini hiçbir zaman eksik etmeyen, ailem oldukları için kendimi her zaman őanslı hissettiğim ve örnek aldığım sevgili annem Esmâ Nalbant'a, canım babam Arif Nalbant'a, kardeőim Dt. Akif Nalbant'a, ablam Melek Elif zgner'e ve sevgili eőim Vahit Hakan Erbaş'a teşekkür ederim.

Dr. Esra Nur ERBAŞ

İstanbul 2021

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No:</u>
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR LİSTESİ	vi
TABLolar LİSTESİ	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1.KRONİK HASTALIK	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Epidemiyoloji	3
2.1.3 Etiyoloji	4
2.2 SAĞLIK ANKSİYETESİ	5
2.2.1 Tanım	5
2.3. KRONİK HASTALIKLARDA GÖRÜLEN PSİKOSOSYAL SORUNLAR	5
2.3.1 Kalp Damar Hastalıklarında Psikososyal Sorunlar	6
2.3.2 Kanserde Psikososyal Sorunlar	7
2.3.3 Solunum Sistemi Hastalıklarında Psikososyal Sorunlar	7
2.3.4 Diyabet Hastalarında Psikososyal Sorunlar	7
2.3.5 Kronik Hastalıklara Uyum Süreci	8
2.4. COVID 19 PANDEMİ DÖNEMİNDE ANKSİYETE VE UYUM DURUMU	9
2.4.1 Pandemi	9
2.4.2. Pandemi ve Kronik Hastalık	10
2.4.3. Pandemi ve Anksiyete	10
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	12
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	12
3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEK BÜYÜKLÜĞÜ	12
3.3. ARAŞTIRMA İZİNLERİ	12
3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME ve DIŞLAMA KRİTERLERİ	12
3.4.1 Araştırmaya dahil edilme kriterleri:	12

3.4.2 Araştırmayı dışlama kriterleri:	13
3.5 VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ ve ULAşMA ORANI	13
3.5.1. KULLANILAN ANKET VE ÖLÇEKLER	13
1.Katılımcı Bilgi Toplama Formu	13
2.Kronik Hastalık Uyum Ölçeği (KHÜDÖ):	14
3.Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ):	15
4.Birinci Basamak için Fiziksel Aktivite anketi (BBFAA):	15
3.6. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	15
3.7. ÇIKAR ÇATIşMASI	16
4. BULGULAR	17
5. TARTIşMA	51
6. SONUÇLAR	67
7. KAYNAKLAR	69
Ek-1: Katılımcı Bilgi Toplama Formu	77
Ek-2: Kronik Hastalık Uyum Ölçeği(KHÜDÖ)	79
Ek-3: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği	79
EK-4: Birinci Basamak için Fiziksel Aktivite anketi (BBFAA)	85

KISALTMALAR LİSTESİ

BBFAA: Birinci Basamak için Fiziksel Aktivite anketi

BOH: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

DM: Diyabetes Mellitüs

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KDH: Kalp Damar Hastalıkları

KHUDÖ: Kronik Hastalık Uyum Ölçeği

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

MI: Akut Miyokard İnfarktüsü

SAÖ: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

SARS: Severe Acute Respiratory Syndrome

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Sosyodemografik bilgiler	17
Tablo 2: Kronik hastalık durumları.....	18
Tablo 3: Alışkanlıklar ve diyet durumu	19
Tablo 4:Kronik Hastalık Uyum ve Sağlık Anksiyete Ölçeği Değerlendirmesi	20
Tablo 5: Sosyodemografik değişkenlere göre Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği alt boyutu Fiziksel Uyum puanlarının karşılaştırılması	21
Tablo 6: Kronik hastalık ve ilaç kullanım durumuna göre Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği alt boyutu Fiziksel Uyum puanlarının karşılaştırılması(devam)	22
Tablo 7: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği alt boyutu Fiziksel Uyum puanlarının karşılaştırılması(devam)	23
Tablo 8: İlaç Kullanma Durumu, Sigara Kullanım Durumu, Eğitim Durumu Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği alt boyutu Fiziksel Uyum İkili Karşılaştırmaları	24
Tablo 9: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği alt boyutu Sosyal Uyum puanlarının karşılaştırılması	26
Tablo 10: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği alt boyutu Sosyal Uyum puanlarının karşılaştırılması (devam).....	27
Tablo 11: Eğitim Durumu ve Gelir durumu Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği alt boyutu Sosyal Uyum İkili Karşılaştırmaları	28
Tablo 12: Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği alt boyutu Sosyal Uyum ile Yaş arasındaki ilişki	29
Tablo 13: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği alt boyutu Psikolojik Uyum puanlarının karşılaştırılması.....	30
Tablo 14: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği alt boyutu Psikolojik Uyum puanlarının karşılaştırılması (devam)	32
Tablo 15: Eğitim Durumu ve Medeni durumu Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği alt boyutu Psikolojik Uyum İkili Karşılaştırmaları.....	33
Tablo 16: Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği alt boyutu Psikolojik Uyum ile Yaş arasındaki ilişki	34
Tablo 17: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Toplam puanlarının karşılaştırılması.....	35

Tablo 18: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Toplam puanlarının karşılaştırılması(devam)	36
Tablo 19:Kronik Hastalık Durumuna İlaç Kullanma Durumu ve Eğitim Durumu Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Toplam puan İkili Karşılaştırmaları.....	38
Tablo 20: Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği alt boyutu Psikolojik Uyum ile Yaş arasındaki ilişki	39
Tablo 21: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Sağlık Anksiyetesi Ölçek puanlarının karşılaştırılması	40
Tablo 22: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Sağlık Anksiyetesi Ölçek puanlarının karşılaştırılması (devam).....	42
Tablo 23: Kronik Hastalık Durumuna İlaç Kullanma Durumu, Medeni durum, Sigara kullanım durumu Sağlık Anksiyetesi Ölçek puanı İkili Karşılaştırmaları	43
Tablo 24:Sağlık Anksiyetesi Ölçek puanı ile Yaş arasındaki ilişki	44
Tablo 25: Bireylerin Kronik Hastalık Süresi Sınıflamasına göre Kronik Hastalıkta ilaç kullanım durumu dağılımı.....	44
Tablo 26: Sağlık Anksiyetesi Ölçek puanı ile Kronik Hastalıklar Uyum Ölçeği ilişki	44
Tablo 27:Bireylerin Kronik Hastalık İlaç Kullanım Durumu göre kronik hastalıkları dağılımı	45
Tablo 28:Bireylerin Kronik Hastalık İlaç Kullanım Durumu göre sigara ve alkol kullanım durumu dağılımı.....	46
Tablo 29: Birlikte bulunan kronik hastalıkların dağılımı.....	46
Tablo 30: Kronik Hastalık sayısı ile ölçekler arasındaki ilişki	47
Tablo 31:Birden fazla kronik hastalık durumunda bireylerin ölçek puanlarının karşılaştırılması	47
Tablo 32:Birden fazla kronik hastalık durumunda bireylerin ölçek puanlarının karşılaştırılması(devam).....	48
Tablo 33: Birinci Basamak için Fiziksel Aktivite Anketi Sınıflaması dağılımı	49
Tablo 34: Birinci Basamak için Fiziksel Aktivite Anketi Sınıflamasına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması	49

Tablo 35: Birinci Basamak için Fiziksel Aktivite Anketi Sınıflaması Kronik hastalık uyum ölçeği alt boyutu fiziksel uyum puanı ve Kronik hastalık toplam uyum puanı İkili Karşılaştırmaları	50
---	----



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Sigara kullanım grafiği	19
Şekil 2:Alkol kullanım durum grafiği	19
Şekil 3:Yaş ile Fiziksel Uyum puanı ilişkisi	25
Şekil 4:Yaş ile Toplam Uyum puanı ilişkisi	39



ÖZET

Amaç: Tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 pandemisi, kronik hastalığı olan bireylerde fiziksel ve ruhsal değişikliklere yol açabilmekte ve kronik hastalık uyumunun etkilenmesine sebep olabilmektedir. Çalışmamızda Covid-19 pandemi döneminde sağlık anksiyetesi ve kronik hastalığa uyum durumları ile bu uyuma etki eden faktörlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı prospektif anket çalışması olarak yapılan çalışma aile hekimlikleri polikliniklerine başvuran en yaygın dört kronik hastalık olan kalp damar hastalıkları, malignite, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) ve diyabetes mellitus (DM) tanısı almış, çalışma kriterlerini karşılayan 259 kişi ile yapıldı. İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM-SPSS Statistics 21.0 ve MS-Excel 2007 programları kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Ortalama yaşı $54,95 \pm 14,51$ olan katılımcıların %56,8'i kadındı. Kronik hastalık dağılımları %60,2 hipertansiyon, %46,3 DM, %24 kalp hastalıkları, %12,7 KOA ve %10 böbrek hastalıklarıydı.

Eğitim düzeyi yüksekliği, düzenli ilaç kullanmak ve diyet yapmış olmak kronik hastalıklara toplam uyumu arttırmıştır ($p < 0,001$, $< 0,001$, $< 0,001$). Kronik hastalıklar arasında DM'si olanların uyum puanı diğer hastalıklara göre daha yüksek bulunmuştur ($z=2,662$, $p=0,008$).

Kadın cinsiyet, boşanmış olmak, düzenli ilaç kullanmak, diyet yapmak ve sigarayı bırakmış olmak sağlık anksiyete düzeyini arttırmıştır. ($p < 0,001$, $=0,040$, $< 0,001$, $=0,001$, $< 0,001$). Kronik hastalıklar arasında böbrek hastalıkları ve KOA olanların anksiyete düzeyi diğer kronik hastalıklara göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,027$, $p=0,002$).

Kronik hastalıklara uyumun yaş arttıkça azaldığı, eğitim düzeyi arttıkça arttığı saptanmıştır (spearman İlişki Katsayısı $= -0,201$, $p=0,001$) ($\chi^2=30,264$, $p < 0,001$).

Sağlık anksiyetesi arttıkça kronik hastalıklara uyumun alt boyutu olan fiziksel uyum artmakta, sosyal uyum ve psikolojik uyum azalmaktadır (Spearman ilişki katsayısı=0,289, $p<0.001$) ($r=-0,212$, $p=0,001$).

Birinci basamak için fiziksel aktivite anketi sınıflamasına göre bireylerin %44,2'si hareketsiz, %24,5'i az hareketli, %16,5'i orta derece hareketli, %14,8'i hareketli olduğu belirlenmiş olup hareketli bireylerin fiziksel uyumu hareketsiz olan bireylere göre daha yüksektir ($\chi^2=14,444$, $p=0,002$).

Sonuç: Çalışmamızda pandemi döneminde kronik hastalık uyum düzeyleri yeterli olup, sağlık anksiyete düzeyleri yüksek, fiziksel aktivite düzeyleri yetersiz bulunmuştur. Bu durumun kronik hastalıklar ile ilişkili olması nedeniyle yaşam tarzı değişiklikleri ve fiziksel aktivite düzeyinde artış özendirilerek kronik hastalık yükünü azaltmak hedeflenmelidir. Bu konuya ilişkin daha fazla sağlık politikaları ve düzenlemelere gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, Fiziksel Aktivite, Kronik Hastalık, Sağlık Anksiyetesi, Pandemi

ABSTRACT

Objective: The Covid-19 pandemic, which affects the whole world, can cause both physical and mental changes in individuals with chronic diseases and may affect the adaptation to chronic disease. In our study, it was aimed to evaluate health anxiety and adaptation to chronic disease and the factors affecting this adaptation during the Covid-19 pandemic period.

Materials and Methods: The study, which was conducted as a descriptive prospective survey study, was conducted with 259 individuals who met the study criteria and were diagnosed with cardiovascular diseases, malignancy, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and diabetes mellitus (DM), which are the 4 most common chronic diseases, who applied to family medicine outpatient clinics. IBM-SPSS Statistics 21.0 and MS-Excel 2007 programs were used for statistical analysis and calculations. Statistical significance level was accepted as $p < 0,05$.

Results: 56,8% of the participants with a mean age of $54,95 \pm 14,51$ were women. Chronic disease distributions were 60,2% hypertension, 46,3% DM, 24% heart diseases, 12,7% COPD and 10% kidney diseases.

High level of education, regular medication and dieting increased total compliance with chronic diseases ($p < 0,001$, $< 0,001$, $< 0,001$). Among the chronic diseases, the compliance score of those with DM was found to be higher than the others ($z = 2,662$, $p = 0,008$).

Being female, being divorced, using regular medication, dieting and quitting smoking increased the level of health anxiety. ($p < 0,001$, $= 0,040$, $< 0,001$, $= 0,001$, $< 0,001$). Among chronic diseases, the anxiety level of those with kidney diseases and COPD was found to be higher than other chronic diseases ($p = 0,027$, $p = 0,002$).

It was determined that adherence to chronic diseases decreased as age increased and increased as education level increased (Spearman Correlation Coefficient $= -0,201$, $p = 0,001$) ($\chi^2 = 30,264$, $p < 0,001$).

As health anxiety increases, physical adaptation, which is the sub-dimension of adaptation to chronic diseases, increases, social adaptation and psychological adaptation decrease (spearman correlation Coefficient=0,289, $p<0,001$) ($r=-0,212$, $p=0,001$).

According to the classification of the physical activity questionnaire for primary care, 44.2% of the individuals were sedentary, 24.5% were less active, 16.5% were moderately active, and 14.8% were active. it is higher than inactive individuals ($\chi^2=14,444$, $p=0,002$).

Conclusion: In our study, during the pandemic period, chronic disease compliance levels were sufficient, health anxiety levels were high, and physical activity levels were insufficient. Since this condition is associated with chronic diseases, it should be aimed to reduce the burden of chronic diseases by encouraging lifestyle changes and increasing the level of physical activity. There is a need for more health policies and regulations on this issue.

Key Words: Chronic Disease, Covid-19, Health Anxiety, Pandemics, Physical Activity

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşam süresi beklentisini uzatan sosyal, ekonomik ve sağlık değişiklikleri ileri yaş kavramını daha yüksek bir kronolojik yaşa çekmektedir. Böylece emeklilik ve ileri yaş arasındaki süre genişleyerek çok yaşlılardan oluşan ve büyüyen yeni bir grup oluşmaktadır (1). Sağlık hizmetlerindeki gelişmeler ve yaşam standartlarındaki iyileştirmeler sayesinde özellikle gelişmiş ülkelerde doğumda beklenen yaşam süresi son 50 yılda artış göstermektedir (2). Türkiye İstatistik Kurumu'ndan alınan verilere göre Türkiye'nin yıllık nüfus artış hızı binde 5.5 olmakla birlikte yıllara göre Türkiye nüfus piramitleri karşılaştırıldığında, doğurganlık ve ölüm oranlarındaki düşüşe bağlı olarak yaşlı nüfusun ve ortanca yaşın arttığı görülmektedir. Bunun yanı sıra kronik hastalıkların oluşumunda etkili olan çevresel ve sosyal faktörlerin artması sonucunda toplumlarda kronik hastalıklarda artışlar gözlenmiştir. Yaşlanan nüfus ve artan nüfusa bağlı olarak kronik hastalıklar giderek artmaktadır (3). Kronik hastalıklar, ölüm ve sakatlıkların en önde gelen nedenlerinden biridir. Kronik hastalık oranları dünya genelinde yaygın olarak artmaktadır. Öte yandan bulaşıcı hastalıklar ve aile planlaması konularındaki ilerlemeler sonucunda bu sorunların azalmış olması da, kronik hastalıkların öneminin artışına yol açmıştır (4). Kronik hastalıklar hastanın organ fonksiyon kapasitesinde değişikliklere neden olan uzun süreli, kendiliğinden geçmeyen ve genellikle tamamen tedavi edilmeyen hastalıklardır (5). Bulaşıcı bir etkenin neden olmadığı, bulaşıcı olmayan, uzun süreli ve büyük çoğunluğunun tamamen iyileşmesi mümkün olmayan, kronik durumlar, bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH'lar) olarak adlandırılır. BOH'lar başlıca kalp damar hastalıkları (KDH %48), kanserler (%21), kronik solunum hastalıkları (%12) ve DM'yi (%3,5) kapsamaktadır (6). Bu hastalıklar dünyadaki en büyük ölüm sebepleri arasındadır. Kronik hastalıklar uzun süreli hastalıklardır ve zaman içinde hastalarda çeşitli fonksiyon bozukluklarına yol açarlar. Tıbbi hastalık varlığı birçok psikiyatrik bozukluğa da yol açmaktadır (7). Bedensel hastalık ile birlikte en sık bulunan psikiyatrik bozukluklar depresyon ve anksiyetedir ve bu iki bozukluk sıklıkla birlikte bulunmaktadır (8–10). Hastalıklar yaşam kalitesini düşürerek veya doğrudan biyolojik etkiyle depresyona sebep olabilirler. Bazı hastalıklar da işlev kısıtlılığına sebep olarak bireylerde depresyona yol açabilmektedir (11).

Tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 pandemi döneminde bireylerde stres, kaygı, depresyon, belirsizlik gibi birçok sorun ortaya çıkarak ruh sağlığı açısından önemli sonuçlar ortaya çıkarmıştır. Covid-19 bulaşını azaltmak için yapılan karantina uygulamaları, salgınla ve yeni vaka artışlarıyla medya tarafından korku içerikli bilgilendirmeler bireylerde çaresizlik, umutsuzluk, kaygı ve panik duygusunda artıştan intihara kadar geniş çerçevede psikolojik davranışa yol açmaktadır. Tüm bu durumlar, psikiyatrik hastalık riskinin artmasına neden olacak stresörler arasındadır (12).

Yapılan çalışmalarda kronik hastalığa sahip bireylerde, depresyon ve anksiyete görülme oranının kronik hastalığı olmayan bireylere oranla daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kronik hastalığa sahip bireylerde depresyon varlığının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (13).

Kronik hastalık, bireylerde duygudurum değişikliklerine yol açan ve buna bağlı olarak kronik hastalık uyumunun etkilenmesine sebep olan başlıca faktörlerdendir.

COVID-19 salgınına müdahalede ve salgının psikolojik etkilerini en aza indirmekte sağlık hizmeti sağlayıcılarına önemli görevler düşmektedir. Bireylerin mevcut psikolojik durumu kapsamlı bir şekilde değerlendirilmeli, risk faktörleri belirlenmelidir. Çalışmamızda Covid-19 pandemi döneminde sağlık anksiyetesi ve kronik hastalığa uyum durumları ve etki eden durumların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.KRONİK HASTALIK

2.1.1. Tanım

Kronik hastalık tanımı; Amerika Birleşik Devletleri'nde kronik hastalıklar komisyonu tarafından yaklaşık 50 yıl kadar önce yapılmıştır. Komisyon tarafından kronik hastalık “genellikle tam iyileşmesi mümkün olmayan, sürekli, yavaş ilerleyen, çoğu kez kalıcı sakatlığa yol açan, oluşmasında sosyoekonomik, kişisel ve genetik etkenlerin rol oynadığı, çoğunlukla non-enfeksiyöz karakterde hastalıklar” olarak tanımlanmaktadır (14). Kronik hastalıklar; zamanla oluşan, oluşumunda çeşitli fizyopatolojik durumların yer aldığı ve genellikle tam iyileşmenin olmadığı, tedavi ve bakım süreci uzun süren, bu yüzden yönetilmesi hastalar ve bakım veren kişiler açısından zor olan tıbbi durumlardır (15). Kronik durumlar sonucunda bireylerde uzun dönemde yaşam kalitesinde azalmalar görülmekte, fiziksel ve sosyal yönlerden engellilik durumu ortaya çıkmaktadır (16).

Bulaşıcı bir sürecin sebep olmadığı, bulaşıcı olmayan, uzatılmış bir seyri olan, hâlihazırda çözülmemiş ve büyük çoğunluğunun sağaltımı mümkün olmayan, kronik durumlar, BOH'lar olarak adlandırılır. Allen ve Feigl, dünyanın en büyük katili için “bulaşıcı olmayan” terimini kullanmanın, kafa karışıklığına sebep olabileceğini düşündüğünden “bulaşıcı olmayan” yerine “sosyal olarak bulaşan” terimini önermişlerdir (17). Bununla birlikte, BOH'ları yeniden adlandırma çabalarına rağmen, genel kabul görmüş alternatif bir terim henüz yoktur.

2.1.2. Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) istatistiklerine göre her yıl 41 milyon kişi başlıca BOH kapsamına giren hastalıklar nedeni ile hayatını kaybetmektedir ki bu sayı tüm ölümlerin %71'ine denk gelmektedir. Her yıl BOH nedeniyle hayatını kaybeden insanların %37'si (15 milyon kişi) 30-69 yaş grubunda gerçekleşmektedir. Bu yaş grubu erken ölüm olarak nitelendirilmektedir.

Her yıl yaklaşık olarak 17,9 milyon kişi kalp damar hastalıkları nedeniyle ölmektedir. KDH, BOH ölümleri içinde ilk sırada gelmektedir. KDH'yi sırasıyla kanserler (yılda 9 milyon kişi), solunum yolu hastalıkları (yılda 3,9 milyon kişi) ve

diyabet (yılda 1,6 milyon kişi) takip etmektedir. Bu dört hastalık kronik BOH kapsamındaki toplam ölümlerin %80'ini oluşturmaktadır (18).

1980 ve 2012 yılları arasında kalp damar hastalıkları, mide ve serviks kanserine bağlı ölümler azalmış olmakla birlikte diyabete, karaciğer kanseri ve kronik solunum hastalıkları ve akciğer kanserine bağlı ölümler artmıştır. Ayrıca yüksek gelir ve düşük gelir düzeyine sahip ülkeler arasında BOH'lar açısından farklar bulunmaktadır. Örneğin, yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde, KDH'ye ve kansere bağlı ölümler gerilemişken, birçok düşük gelir düzeyine sahip ülkede, meme ve kolon kanserine bağlı mortalite artmış, KDH ve kronik solunum yolu hastalıkları göreceli olarak değişmemiştir (18).

BOH nedeniyle erken ölümlerin %85'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Ayrıca düşük ve orta gelirli ülkelerdeki etkilerinin öne çıkması BOH'ların etkisinin büyümeye devam edeceğini işaret eder (18).

DSÖ, kronik hastalıkları önlemek ve kontrol altına almak amacıyla, araştırma yapılmasını isteklendirmek, BOH'lar için değiştirilebilir risk faktörlerini azaltmak için planlamalar yapmak ve ulusak politikalar oluşturmak için küresel BOH'ların önlenmesi ve kontrolü için 2008-2013 eylem planını oluşturmuştur. Yayınlanan bu planda öncelikle KDH, DM, KOAH ve malignite olmak üzere en yaygın 4 kronik hastalığın insan ve toplum sağlığı için en önemli tehdit olduğunu bildirmektedir (19).

2.1.3 Etiyoloji

BOH'lar multifaktöriyel bir etiyojolojiye sahiptir. Genellikle bulaşıcı olmayan bir kaynağa sahiptirler ve uzun bir latent dönemleri vardır. Hastalığın uzamış seyrini genellikle fonksiyonel bozukluk ya da engellilik hali izler (18).

Kronik hastalıkların oluşumunda; kan basıncı yüksekliği, kolesterol yüksekliği, obezite, tütün ve alkol mamülleri kullanımı, fiziksel aktivitelerde yetersizlik ve dengesiz beslenme rol oynamaktadır (20).

Risk faktörlerine maruz kalmak hayatın erken döneminde başlasa bile, BOH'lara bağlı mortalite ve morbidite genellikle yetişkinlik çağda gerçekleşir (18).

2.2 SAĞLIK ANKSİYETESİ

2.2.1 Tanım

Sağlık anksiyetesi, herhangi bir bedensel hastalığının bulunmadığı halde kişinin normal bedensel duyularını olumsuz yönde aşırı değerlendirmesidir. Sağlık anksiyetesinin iki temel bileşeni bulunmaktadır. Bunlar; ciddi bir hastalığı olduğu ve bu ciddi hastalığın olumsuz sonuçlara yol açtığı düşüncesidir (21).

Sağlık anksiyetesi bireyin sağlığına yönelik büyük bir tehdit altında olduğu düşüncesiyle ortaya çıkan ve sonuç olarak bireyin bedensel ve duygusal kaygı semptomlarını tetikleyen psikolojik bir deneyimdir (22).

Sağlık anksiyetesi çok sık gözlenebilen ve morbiditeyi etkileyen bir durumdur ancak makul düzeyde olduğunda patolojik kabul edilmemektedir. Sağlık anksiyetesi, hastaların hastane başvurusunu engelleyebileceği ve olası sağlık problemleri hakkında bilgi edinmekten alıkoyabileceği gibi sıklıkla vücutlarında bir hastalık olup olmadığını kontrol etmek ya da fiziksel semptomların derecesini arttırarak hastane başvurularının artmasına da yol açabilmektedir. Hastalar acil servislere, kardiyoloji ve dahiliye gibi bölümlere yaşamı tehlikeye atacak göğüs ağrısı gibi nedenlerle başvurarak invaziv girişimlerin yapılmasına neden olabilmektedir (23).

Kaçınma durumu muhtemelen doktordan alınacak olası kötü haberlerden duyulan korku nedeniyle gerçekleşmektedir. Sık sık hastane başvuru durumu ise sağlıklı olduklarıyla ilgili onay alma arzusu ile ilişkilidir. Genelde tek bir doktorun görüşü onlar için yeterli değildir, bu yüzden aynı hastalık şüphesi için birkaç doktora başvurup onay alma eğilimindedirler (24,25).

2.3. KRONİK HASTALIKLARDA GÖRÜLEN PSİKOSOSYAL SORUNLAR

Kronik hastalıklar uzun süreli hastalıklardır ve zaman içerisinde geçici veya kalıcı, çoğunlukla ilerleyici organ fonksiyon bozukluğuna neden olurlar. Aynı zamanda duyu, sosyal rol, sosyal çevre kaybı, seksüel yetenek kaybı, yaşamın anlam ve amacının kaybı, ölümden korkma gibi kaygı ve korkular görülmektedir (24).

Kronik hastalık varlığı sağlık anksiyetesine yol açan faktörlerden biridir. Sadece bedensel değil aynı zamanda psikiyatrik bozukluklara da yol açmaktadır.

Bedensel hastalıkla birlikte en sık bulunan psikiyatrik bozukluklar olan depresyon ve anksiyete sıklıkla birlikte görülmektedir. Hastalıklar biyolojik etkiye ilaveten dolaylı olarak yaşam kalitesini düşürerek depresyona neden olabilirler. Ayrıca kronik hastalığa sahip bireylerde depresyon varlığının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (24) .

Yaşam kalitesinin azalmasına bağlı olarak da sağlık anksiyete düzeyinde artış görülmektedir. Bazı hastalıklar da işlevsel kısıtlılığa neden olarak bireylerde depresyona zemin hazırlayabilirler. Yapılan çalışmalarda kronik hastalığı olan bireylerde depresyon ve anksiyete görülme oranının kronik hastalığı olmayan bireylerde görülme oranından daha fazla olduğu görülmüştür. Ayrıca kronik hastalık nedeniyle ilaç kullanan hastalarda sağlık anksiyetesi düzeyi de ilaç kullanmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır (13).

Tıbbi hastalığa eşlik eden depresyonun tanı ve tedavisi önemlidir. Depresyon hastanın yaşam kalitesinde eksikliklere yol açmakta, mevcut tıbbi hastalığın tedavi cevabını ve hastalığın klinik seyrini etkilemektedir. Tıbbi hastalıklarla depresyonun birlikte bulunması, tıbbi durumun belirtileri kadar depresyonun tanınmasında da güçlükler yol açmaktadır (26).

2.3.1 Kalp Damar Hastalıklarında Psikososyal Sorunlar

Kalp hastalıklarında kaygı bozukluğu, depresyon, deliryum, somatizasyon bozukluğu, psikoseksüel bozukluklar görülmektedir (27). Depresyon kardiyak hastalığı olan bireylerde çok yaygın görülen bir durumdur (28). Kalp hastalıklarından özellikle akut miyokard infarktüsü (MI) psikiyatrik komplikasyonların en sık ortaya çıktığı hastalıktır. MI'da akut dönemde ciddi emosyonel stres vardır. Bunun temel nedeni ölüm korkusudur. İkinci neden ise, sağlığının ve yaşam kalitesinin azalacağı korkusudur. Hastalar en fazla kısıtlamaları ve bu kısıtlamaların ilerleyiciliğini düşünerek eksiklik duygusu yaşamakta ve bu durum depresyon gelişimine yol açmaktadır (29). MI sonrası görülen depresif semptomların klinik depresyondan daha çok kardiyovasküler morbidite ve mortalitenin habercisi olduğu belirtilmektedir (27).

Yapılan bir çalışmada ise depresyonun koroner arter by-pass grefti sonrası ölümün bağımsız bir habercisi olduğu belirtilmektedir (28).

2.3.2 Kanserde Psikososyal Sorunlar

Kanser hastaları tanı, tedavi, nüks ve palyatif dönemlerde değişik duygusal, ruhsal ve davranışsal durumlar geliştirirler. Kanser hastalarında uyum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, depresif sendromlar, organik beyin sendromları (deliryum, demans) ve kişilik bozuklukları görülmektedir. Bunlardan en sık görülenleri depresyon ve organik beyin sendromlarıdır (27). Yapılan çalışmalarda kemoterapi alan hastalarda en sık kızgınlık ve ileriye yönelik ümitsizlik duygusu saptanmıştır (30). İleri yaştaki hastaların genç hastalara göre daha fazla psikolojik semptom yaşadıkları, ilerleyen yaş ile birlikte bireylerin hem psikolojik hem de sosyal destek gereksinimlerinin arttığı bildirilmektedir (29).

2.3.3 Solunum Sistemi Hastalıklarında Psikososyal Sorunlar

Solunum sistemi hastalıklarının bulguları olan hipoksi, hiperkapni, hiperventilasyon ve solunum yetmezlikleri doğrudan beyin işlevlerini etkilemekte, hastalarda soluk alamama kaygısına ve yoğun ölüm korkusuna neden olmaktadır. En yaygın psikiyatrik bozukluk olan kaygı hiperventilasyona yol açar; hasta dispne yaşadığı zamandan daha çok endişe duyar ve korku gelişir. Solunum sistemi hastalıklarında uyum güçlükleri, kaygı bozuklukları, panik bozukluk, depresyon ve kişilik değişiklikleri görülür. Aynı zamanda bu hastalıkların tedavisinde kullanılan bronkodilatör, sempatomimetik ve dekonjestan ilaçlar da kaygı, depresyon ve psikotik semptomu yol açmaktadır (27). Yapılan çalışmalarda KOAH olan bireylerin üçte birine depresyon teşhisi konulduğu ve yatarak tedavi alanlarda depresyonun daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (31). Başka bir çalışmada bunun nedenleri, KOAH'lı bireylerin ilerleyici fiziksel güç kaybı, kişilerarası ilişkiler, sosyal etkinlikler ve mesleğini yürütme güçlüğü gibi sorunlar yaşaması ve bu sorunların hastanın benlik saygısını ve kendine güvenini azaltması olarak gösterilmiştir (29,32).

2.3.4 Diyabet Hastalarında Psikososyal Sorunlar

Beyin fizyolojisini değiştiren hastalıklar davranışları, duygulanımı ve düşünceleri bozabilmektedir. Birçok endokrin hastalıkta beyin işlevleri etkilenmektedir. Bu etkilerin şiddeti ve süresi arttığında, organik ruhsal bozukluklar ortaya çıkmaktadır. Endokrin hastalıklara en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklar;

deliryum, anksiyete bozukluğu, kişilik değişiklikleri, depresyon, şizofreni benzeri duygudurumlar ve demanstır (27). Depresyonu olan kişilerde diyabet, hipertansiyon gibi hastalıkların sıklığı daha fazladır (33). Başka bir çalışmada ise diyabet ve obezite hastalarında depresyon skoru her iki grupta da yüksek saptanmıştır (34). Türkiye’de yapılmış olan bir çalışmada ise bir diyabet merkezine başvuran hastaların % 30,8’ inde anksiyete, % 51,1’ inde ise depresyon mevcuttur (35). DM hastalarında ortaya çıkan depresyon ve anksiyete hastanın yaşam kalitesini negatif yönde etkilemektedir. Başka bir çalışmada ise; hastaların diyabet ile geçirilen yaşam süresinin uzunluğunun, ileri yaşın, düşük eğitim düzeyinin, diyabetik komplikasyon varlığının, insülin kullanımının ve düzenli olmayan metabolik değerlerin hasta yaşam kalitesini negatif olarak etkilediği, hastaların depresif semptomlarını ağırlaştırdığı ve hastalarda major depresyon zeminini artırdığı saptanmıştır (36).

2.3.5 Kronik Hastalıklara Uyum Süreci

DSÖ’nün raporuna göre tedaviye uyum; ilaç kullanma, diyet ve yaşam tarzı değişikliği oluşturmada sağlık ekibinin verdiği öneriler eşliğinde hastanın davranış değişikliğinin bir göstergesi olarak tanımlanmaktadır (19). Tedaviye uyum, tedavi başarısının primer belirleyicisidir. Yetersiz uyum klinik iyileşmeyi azaltmaktadır. Gelişmiş ülkelerde kronik hastalığı olan hastaların sadece %50’si tedaviye uyum sağlamaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde bu oran daha da düşmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerine erişim kısıtlılığı ile uygun tanı ve tedavi eksiklikleri birlikte ele alındığında zayıf uyum kronik hastalıklarla mücadelede sağlık hizmetlerinin çabalarını yetersiz kılmaktadır (19)

Kronik hastalıkların tedavisine uyumsuzluk, dünya çapında bir problemdir. Hastalık yükü arttıkça zayıf uyumun yol açtığı etkiler daha da büyük olacaktır. Uzun süreli tedavilere zayıf uyum tedavi etkinliklerinde ciddi tehlikeler oluşturmaktadır. Bu durum hem yaşam kalitesi hem de sağlık ekonomisi açısından önemlidir. Uyumu artırıcı müdahaleler önemli bir katkı sağlayacaktır. Uyum, takip edilmesi gereken dinamik bir süreçtir. Uyumu hedefleyen müdahaleler sürekli ve dinamik bir süreç gerektirir. Sağlık hizmet sağlayıcıları hastaların uyuma hazır olup olmadığını değerlendirebilmeli, uyum konusunda tavsiyeler verebilmeli ve hastanın uyum sürecini takip edebilmelidir. Bu nedenle uyum yönetimi konusunda eğitim hizmetleri sağlanmalıdır (19).

Kronik hastalıklarda psikososyal uyum süreci hastalığın tedavi, takibi ve bakımı ile ilgili birçok faktörden etkilenmektedir. Hastanın kişilik özellikleri, genetik yatkınlığı, fiziksel ve sosyolojik özellikleri, hastalığın ortaya çıkış şekli, hastalığın süresi, hastalığın seyri, hastalığın yarattığı geçici ve kalıcı komplikasyonlar, hastanın yaşam tarzı, önceki yaşam deneyimleri, hafızası, öğrenme kapasitesi, diğer kişilerle ilişkileri, problem çözme davranışları, sosyokültürel durumu, ekonomik durumu gibi özellikleri psikososyal uyum durumunda etkili olmaktadır. Kronik hastalıklara etkili bakımın sağlanmasında hastanın, ailesinin ve sosyal çevresinin rolü de önemlidir (16,19)

Uyumun sağlanmasında en önemli nokta bireyin hastalık süresince fiziksel ve psikososyal değişikliklerini tanınması ve uyumu artırıcı müdahaleler için çaba göstermesidir. Mevcut hastalık kişinin yaşam kalitesini ne kadar bozuyorsa uyum sürecini de aynı ölçüde güçleştirir. Kronik hastalıkların tanısından tedavisine ve gerekirse palyasyonuna kadar her döneminde hem tıbbi hem psikososyal olarak farklı uyum sorunları gelişebilmektedir. Hastalar bu sorunlarla baş etmede yetersiz kalabilmektedirler. Özellikle ileri yaştaki hastalar ciddi sorunlarla karşılaşabilmekte ve bu sorunlara müdahalede yetersiz kalınmaktadır (16,29).

Kronik hastalıklar, uzun süreli bakım ve multidisipliner yaklaşım gerektiren durumlar olduğundan kronik hastalık yönetiminin de birey, ailesi ve bunlarla birlikte doktor, hemşire, psikolog ve diğer sağlık bakım profesyonelleri tarafından ekip çalışması ile yapılması gerekmektedir (16).

2.4. COVID 19 PANDEMİ DÖNEMİNDE ANKSİYETE VE UYUM DURUMU

2.4.1 Pandemi

Pandemi ‘‘bir hastalığın çeşitli ülkelerde veya kıtalarda yayılması, hatta tüm dünya gibi çok geniş bir alanda yayılım göstermesi’’dir. Pandemik hastalık, dünya genelinde yaşayan insanların sağlığını tehdit eden bulaşıcı hastalıklardır. Nüfusun önemli bir bölümünü etkilemektedir. Pandemi, DSÖ tarafından ilan edilir. Yeni ortaya çıkan ve tüm ülkeler için tehdit oluşturan hastalık etkeninin insandan insana kolay ve sürekli bir şekilde bulaşabilmesi önemli kriterlerdir (37)

Çin'in Wuhan şehrinde 31 Aralık 2019'da etiyolojisi bilinmeyen pnömoni vakalarının bildirilmesi üzerine 7 Ocak 2020 de etken daha önce insanda tespit edilmemiş yeni bir koronavirüs (2019-nCov) türü olarak saptanmıştır ve hastalığın adı Koronavirüs hastalığı 2019 (Covid-19) olarak tanımlanmıştır (38). 2019 yılında ortaya çıkıp hızlıca tüm dünyayı etkilemiş olan bu durum DSÖ tarafından pandemi olarak ilan edilmiştir.

Koronavirüsler beta-coronavirus ailesi içinde yer alan tek zincirli, pozitif polariteli, zarflı RNA virüsleridir (39). Koronavirüslerin insan kaynaklı alt tipleri (HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63 ve HKU1-CoV) ve hayvan kaynaklı olup insanlarda hastalık oluşturan alt tipleri (SARS-CoV, MERS-CoV) mevcuttur. Soğuk algınlığından Ağır Akut Solunum Sendromu (Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS) na kadar geniş klinik tablolara neden olabilmektedirler (38).

2.4.2. Pandemi ve Kronik Hastalık

Covid-19 hastalığının genel toplumda ölüm oranı düşük iken ileri yaş ve kronik hastalığı olan bireylerde ağır klinik seyir ve ölüm oranı daha yüksektir. Covid-19 hastalarında kötü prognoza yol açtığı bildirilen bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında ilk sıralarda DM, hipertansiyon, serebrovasküler hastalık, koroner arter hastalığı ve KOAH bulunur (40).

Covid-19 hastalarında komorbidite prevalansı değerlendirme çalışmalarında ağır klinik seyirle giden vakalar ağır olmayanlarla karşılaştırıldığında ağır vakalarda hipertansiyon, DM, KDH, KOAH ve serebrovasküler hastalık prevalansı daha yüksek bulunmuştur (41,42).

Patofizyolojisi ne olursa olsun yaş ve komorbidite ciddi risk faktörü olarak bulunmuştur. Eşlik eden hastalıklar çeşitli mekanizmalar, proinflamatuvar faktörlerle bireyleri hastalığa duyarlı hale getirebilmektedir (42).

2.4.3. Pandemi ve Anksiyete

Covid-19 hastalığı bireylerin yalnızca fiziksel değil ruhsal sağlığı üzerinde de akut ya da kronik değişikliklere yol açabilmektedir. Soğuk algınlığından solunum yetmezliğine kadar geniş klinik tablolara yol açan Covid-19 hastalığının bireylerde anksiyete, depresyon ve stres düzeylerini attırdığı gösterilmiştir. Özellikle salgının

başlangıç ve vaka sayılarının artış dönemlerinde bireylerin korku düzeylerindeki artış dikkat çekmektedir. Hastalık salgınları sadece enfekte olan hastaları değil enfekte olmamış bireylerin psikolojik durumlarını da etkilemektedir. Ayrıca en önemli sağlık önlemlerinden olan sosyal izolasyon bireylerin psikolojik durumlarını ciddi bir şekilde etkilemiş, sosyal ilişkileri azaltarak bireyleri yalnızlığa itmiştir. Bu yaşam tarzı değişimlerinin etkisinin uzun dönemde kalıcı olabileceği düşünülmektedir (43).

Pandemi döneminde bireylerin güvenlik duygusunu azaltması, gözle görülmeyen bir etkenle savaşılmaması, ne zaman biteceğinin belli olmaması, tedavi yöntemlerinin belirsizliği, tüm toplumun risk altında olması, ölüm korkusuna yol açması gibi nedenlerle ruhsal travmalara yol açabilir. Bu dönemde anksiyete, depresyon, stres ve uyku sorunları çok sık görülür (12,44). Ayrıca pandemi sürecinde bireylerin sağlıklarını algılama düzeyleri de etkilenir. Bu bağlamda sağlık anksiyete düzeyinin etkilenmesi beklenmektedir.

Yapılan çalışmalarda pandemi döneminde sağlık anksiyetesi yüksek olan bazı bireyler sık hastane başvurusu ile sağlık sisteminde yoğunluk oluşturmalarına karşın, bazı bireyler ise bulaş endişesiyle hastane başvurusu yapmadığı bildirilmiştir (12). Sağlık anksiyetesi düşük bireyler ise pandemi kurallarına uyma konusunda direnç göstermişlerdir. Pandeminin kontrolde olabilmesi için bireylerin pandemi kurallarına uyması gerekmektedir. Uyumu etkileyecek durumlardan biri sağlık anksiyetesidir (12).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma, kesitsel ve analitik tipte prospektif gözlemsel bir araştırmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEK BÜYÜKLÜĞÜ

Bu araştırmanın evrenini 2021 yılının mayıs ve haziran aylarında Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi aile hekimliği polikliniklerine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş ve üzeri kişiler oluşturdu. Hastane kayıtlarına göre aile hekimliği polikliniklerine iki ayda başvuran ortalama 2320 kişiden, kalp damar hastalıkları, malignite, KOAH ve diyabet tanısı almış toplam 777 kişi mevcut olup %95 güven düzeyi ve %5 güven aralığı içinde Survey System Sample Size Calculator yazılımı kullanılarak örneklem sayısı minimum 257 olarak bulunmuştur.

3.3. ARAŞTIRMA İZİNLERİ

Bu araştırmanın yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 15/02/2021 tarihli toplantısının HNEAH-KAEK 2021/56 sayılı kararı ile onaylanmıştır. Etik kurul karar örneği Ek-1'de yer almaktadır.

Araştırmanın yapılması için gerekli idari izin Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden alınmıştır. 01/03/2021 tarih ve 62977267-E.65 Sayılı başhekimlik izni Ek-2'te sunulmuştur.

Araştırma Helsinki Deklarasyonu, İyi Klinik Uygulama (Good Clinical Practice) ilkelerine uygundur ve denek araştırma etik kuralları ile çelişmemektedir. STROBE (The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) grup tarafından hazırlanmış kılavuza uygundur.

3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME ve DIŞLAMA KRİTERLERİ

3.4.1 Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

En yaygın 4 kronik hastalıktan (kalp hastalıkları, DM, KOAH ve malignite) en az birine sahip,

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan,
- Çalışmadaki soru formlarını eksiksiz dolduran,
- İletişim kurulabilecek mental durumda olan,
- 18 yaş ve üzerinde olan bireyler araştırmaya dahil edildi.

3.4.2 Araştırmayı dışlama kriterleri:

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan,
- Çalışmadaki soru formlarını eksik dolduran,
- İletişim kurulamayacak kadar mental bozukluğu olan,
- 18 yaşından küçük olan ve en yaygın 4 kronik hastalıktan biri bulunmayan bireyler hariç tutuldu.

3.5 VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ ve ULAŞMA ORANI

Çalışmaya dahil olan bireylere çalışmanın amacı hakkında bilgi verildikten sonra, çalışmaya katılma ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları konusunda bilgilendirildi. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nu imzalayanlar çalışmaya dahil edildi. Araştırmanın verileri yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Katılımcılara önce sosyodemografik özellikleri ve kronik hastalıkları ile ilgili bilgi toplama formu (Ek-3), ardından sırası ile Kronik Hastalık Uyum Ölçeği (KHÜDÖ) (Ek-4), Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ) (EK-5) ve Birinci Basamak için Fiziksel Aktivite anketi (BBFAA)(Ek-6) uygulandı. Soru formlarındaki tüm sorulara yanıt alınması ortalama 20 dakika sürdü. Soru formunu yanıtlamayı yarıda bırakan katılımcıların yanıtları değerlendirmeye alınmadı. Araştırmaya 259 kişi katıldı.

3.5.1. KULLANILAN ANKET VE ÖLÇEKLER

1.Katılımcı Bilgi Toplama Formu

Literatürden yararlanılarak hazırlanan katılımcı bilgi toplama formunda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, aylık toplam hane geliri sorgulandı.

Kronik hastalık türü: 'hipertansiyon', 'diyabet', 'koah', 'osteoporoz-artrit', 'böbrek hastalıkları', 'kalp hastalıkları', 'diğer kronik hastalıklar' olarak sorgulandı.

Kronik hastalık için ilaç kullanım durumu: ‘ilaçlarımı düzenli kullanıyorum’, ‘ilaçlarımı düzensiz kullanıyorum’, ‘İlaç kullanıyordum, bıraktım.’, ‘ilaç kullanmıyorum’ şeklinde sorgulandı.

Kronik hastalık süresi: ‘1 yıldan az’, ‘1-5 yıl’, ‘6-10 yıl’, ‘11 yıl ve üzeri’ olarak gruplandı.

Sigara kullanım durumu: ‘evet kullanıyorum’, ‘hayır kullanmıyorum’, ‘bıraktım’ olarak sorgulandı.

Alkol kullanım durumu: ‘hiç kullanmadım’, ‘bıraktım’, ‘nadiren kullanırım’, ‘sıklıkla kullanıyorum’ olarak sorgulandı.

Diyete uyma durumu: ‘evet’ ve ‘hayır’ olarak sorgulandı. Sonraki soruda diyet uygulayanlar için diyet uygulama bilgi kaynağı sorgulandı ve ‘kendi bilgim ve alışkanlıklarım’, ‘hekim veya diyetisyen’, ‘sosyal medya ve tv den edindiğim bilgilerle’ seçenekleri sunuldu.

2.Kronik Hastalık Uyum Ölçeği (KHÜDÖ):

Atik ve arkadaşları tarafından 2016 yılında Kronik hastalıklara uyumu değerlendirmek için geliştirilmiş, Vicdan ve arkadaşları tarafından 2018 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan ölçeğin maddeleri literatür taraması (Akdemir, 2005; Gülseven ve Oğuz, 2010; Yılmaz, 2011; Mollaoğlu, 2012; Stoltzfus ve Green, 2013) yapılarak araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. KHÜDÖ, üçlü likert tipinde bir ölçektir. Ölçeğin maddeleri olumlu ve olumsuz önermeler içermektedir. Üç alt boyutlu ve 25 maddeli olan ölçekte;

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

1., 2., 3., 4., 7., 8., 9., 10., 11., 13., 14., 15., 16., 18., 21., 22., 23. maddeler normal (1, 2, 3, 4, 5 şeklinde), 5., 6., 12., 17., 19., 20., 24., 25. maddeler ters (5, 4, 3, 2, 1 şeklinde) puanlanmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan 125’tir. Alt boyutlardan ve/veya ölçeğin tamamından alınan puanların artması, hastaların hastalığa uyum düzeylerinin de artması anlamına gelmektedir (45).

3.Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ):

Salkovskis ve arkadaşları tarafından sağlık kaygısını değerlendirmek için geliştirilen, 2012 yılında Aydemir ve arkadaşları tarafından Türkçe için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Sağlık Kaygısı Ölçeği 18 adet dörtlü seri ifadelerden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin ilk 14 sorusu kişinin psikolojik durumu sorgulayan sorulardan, kalan 4 soru ise varsayımla kişinin psikolojik durumunun nasıl olacağı hakkında fikir veren sorulardan oluşur. Ölçeğin puanlaması her biri için 0 ile 3 arasındadır. Ölçekten alınan puan arttıkça bireylerin sağlık kaygı düzeyinin yükseldiğini gösterir (21).

4.Birinci Basamak için Fiziksel Aktivite anketi (BBFAA):

Nogay ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik araştırılması yapılan, İngiltere’de Ulusal Sağlık Hizmetleri kapsamında birinci basamakta erişkinlerin fiziksel aktivite düzeyini değerlendirmek için kullanılan “General Practice Physical Activity Questionnaire (GPPAQ)” adlı ölçeği kullanılmıştır. Ölçek üç ana başlık altında yedi sorudan oluşur. Ölçeğin ilk bölümünde kişinin iş yerindeki hareketliliği üzerine bir soru sorulurken, ikinci bölümde son yedi gün içinde yapılan aktiviteler ve haftada kaç saat yapıldığı sorulmaktadır. Son bölümde ise kişinin normal yürüyüş hızını değerlendiren bir soru bulunmaktadır. Sorular içinde; yürüme, ev işi, bahçe işleri ve hobi uğraşları da olmasına karşın anlamlı bir katkı sağlayacak güvenilirlikte veri getirisi olmadığından fiziksel aktivite göstergesi hesaplanırken bunlar değerlendirmeye alınmaz. On altı ile 74 yaş arasındaki bireylere uygulanır ve hareketli, orta derecede hareketli, az hareketli ve hareketsiz olmak üzere dört düzeyde sonuç verir. Kişinin fiziksel aktivite düzeyini yorumlaması ve öneride bulunabilmesi için uygulayıcıyı yönlendirir (46).

3.6. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu gibi demografik bilgilerin yer aldığı sorular ile sorulara verilen yanıtlarda bireylerin dağılımını göstermede sayı (n) ve yüzde (%) değerleri kullanıldı.

Çalışmada yer alan Yaş, Toplam Hastalık Sayısı, Kronik Hastalık Uyum Ölçeği (KHÜDÖ) ve alt boyutları (Fiziksel Uyum, Sosyal Uyum, Psikolojik Uyum),

Sağlık Anksiyetesi Ölçeği (SAÖ), gibi sürekli değişkenin normal dağılıma uygunluğu grafiksel olarak ve Shapiro-Wilks testi ile değerlendirildi. Sürekli değişkenlerin Yaş hariç hiçbirinin normal dağılıma uymadıkları belirlendi bu nedenle tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde ortanca (ÇAG–Çeyreklikler Arası Genişlik) değerleri kullanıldı. Ek olarak tanımlayıcı istatistik gösteriminde Ortalama±Standart Sapma ve minimum-maksimum değerleri kullanıldı.

Eğitim durumu, gelir seviyesi, sigara kullanım durumu gibi kategorik değişkenlere göre bireylerin Kronik Hastalık Uyum Ölçeği ve alt boyutları (Fiziksel Uyum, Sosyal Uyum, Psikolojik Uyum) ve Sağlık Anksiyetesi Ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis non-parametrik varyans analizine başvurulmuştur. İkili karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi yapılarak analiz sonuçları verilmiştir.

Cinsiyet, kronik hastalıklarda diyet yapma durumu gibi iki grulu değişkenlerin Kronik Hastalık Uyum Ölçeği ve alt boyutları (Fiziksel Uyum, Sosyal Uyum, Psikolojik Uyum) ve Sağlık Anksiyetesi Ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Yaş ile Kronik Hastalık Uyum Ölçeği ve alt boyutları (Fiziksel Uyum, Sosyal Uyum, Psikolojik Uyum) ve Sağlık Anksiyetesi Ölçek puanları arasında yapılan korelasyon analizinde Spearman non-parametrik korelasyon katsayısı verildi.

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve MS-Excel 2007 programları kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.7. ÇIKAR ÇATIŞMASI

Tezi yazan, tez danışmanı ve tezin yazılma sürecine katkıda bulunanlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

4. BULGULAR

Çalışmaya katılan bireylerin %56,8'i (n=147) kadın, %43,2'si (n=112) erkektir. Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 54.95 ± 14.51 'dir. Minimum yaş 20 yıl iken, maksimum yaş 96 yıl olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin %77,2'si (n=200) evli, %13,1'i (n=34) bekar, %9,7'si (n=25) boşanmıştır. Eğitim durumuna göre değerlendirdiğimizde bireylerin %1,9'u (n=5) okur-yazar değil, %10,8'i (n=28) okuryazar, %35,5'u (n=92) ilköğretim, %28,3'ü (n=73) lise, %22'si (n=57) üniversite ve %1,5'i (n=4) lisansüstü eğitim düzeyinde olduğu saptanmıştır. Gelir durumuna baktığımızda bireylerin %9,7'si (n=25) 2324 TL ya da daha az, %36,3'ü (n=94) 2325 TL-4646 TL arasında, %2,8'inin (n=59) 4649 TL-6072 TL arasında, %17,3'nün (n=45) 9297 TL ve üzerinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1: Sosyodemografik bilgiler

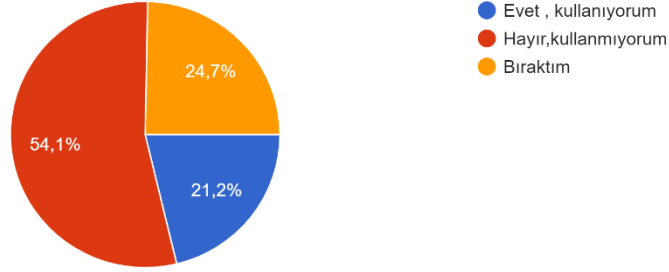
		n(%)
Cinsiyet	Kadın	147 (56,8)
	Erkek	112 (43,2)
Medeni Durum	Evli	200 (77,2)
	Bekar	34 (13,1)
	Boşanmış/Dul	25 (9,7)
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	5 (1,9)
	Okur-yazar	28 (10,8)
	İlköğretim	92 (35,5)
	Lise	73 (28,3)
	Üniversite	57 (22,0)
	Lisansüstü	4 (1,5)
Meslek	Emekli	69 (26,6)
	Ev hanımı	98 (37,8)
	Mühendis	8 (3,1)
	Memur	33 (12,7)
	Serbest meslek	31 (12,0)
	İşçi	12 (4,7)
	Diğer	8 (3,1)
Gelir Durumu	2324 TL ya da daha az	25 (9,7)
	2325 TL-4646 TL arası	94 (36,3)
	4649 TL-6072 TL arası	59 (22,8)
	6973 TL-9296 TL arası	36 (13,9)
	9297 TL ve üstü	45 (17,3)

Çalışmamızda bireylerin %53,7'sinde (n=156) hipertansiyon, %46,3'ünde (n=120) DM, %24,7'sinde (n=64) kalp hastalığı, %10'unda (n=26) böbrek hastalıkları, %12,7'sinde (n=33) KOAH mevcuttur ve bireylerin %83,4'ü (n=216) düzenli, %12'si (n=31) düzensiz ilaç kullanmaktadır. Ayrıca %37,8'i (n=98) 11 yıl ve üzeri süredir kronik hastalığa sahiptir.

Tablo 2: Kronik hastalık durumları

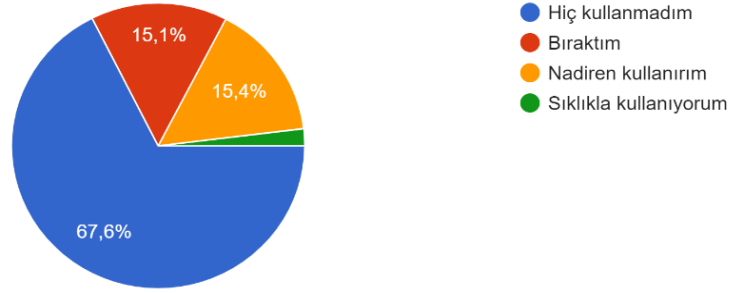
			n(%)	
Mevcut Hastalıklarınız	Diyabet	Var	120 (46,3)	
		Yok	139 (53,7)	
	Hipertansiyon	Var	156 (60,2)	
		Yok	103 (39,8)	
	Kalp Hastalıkları	Var	64 (24,7)	
		Yok	195 (75,3)	
	Böbrek Hastalıkları	Var	26 (10,0)	
		Yok	233 (90,0)	
	KOAH	Var	33 (12,7)	
		Yok	226 (87,3)	
	Diğer	Var	31 (12,0)	
		Yok	228 (88,0)	
				n (%)
	Kronik Hastalık Durumuna İlaç Kullanma Durumu	İlaç kullanmadım		6 (2,3)
İlaç kullanıyordum, bıraktım		6 (2,3)		
İlaçlarımı düzenli kullanıyorum		216 (83,4)		
İlaçlarımı düzensiz kullanıyorum		31 (12,0)		
Kronik Hastalık Süresi	1 yıldan az		16 (6,2)	
	1-5 yıl		71 (27,4)	
	6-10 yıl		74 (28,6)	
	11 yıl ve üzeri		98 (37,8)	

Çalışmamızda bireylerin %21,2'si (n=55) sigara kullanmakta, %54,1'i (n=140) sigara kullanmamakta ve %24,7'si (n=64) ise sigarayı bırakmıştır.



Şekil 1: Sigara kullanım grafiği

Bireylerin %1,9'u (n=5) sıklıkla, %15,4'ü (n=40) nadiren alkol kullanıyor olup, %67,6'sı (n=175) hiç alkol kullanmamış ve %15,1'i (n=39) alkolü bırakmıştır.



Şekil 2: Alkol kullanım durum grafiği

Bireylerin %70,3'ü (n=182) kronik hastalıkları ile ilgili diyet yapmıştır.

Tablo 3: Alışkanlıklar ve diyet durumu

Sigara Kullanım Durumu	Evet kullanıyorum	55 (21,2)
	Hayır kullanmıyorum	140 (54,1)
	Bıraktım	64 (24,7)
Alkol Kullanım Durumu	Sıklıkla kullanıyorum	5 (1,9)

	Nadiren kullanırım	40 (15,4)
	Hiç kullanmadım	175 (67,6)
	Bıraktım	39 (15,1)
Kronik Hastalıklarımızla İlgili		
	Evet	182 (70,3)
Diyet Yaptınız mı?		
	Hayır	77 (29,7)
Evet ise;		
	Sosyal medya, TV vb kaynaklardan	32 (12,4)
		Yok 227 (87,6)
	Hekim-diyetisyen	Var 134 (51,7)
		Yok 125 (48,3)
	Kendi alışkanlıklarım	Var 105 (40,5)
		Yok 154 (59,5)

Bireylerin toplam *kronik hastalık uyum ölçeği puan* ortalaması $86,83 \pm 10,63$, *sağlık anksiyete ölçek puanı* ortalaması $23,14 \pm 11,14$ olarak tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 4: Kronik Hastalık Uyum ve Sağlık Anksiyete Ölçeği Değerlendirmesi

	Ort±SS	Ortanca (ÇAG)	Minimum – Maksimum
Yaş	54,95±14,51	56,0 (20,0)	20,0; 96,0
Fiziksel Uyum	41,62±6,44	42,0 (7,0)	18,0; 55,0
Sosyal Uyum	22,30±4,01	22,0 (5,0)	13,0; 34,0
Psikolojik Uyum	22,91±3,43	23,0 (4,0)	13,0; 35,0
Toplam Kronik Hastalık Uyum Ölçek Puanı	86,83±10,63	87,0 (13,0)	49,0; 117,0
Toplam Sağlık Anksiyete Ölçek Puanı	23,14±11,14	22,0 (18,0)	2,0; 54,0

Fiziksel uyum puanına göre tanımlayıcı istatistikler ve gruplar arası karşılaştırma sonuçları Tablo 5’te özetlenmiştir.

Çalışmaya katılan kadın bireylerin *fiziksel uyum puanı* ortalaması $42,45 \pm 6,0$ erkek bireylerin *fiziksel uyum puanı* ortalaması ise $40,53 \pm 6,81$ ’dir. Kadınların *fiziksel uyum puanı* erkeklerin uyum puanına göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($z=2,492$, $p=0,013$). Bireylerin *fiziksel uyum puanında* eğitim durumuna göre istatistiksel olarak bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=19,129$, $p=0,002$). Üniversite mezunu bireylerin fiziksel uyum düzeyi en yüksek olurken, okuryazar olmayan bireylerin ise fiziksel uyum düzeyinin en düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5: Sosyodemografik değişkenlere göre Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği alt boyutu Fiziksel Uyum puanlarının karşılaştırılması

		Fiziksel Uyum Puanı		Test İstatistiği	
		Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Z ; 2	p
Cinsiyet	Kadın	42,45±6,03	42,0 (7,0)	z=2,492	0,013
	Erkek	40,53±6,81	41,0 (8,0)		
Medeni Durum	Evli	41,68±6,15	42,0 (7,0)	$\chi^2=0,055$	0,973
	Bekar	41,50±8,14	42,0 (11,7)		
	Boşanmış/Dul	41,24±6,39	42,0 (8,5)		
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	38,40±4,34	36,0 (8,0)	$\chi^2=19,129$	0,002
	Okur-yazar	39,86±5,29	41,0 (8,2)		
	İlköğretim	41,14±5,52	42,0 (6,7)		
	Lise	41,33±7,03	42,0 (7,5)		
	Üniversite	44,40±6,45	45,0 (11,0)		
	Lisansüstü	34,50±11,36	38,0 (19,5)		
Gelir Durumu	2324 TL ya da daha az	41,20±4,96	42,0 (2,5)	$\chi^2=2,426$	0,658
	2325 TL-4646 TL arası	42,00±5,46	42,0 (7,0)		
	4649 TL-6072 TL arası	40,76±7,05	42,0 (8,0)		
	6973 TL-9296 TL arası	42,78±6,31	42,0 (10,7)		
	9297 TL ve üstü	41,24±8,17	42,0 (10,5)		

Çalışmaya katılan bireylerin kronik hastalık için ilaç kullanım durumuna göre fiziksel uyum ortalaması ilaç kullanmayan bireylerde $34,17\pm6,43$, ilaçlarını düzensiz kullanan bireylerde $34,84\pm7,22$, ilaçlarını düzenli kullanan bireylerde $42,88\pm5,42$ olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=40,112$, $p<0,001$).

Tablo 6: Kronik hastalık ve ilaç kullanım durumuna göre Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği alt boyutu Fiziksel Uyum puanlarının karşılaştırılması(devam)

		Fiziksel	Uyum Puanı		
		Ort±SS	Medyan (ÇAG)		
				Test İstatistiği	
				Z ; χ^2	
Kronik Hastalık Durumuna İlaç Kullanma Durumu	İlaç kullanmadım	34,17±6,43	36,0 (11,7)	$\chi^2=40,112$	<0,001
	İlaç kullanıyordum, bıraktım	38,67±9,64	41,0 (15,0)		
	İlaçlarımı düzenli kullanıyorum	42,88±5,42	42,0 (7,0)		
	İlaçlarımı düzensiz kullanıyorum	34,84±7,22	36,0 (9,0)		
Kronik Hastalık Süresi	1 yıldan az	40,62±6,31	41,0 (8,5)	$\chi^2=2,811$	0,422
	1-5 yıl	41,28±7,47	42,0 (9,0)		
	6-10 yıl	40,93±7,09	42,0 (9,2)		
	11 yıl ve üzeri	42,54±4,95	42,0 (6,0)		

Bireylerin sigara kullanım durumuna göre *fiziksel uyum puanları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($\chi^2=8,371$, $p=0,015$). Sigarayı bırakan ve kullanmayan bireylerin *fiziksel uyum puan* ortalaması ($43,06\pm4,84$, $41,91\pm6,45$), sigara kullanan bireylerin *fiziksel uyum puan* ortalamasından ($39,20\pm7$) yüksek bulunmuştur.

Alkol kullanım durumuna göre bireylerin *fiziksel uyum puanları* arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=6,840$, $p=0,077$).

Bireylerin kronik hastalık ile ilgili diyet yapma durumuna göre *fiziksel uyum puanları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($z=7,137$, $p<0,001$). Kronik hastalıkla ilgili diyet yapan bireylerin *fiziksel uyum puanı* ortalaması $43,34\pm5,73$, diyet yapmayan bireylerin *fiziksel uyum puanı* ortalaması ise $37,54\pm6,22$ olduğu belirlenmiştir.

Tablo 7: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği alt boyutu Fiziksel Uyum puanlarının karşılaştırılması(devam)

		Fiziksel Uyum Puanı		Test İstatistiği	
		Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Z ; χ^2	p
Sigara Kullanım Durumu	Evet kullanıyorum	39,20±7,41	40,0 (11,0)	$\chi^2=8,371$	0,015
	Hayır kullanmıyorum	41,91±6,45	42,0 (7,0)		
	Bıraktım	43,06±4,84	43,0 (7,5)		
Alkol Kullanım Durumu	Sıklıkla kullanıyorum	34,60±6,46	36,0 (10,5)	$\chi^2=6,840$	0,077
	Nadiren kullandım	41,32±8,26	42,0 (8,7)		
	Hiç kullanmadım	41,60±6,21	42,0 (7,0)		
	Bıraktım	42,87±4,69	43,0 (8,0)		
Kronik Hastalıklarınızla İlgili Diyet Yaptınız Mı?	Evet	43,34±5,73	43,0 (6,0)	z=7,137	<0,001
	Hayır	37,54±6,22	38,0 (6,5)		
Diyabet	Var	42,51±5,52	42,0 (7,0)	z=1,446	0,148
	Yok	40,85±7,07	42,0 (9,0)		
Hipertansiyon	Var	41,66±6,47	42,0 (7,0)	z=0,559	0,576
	Yok	41,55±6,42	41,0 (8,0)		
Kalp Hastalıkları	Var	41,79±6,14	42,0 (6,7)	z=0,244	0,807
	Yok	41,56±6,55	42,0 (8,0)		
Böbrek Hastalıkları	Var	43,69±7,05	44,0 (9,5)	z=2,110	0,035
	Yok	41,39±6,34	42,0 (8,0)		
KOAİ	Var	40,94±7,03	42,0 (9,0)	z=0,698	0,485
	Yok	41,72±6,36	42,0 (7,0)		

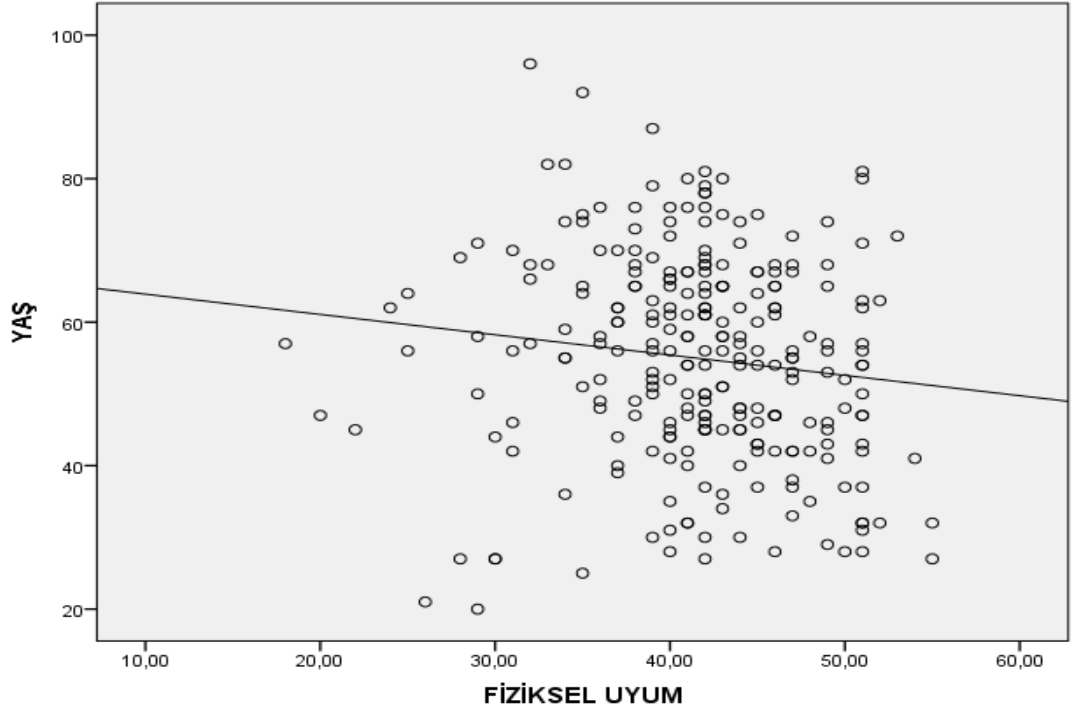
Fiziksel uyum puanları bakımından ilaç kullanım durumu arasında ikili karşılaştırmalarda ilaçlarımı düzenli kullanıyorum cevabını verenler ile ilaçlarımı düzensiz kullanan ve ilaç kullanmayan bireyler arasında ilaçlarımı düzenli kullanıyorum cevabı verenlerde daha yüksek olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (p=0,011, p<0,001) (Tablo 8).

Fiziksel uyum puanları bakımından eğitim durumu arasında ikili karşılaştırmalarda okuryazar olan ve üniversite mezunu, ilköğretim mezunu ve üniversite mezunu olan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,013$, $p=0,022$).

Tablo 8: İlaç Kullanma Durumu, Sigara Kullanım Durumu, Eğitim Durumu Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği alt boyutu Fiziksel Uyum İkili Karşılaştırmaları

İlaç Kullanma Durumu	p
İlaç kullanmadım-İlaçlarımı düzensiz kullanıyorum	1,000
İlaç kullanmadım- İlaç kullanıyordum bıraktım	0,810
İlaç kullanmadım-İlaçlarımı düzenli kullanıyorum	0,011
İlaçlarımı düzensiz kullanıyorum- İlaç kullanıyordum bıraktım	0,816
İlaçlarımı düzensiz kullanıyorum- İlaçlarımı düzenli kullanıyorum	<0,001
İlaç kullanıyordum bıraktım- İlaçlarımı düzenli kullanıyorum	1,000
Sigara Kullanım Durumu	
Evet kullanıyorum- Hayır kullanmıyorum	0,053
Evet kullanıyorum- Bıraktım	0,017
Hayır kullanmıyorum- Bıraktım	1,000
Eğitim Durumu	
Lisansüstü- Okuryazar değil	1,000
Lisansüstü-Okuryazar	1,000
Lisansüstü-İlköğretim	1,000
Lisansüstü-Lise	1,000
Lisansüstü-Üniversite	0,316
Okuryazar değil-Okuryazar	1,000
Okuryazar değil-İlköğretim	1,000
Okuryazar değil-Lise	1,000
Okuryazar değil-Üniversite	0,364
Okuryazar-İlköğretim	1,000
Okuryazar-Lise	1,000
Okuryazar-Üniversite	0,013
İlköğretim-Lise	1,000
İlköğretim-Üniversite	0,022

Fiziksel uyum puanı ile yaş arasında çok zayıf düzeyde, negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (spearman İlişki Katsayısı=-0,174, p=0,005). Yaş arttıkça fiziksel uyum puanı azalmaktadır.



Şekil 3: Yaş ile Fiziksel Uyum puanı ilişkisi

Cinsiyete göre değerlendirildiğinde *sosyal uyum puanı* ortalaması kadınlarda $22,03 \pm 16,08$, erkeklerde ise $22,67 \pm 4,00$ olup *sosyal uyum puanlarında* anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($z=1,488$, $p=0,137$).

Medeni duruma göre değerlendirildiğinde *sosyal uyum puanları* evli olanlarda $22,36 \pm 3,85$, bekarlarda $23,32 \pm 4,90$ ve boşanmış/dul olanlarda $20,44 \pm 3,45$ olup, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=4,813$, $p=0,090$).

Eğitim düzeyine göre bireylerin *sosyal uyum puanı* arasında istatistiksel olarak bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=20,738$, $p=0,001$). Bireylerin eğitim seviyesi okuryazar olanların *sosyal uyum puanı* ortalaması en düşük, eğitim seviyesi üniversite ve lisans üstü olanların sosyal uyum puanı ortalaması daha yüksek, bulunmuştur.

Eğitim düzeyi arttıka hastaların hastalığa *sosyal uyum* düzeyleri artmaktadır (Tablo 9)

Sosyal uyum puanları bireylerin gelir düzeyine göre değerlendirildiğinde gelir düzeyi 2324 TL ya da daha az olanların *sosyal uyum puan* ortalaması 20,36±3,17, 9297 TL ve üstü olanların puan ortalaması 23,62±4,20 saptanmıştır. Gelir düzeyi arttıka bireylerin *sosyal uyum* düzeyi artmaktadır ($\chi^2=11,819$, $p=0,019$).

Diğer değişkenlerin *sosyal uyum puanına* göre tanımlayıcı istatistikleri ve gruplar arası karşılaştırma sonuçları Tablo 9’da özetlenmiştir.

Tablo 9: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği alt boyutu Sosyal Uyum puanlarının karşılaştırılması

		Sosyal Uyum Puanı		Test İstatistiği	
		Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Z ; χ^2	p
Cinsiyet	Kadın	22,03±16,08	22,0 (5,0)	z=1,488	0,137
	Erkek	22,67±4,00	22,0 (5,0)		
Medeni Durum	Evli	22,36±3,85	22,0 (5,0)	$\chi^2=4,813$	0,090
	Bekar	23,32±4,90	22,5 (7,0)		
	Boşanmış/Dul	20,44±3,45	21,0 (3,5)		
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	22,40±3,36	22,0 (6,0)	$\chi^2=20,738$	0,001
	Okur-yazar	19,86±4,26	20,0 (5,7)		
	İlköğretim	21,90±3,53	22,0 (4,0)		
	Lise	22,15±3,55	21,0 (4,5)		
	Üniversite	24,19±4,44	23,0 (6,5)		
	Lisansüstü	24,50±4,79	24,0 (9,0)		
Gelir Durumu	2324 TL ya da daha az	20,36±3,17	20,0 (3,0)	$\chi^2=11,819$	0,019
	2325 TL-4646 TL arası	21,85±3,87	22,0 (4,0)		
	4649 TL-6072 TL arası	22,41±4,04	22,0 (7,0)		
	6973 TL-9296 TL arası	23,03±4,09	22,0 (5,7)		
	9297 TL ve üstü	23,62±4,20	23,0 (5,5)		
	İlaç kullanmadım	22,00±4,29	21,5 (6,7)	$\chi^2=5,185$	0,159

Kronik Hastalık Durumuna İlaç Kullanma Durumu	İlaç kullanıyordum, bıraktım	24,83±5,11	23,0 (9,2)		
	İlaçlarımı düzenli kullanıyorum	22,48±3,92	22,0 (5,0)		
	İlaçlarımı düzensiz kullanıyorum	20,68±4,06	21,0 (6,0)		
Kronik Hastalık Süresi	1 yıldan az	22,56±3,99	22,0 (6,0)	$\chi^2=0,636$	0,888
	1-5 yıl	22,25±3,82	22,0 (5,0)		
	6-10 yıl	22,46±3,98	22,0 (6,0)		
	11 yıl ve üzeri	22,18±4,22	22,0 (5,2)		

Sigara kullanım durumuna *sosyal uyum puanları* değerlendirme yapıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($\chi^2=1,178$, $p=0,555$). Alkol kullanım durumuna göre ise bireylerin *sosyal uyum puanları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($\chi^2=1,741$, $p=0,082$). Kronik hastalıkla ilgili diyet yapma durumuna göre bireylerin *sosyal uyum puanları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($\chi^2=3,080$, $p=0,379$).

Diyabet hastalığı olup olmama durumuna göre bireylerin *sosyal uyum puanları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($z=3,014$, $p=0,001$). Diyabet hastalığı olanların *sosyal uyum puanı* ortalaması diyabet hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olarak belirlenmiştir. Hipertansiyon hastalarında ise durum tam tersi bulunmuştur. Hipertansiyonu olan hastaların *sosyal uyum puanı* ortalaması $21,81\pm3,77$, olmayan hastaların ortalaması $23,06\pm4,26$ saptanmış olup hipertansiyonu olmayan hastaların *sosyal uyumu* daha yüksektir ($z=2,069$, $p=0,039$).

Tablo 10: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği alt boyutu Sosyal Uyum puanlarının karşılaştırılması (devam)

		Sosyal Uyum Puanı		Test İstatistiği	
		Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Z ; χ^2	P
Sigara Kullanım Durumu	Evet kullanıyorum	21,71±4,52	22,0 (6,0)	$\chi^2=1,178$	0,555
	Hayır kullanmıyorum	22,59±4,09	22,0 (6,0)		
	Bıraktım	22,19±3,29	22,0 (5,0)		
Alkol Kullanım Durumu	Sıklıkla kullanıyorum	20,80±5,02	21,0 (7,5)	$\chi^2=3,080$	0,379

	Nadiren kullanırım	23,02±4,38	23,0 (4,0)		
	Hiç kullanmadım	22,31±4,04	22,0 (6,0)		
	Bıraktım	21,72±3,32	21,0 (4,0)		
Kronik Hastalıklarımızla İlgili Diyet Durumu	Evet	22,64±3,93	22,0 (5,0)	z=1,741	0,082
	Hayır	21,51±4,11	21,0 (6,0)		
Diyabet	Var	23,13±4,06	22,5 (5,7)	z=3,014	0,003
	Yok	21,59±3,84	21,0 (4,0)		
Hipertansiyon	Var	21,81±3,77	22,0 (4,7)	z=2,069	0,039
	Yok	23,06±4,26	22,0 (7,0)		
Kalp Hastalıkları	Var	21,39±3,61	21,0 (3,0)	z=1,809	0,070
	Yok	22,60±4,09	22,0 (6,0)		
Böbrek Hastalıkları	Var	21,42±3,27	21,0 (4,2)	z=1,259	0,208
	Yok	22,40±4,08	22,0 (5,0)		
KOAİ	Var	21,12±3,18	21,0 (4,5)	z=1,633	0,102
	Yok	22,48±4,09	22,0 (5,0)		

Sosyal uyum puanları bakımından eğitim durumu arasında ikili karşılaştırmalarda okuryazar-üniversite, ilköğretim-üniversite mezunları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p < 0,001$, $p = 0,048$). Ayrıca Sosyal uyum puanları bakımından Gelir durumu arasında ikili karşılaştırmalarda 2324 TL ya da daha az- 9297 TL ve üstü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p = 0,014$). Diğer gruplar arasında *sosyal uyum puanları* açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (Tablo 11).

Tablo 11: Eğitim Durumu ve Gelir durumu Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği alt boyutu Sosyal Uyum İkili Karşılaştırmaları

Eğitim Durumu	p
Lisansüstü- Okuryazar değil	1,000
Lisansüstü-Okuryazar	0,855
Lisansüstü-İlköğretim	1,000
Lisansüstü-Lise	1,000

Lisansüstü-Üniversite	1,000
Okuryazar değil-Okuryazar	1,000
Okuryazar değil-İlköğretim	1,000
Okuryazar değil-Lise	1,000
Okuryazar değil-Üniversite	1,000
Okuryazar-İlköğretim	0,309
Okuryazar-Lise	0,186
Okuryazar-Üniversite	<0,001
İlköğretim-Lise	1,000
İlköğretim-Üniversite	0,048
Lise-Üniversite	0,190

Gelir Durumu

2324 TL ya da daha az- 2325 TL-4646 TL arası	0,913
2324 TL ya da daha az- 4649 TL-6072 TL arası	0,455
2324 TL ya da daha az- 6973 TL-9296 TL arası	0,182
2324 TL ya da daha az- 9297 TL ve üstü	0,014
2325 TL-4646 TL arası- 4649 TL-6072 TL arası	1,000
2325 TL-4646 TL arası- 6973 TL-9296 TL arası	1,000
2325 TL-4646 TL arası- 9297 TL ve üstü	0,218
4649 TL-6072 TL arası- 6973 TL-9296 TL arası	1,000
4649 TL-6072 TL arası- 9297 TL ve üstü	1,000
6973 TL-9296 TL arası- 9297 TL ve üstü	1,000

Sosyal uyum puanı ile yaş arasında çok zayıf düzeyde, negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (spearman İlişki Katsayısı=-0,145, p=0,019) (Tablo 12).

Tablo 12: Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği alt boyutu Sosyal Uyum ile Yaş arasındaki ilişki

	SOSYAL UYUM PUANI	
	Spearman İlişki Katsayısı	p
Yaş	-0.145	0.019

Cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadın bireylerin *psikolojik uyum puanı* ortalaması 22,73±2,90, erkek bireylerin Sosyal uyum puanı ortalaması ise 23,14±4,03 olup cinsiyete göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($z=0,603$, $p=0,546$).

Evli olanların *psikolojik uyum puanı* ortalaması 22,73±2,90, bekar olanların *psikolojik uyum puanı* ortalaması 23,14±4,03 ve boşanmış/dul olanların *psikolojik uyum puanı* ortalaması 20,88±3,29 olarak tespit edilmiş ve ($2=10,824$, $p=0,004$). Medeni durumu evli veya bekar olanların *psikolojik uyum puanı* düzeyinin, boşanmış/dul olan bireylere göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 13).

Eğitim düzeyine göre bireylerin *psikolojik uyum puanı* arasında istatistiksel olarak bir farklılık tespit edilmiştir ($2=18,995$, $p=0,002$). Bireylerin eğitim seviyesi okuryazar olmayanların *psikolojik uyum puanı* ortalaması 22,40±3,28, eğitim seviyesi üniversite olanların *psikolojik uyum puanı* ortalaması 24,79±3,79, eğitim seviyesi lisansüstü olan bireylerin *psikolojik uyum puanı* ortalaması 23,75±5,31 olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça hastaların hastalığa psikolojik uyum düzeyleri artmaktadır.

Gelir düzeyi ile *psikolojik uyum* arasında istatistiksel bir sonuç bulunmamıştır ($\chi^2=5,203$, $p=0,267$). Gelir düzeyi 2324 TL ya da daha az olanların *psikolojik uyum puanı* ortalaması 22,20±3,69, 9297 TL ve üstü olanların puan ortalaması 23,51±3,99 saptanmıştır.

Diğer değişkenlerin *psikolojik uyum puanına* göre tanımlayıcı istatistikleri ve gruplar arası karşılaştırma sonuçları Tablo 13'te özetlenmiştir.

Tablo 13: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği alt boyutu Psikolojik Uyum puanlarının karşılaştırılması

		Psikolojik Uyum Puanı		Test İstatistiği	
		Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Z ; χ^2	P
Cinsiyet	Kadın	22,73±2,90	23,0 (3,0)	$z=0,603$	0,546
	Erkek	23,14±4,03	22,5 (4,7)		
Medeni Durum	Evli	23,00±3,35	23,0 (4,0)	$\chi^2=10,824$	0,004
	Bekar	23,88±3,56	23,0 (6,0)		
	Boşanmış/Dul	20,88±3,29	22,0 (3,5)		

Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	22,40±3,28	23,0 (4,5)	$\chi^2=18,995$	0,002
	Okur-yazar	22,25±4,07	22,0 (5,7)		
	İlköğretim	22,05±2,78	23,0 (3,0)		
	Lise	22,77±3,05	22,0 (4,0)		
	Üniversite	24,79±3,79	24,0 (5,0)		
	Lisansüstü	23,75±5,31	23,5 (10,2)		
Gelir Durumu	2324 TL ya da daha az	22,20±3,69	22,0 (3,5)	$\chi^2=5,203$	0,267
	2325 TL-4646 TL arası	22,45±3,11	22,0 (3,0)		
	4649 TL-6072 TL arası	23,17±3,26	23,0 (4,0)		
	6973 TL-9296 TL arası	23,44±3,53	23,0 (4,0)		
	9297 TL ve üstü	23,51±3,99	23,0 (5,0)		
Kronik Hastalık Durumuna İlaç Kullanma Durumu	İlaç kullanmadım	21,67±3,27	22,5 (5,2)	$\chi^2=7,176$	0,067
	İlaç kullanıyordum, bıraktım	23,67±3,45	25,0 (6,0)		
	İlaçlarımı düzenli kullanıyorum	23,18±3,33	23,0 (4,0)		
	İlaçlarımı düzensiz kullanıyorum	21,09±3,69	21,0 (6,0)		
Kronik Hastalık Süresi	1 yıldan az	22,44±3,26	22,0 (4,5)	$\chi^2=0,671$	0,880
	1-5 yıl	22,75±3,21	23,0 (4,0)		
	6-10 yıl	22,92±3,34	22,5 (4,0)		
	11 yıl ve üzeri	23,10±3,71	23,0 (4,0)		

Sigarayı bırakan bireylerin *psikolojik uyum puan* ortalaması 22,42±2,62, sigara kullanmayan bireylerin *psikolojik uyum puan* ortalaması 23,28±3,52, sigara kullanan bireylerin *psikolojik uyum puan* ortalaması 22,54±3,95 olarak bulunmuştur. Bireylerin sigara kullanım durumu, alkol kullanım durumu ve diyet yapma durumuyla *psikolojik uyum puanları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0,185$, $p=0,094$, $p=0,107$).

Diyabet hastalığı olanların *psikolojik uyum puanları* diyabet hastalığı olmayanlara göre istatistiki olarak daha yüksek bulunmuştur ($z=2,077$, $p=0,038$). Hipertansiyon, kalp hastalıkları, böbrek hastalıkları, KOAH hastalığı olanlarda ise *psikolojik uyum puanlarının* benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 14: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği alt boyutu Psikolojik Uyum puanlarının karşılaştırılması (devam)

		Psikolojik Uyum		Test İstatistiği	
		Puanı	Medyan	Z ; χ^2	p
		Ort \pm SS	(ÇAG)		
Sigara Kullanım Durumu	Evet kullanıyorum	22,54 \pm 3,95	22,0 (5,0)	$\chi^2=3,370$	0,185
	Hayır kullanmıyorum	23,28 \pm 3,52	23,0 (4,0)		
	Bıraktım	22,42 \pm 2,62	22,0 (2,7)		
Alkol Kullanım Durumu	Sıklıkla kullanıyorum	20,60 \pm 4,16	21,0 (7,0)	$\chi^2=6,388$	0,094
	Nadiren kullanırım	23,57 \pm 4,07	22,0 (4,7)		
	Hiç kullanmadım	23,02 \pm 3,27	23,0 (4,0)		
	Bıraktım	22,05 \pm 3,19	22,0 (3,0)		
Kronik Hastalıklarımızla İlgili Diyet Yaptınız Mı?	Evet	23,23 \pm 3,40	23,0 (4,0)	z=1,613	0,107
	Hayır	22,16 \pm 3,41	22,0 (5,0)		
Diyabet	Var	23,42 \pm 3,61	23,0 (3,0)	z=2,077	0,038
	Yok	22,47 \pm 3,22	22,0 (3,0)		
Hipertansiyon	Var	22,58 \pm 3,39	22,0 (3,0)	z=1,784	0,074
	Yok	23,41 \pm 3,46	23,0 (5,0)		
Kalp Hastalıkları	Var	22,58 \pm 3,29	22,5 (3,7)	z=0,721	0,471
	Yok	23,02 \pm 3,48	23,0 (4,0)		
Böbrek Hastalıkları	Var	21,85 \pm 2,31	22,0 (3,2)	z=1,613	0,107
	Yok	23,03 \pm 3,52	23,0 (4,0)		

KOAHA	Var	22,09±3,17	22,0 (2,0)	z=1,634	0,102
	Yok	23,03±3,46	23,0 (4,0)		

Psikolojik uyum puanları bakımından eğitim durumu arasında ikili karşılaştırmalarda ilköğretim mezunu-üniversite mezunları arasında üniversite mezunları lehine istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p<0,001$). Ayrıca *psikolojik uyum puanları* bakımından medeni durum arasında ikili karşılaştırmalarda boşanmış/dul olan bireylerin evli ve bekar bireyler arasında boşanmış- dul aleyhine olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,016$, $p=0,004$) (Tablo 15).

Tablo 15: Eğitim Durumu ve Medeni durumu Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği alt boyutu Psikolojik Uyum İkili Karşılaştırmaları

Eğitim Durumu	P
Lisansüstü- Okuryazar değil	1,000
Lisansüstü-Okuryazar	1,000
Lisansüstü-İlköğretim	1,000
Lisansüstü-Lise	1,000
Lisansüstü-Üniversite	1,000
Okuryazar değil-Okuryazar	1,000
Okuryazar değil-İlköğretim	1,000
Okuryazar değil-Lise	1,000
Okuryazar değil-Üniversite	1,000
Okuryazar-İlköğretim	1,000
Okuryazar-Lise	1,000
Okuryazar-Üniversite	0,056
İlköğretim-Lise	1,000
İlköğretim-Üniversite	<0,001
Lise-Üniversite	0,104
Medeni Durum	
Boşanmış/Dul- Evli	0,016
Boşanmış/Dul- Bekar	0,004

Psikolojik uyum puanı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmedi ($p>0,05$) (Tablo 16).

Tablo 16: Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği alt boyutu Psikolojik Uyum ile Yaş arasındaki ilişki

	Psikolojik Uyum Puanı	
	Spearman İlişki Katsayısı	p
Yaş	-0,075	0,232

Cinsiyete göre *toplam uyum puanı* ortalaması kadın bireylerin $87,21\pm 9,64$, erkek bireylerin ise $86,34\pm 11,83$ 'tür. Cinsiyete göre *toplam uyum puanı* değerlendirmesinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($z=1,071$, $p=0,284$).

Medeni durumu evli olanların *toplam uyum puanı* ortalaması $87,05\pm 9,97$, bekarların $88,71\pm 13,64$, medeni durumu boşanmış/dul olanların ise $82,56\pm 10,49$ bulundu. Medeni duruma göre *kronik hastalığa uyum ölçeği toplam uyum puanı* arasında istatistiksel olarak bir farklılık tespit edilmemiştir ($\chi^2=3,535$, $p=0,171$).

Bireylerin eğitim durumuna göre değerlendirildiğinde okuryazar olmayanların *toplam uyum puanı* ortalaması $83,20\pm 6,98$, eğitim seviyesi üniversite olanların *toplam uyum puanı* ortalaması $93,39\pm 10,46$ olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyine göre bireylerin *toplam uyum puanı* arasında istatistiksel olarak bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=30,264$, $p<0,001$). Eğitim düzeyi arttıkça kronik hastalıklara uyum düzeyleri artmaktadır.

Toplam uyum puanları bireylerin gelir düzeyine göre değerlendirildiğinde gelir düzeyi 2324 TL ya da daha az olanların *toplam uyum puan* ortalaması $83,76\pm 8,57$, 9297 TL ve üstü olanların puan ortalaması $88,38\pm 13,09$ olarak saptanmıştır. Gelir düzeyi ile *kronik hastalıklara uyum toplam puanları* arasında istatistiksel bir sonuç bulunmamıştır ($\chi^2=5,861$, $p=0,210$).

Kronik hastalıkta ilaç kullanma durumuna göre bireylerin *toplam uyum puanı* arasında istatistiksel olarak bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=31,520$, $p<0,001$). İlaçlarını düzenli kullanan bireylerin hastalığa uyum düzeyleri en yüksek çıkarken, ilaç kullanmayan bireylerin ise hastalığa uyum düzeylerinin en düşük çıktığı saptanmıştır.

Kronik hastalık süresine ile *toplam uyum puanı* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($\chi^2=1,465$, $p=0,690$) (Tablo 17)

Tablo 17: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Toplam puanlarının karşılaştırılması

		Toplam Uyum Puanı		Test İstatistiği	
		Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Z ; χ^2	p
Cinsiyet	Kadın	87,21±9,64	87,0 (11,0)	z=1,071	0,284
	Erkek	86,34±11,83	86,0 (12,7)		
Medeni Durum	Evli	87,05±9,97	87,0 (11,0)	$\chi^2=3,535$	0,171
	Bekar	88,71±13,64	90,0 (20,7)		
	Boşanmış/Dul	82,56±10,49	85,0 (19,0)		
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	83,20±6,98	86,0 (10,0)	$\chi^2=30,264$	<0,001
	Okur-yazar	81,96±11,02	84,0 (19,5)		
	İlköğretim	85,09±8,66	85,0 (9,7)		
	Lise	86,25±10,49	87,0 (11,0)		
	Üniversite	93,39±10,46	93,0 (12,5)		
	Lisansüstü	82,75±20,35	85,5 (38,7)		
Gelir Durumu	2324 TL ya da daha az	83,76±8,57	84,0 (8,0)	$\chi^2=5,861$	0,210
	2325 TL-4646 TL arası	86,29±9,54	86,5 (12,0)		
	4649 TL-6072 TL arası	86,34±10,67	88,0 (9,0)		
	6973 TL-9296 TL arası	89,25±10,92	86,5 (13,5)		
	9297 TL ve üstü	88,38±13,09	91,0 (15,0)		
Kronik Hastalık	İlaç kullanmadım	77,83±10,48	78,5 (21,5)	$\chi^2=31,520$	<0,001

Durumuna	İlaç kullanıyordum, bıraktım	87,17±16,07	85,0 (24,2)		
İlaç Kullanma Durumu	İlaçlarımı düzenli kullanıyorum	88,54±9,38	88,0 (11,0)		
	İlaçlarımı düzensiz kullanıyorum	76,61±11,57	79,0 (16,0)		
	1 yıldan az	85,62±10,56	84,0 (7,7)		
Kronik Hastalık Süresi	1-5 yıl	86,28±10,62	87,0 (15,0)	$\chi^2=1,465$	0,690
	6-10 yıl	86,31±11,23	88,0 (11,2)		
	11 yıl ve üzeri	87,83±10,25	87,0 (11,2)		

Sigara kullanan bireylerin *toplam uyum puan* ortalaması 83,45±12,69, sigarayı bırakan bireylerin 87,67±6,59 ve sigara kullanmayan bireylerin 87,78±11,03, bulunmuştur. Bireylerin sigara kullanım durumuna göre *psikolojik uyum puanları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=5,785$, $p=0,055$).

Bireylerin alkol kullanım durumuna göre *toplam uyum puanları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=5,814$, $p=0,121$).

Kronik hastalıkla ilgili diyet yapan bireylerin *toplam uyum puanı* 89,21±9,68, diyet yapmayan bireylerin *toplam uyum puanı* ortalaması ise 81,21±10,71 olduğu belirlenmiştir. Bireylerin kronik hastalık ile ilgili diyet yapma durumuna göre *toplam uyum puanları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($z=5,464$, $p<0,001$).

Kronik hastalık türüne göre değerlendirildiğinde DM'si olan bireylerin *toplam uyum puanı* ortalaması 89,07±9,95 olup, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=2,662$, $p=0,008$).

Tablo 18: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Toplam puanlarının karşılaştırılması(devam)

		Toplam Uyum Puanı	Test İstatistiği		
		Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Z ; χ^2	p
Sigara Kullanım Durumu	Evet kullanıyorum	83,45±12,69	84,0 (16,0)	$\chi^2=5,785$	0,055

	Hayır kullanmıyorum	87,78±11,03	88,0 (13,7)		
	Bıraktım	87,67±6,59	87,0 (9,7)		
	Sıklıkla kullanıyorum	76,00±11,85	80,0 (23,0)		
Alkol Kullanım Durumu	Nadiren kullandım	87,92±13,39	88,0 (12,0)	$\chi^2=5,814$	0,121
	Hiç kullanmadım	86,94±10,38	87,0 (13,0)		
	Bıraktım	86,84±7,61	85,0 (9,0)		
Kronik Hastalıklarımızla İlgili Diyet Durumu	Evet	89,21±9,68	89,0 (11,0)	$z=5,464$	<0,001
	Hayır	81,21±10,71	82,0 (14,0)		
Diyabet	Var	89,07±9,95	88,5 (11,7)	$z=2,662$	0,008
	Yok	84,91±10,85	86,0 (13,0)		
Hipertansiyon	Var	86,05±10,29	87,0 (11,0)	$z=0,892$	0,372
	Yok	88,02±11,06	88,0 (14,0)		
Kalp Hastalıkları	Var	85,77±10,15	85,5 (9,0)	$z=1,194$	0,232
	Yok	87,18±10,78	88,0 (13,0)		
Böbrek Hastalıkları	Var	86,96±8,15	88,5 (11,2)	$z=0,238$	0,812
	Yok	86,82±10,88	87,0 (12,5)		
KOAİ	Var	84,15±9,86	86,0 (11,0)	$z=1,570$	0,117
	Yok	87,23±10,70	87,0 (12,0)		

Kronik hastalık durumuna ilaç kullanma durumu arasında ikili karşılaştırmalarda düzenli ilaç kullananların bireylerin *toplam uyum puanı* düzensiz ilaç kullanan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılık istatistiksel olarak

anlamlıdır($p<0,001$). Ayrıca eğitim durumu açısından ikili karşılaştırmalarda üniversite mezunlarının *toplam uyum puanı*, okuryazar olan ve ilköğretim mezunlarına göre daha yüksek saptanmış ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 19).

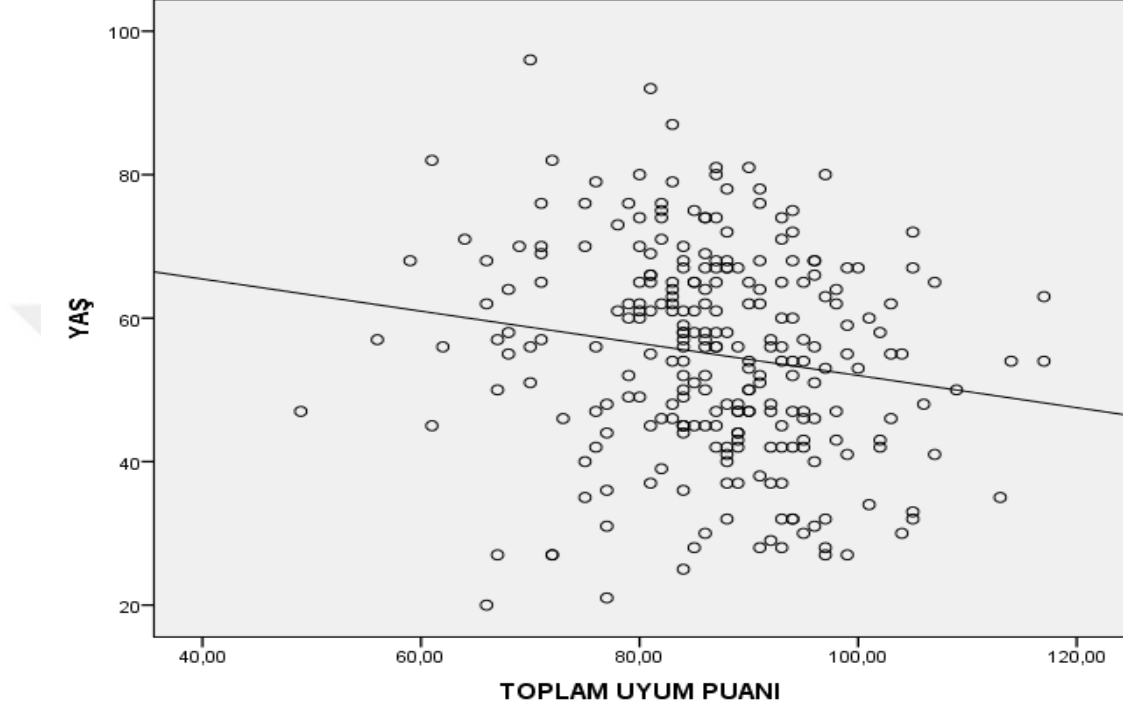
Tablo 19:Kronik Hastalık Durumuna İlaç Kullanma Durumu ve Eğitim Durumu Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Toplam puan İkili Karşılaştırmaları

Kronik Hastalık Durumuna İlaç Kullanma Durumu	p
İlaç kullanmadım-İlaçlarımı düzensiz kullanıyorum	1,000
İlaç kullanmadım- İlaç kullanıyordum bıraktım	0,772
İlaç kullanmadım-İlaçlarımı düzenli kullanıyorum	0,108
İlaçlarımı düzensiz kullanıyorum- İlaç kullanıyordum bıraktım	0,260
İlaçlarımı düzensiz kullanıyorum- İlaçlarımı düzenli kullanıyorum	<0,001
İlaç kullanıyordum bıraktım- İlaçlarımı düzenli kullanıyorum	1,000
Eğitim Durumu	
Lisansüstü- Okuryazar değil	1,000
Lisansüstü-Okuryazar	1,000
Lisansüstü-İlköğretim	1,000
Lisansüstü-Lise	1,000
Lisansüstü-Üniversite	1,000
Okuryazar değil-Okuryazar	1,000
Okuryazar değil-İlköğretim	1,000
Okuryazar değil-Lise	1,000
Okuryazar değil-Üniversite	0,501
Okuryazar-İlköğretim	1,000
Okuryazar-Lise	1,000
Okuryazar-Üniversite	<0,001
İlköğretim-Lise	1,000
İlköğretim-Üniversite	<0,001
Lise-Üniversite	1,000

Toplam uyum puanı ile yaş arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (spearman İlişki Katsayısı=-0,201, $p=0,001$) (Tablo 20).

Tablo 20: Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği alt boyutu Psikolojik Uyum ile Yaş arasındaki ilişki

Yaş	Toplam Uyum Puanı	
	Spearman İlişki Katsayısı	P
	-0,201	0,001



Şekil 4: Yaş ile Toplam Uyum puanı ilişkisi

Çalışmaya katılan kadın bireylerin *sağlık anksiyetesi ölçek puanı* ortalaması $25,32 \pm 10,99$, erkek bireylerin *sağlık anksiyetesi ölçek puanı* ortalaması $20,28 \pm 10,72$ olarak elde edilmiştir. Cinsiyete göre bireylerin *sağlık anksiyetesi ölçek puanları* arasında istatistiksel olarak bir farklılık tespit edilmiştir ($z=3,601$, $p<0,001$). Kadın bireylerin sağlık kaygı düzeyi erkek bireylere göre daha yüksektir (Tablo 21).

Medeni durum ile *sağlık anksiyete ölçeği* değerlendirmesinde boşanmış/dul olan bireylerin ortalama puanı $28,04 \pm 10,37$, evli olan bireylerin $22,57 \pm 10,75$, bekar olan bireylerin ise $22,85 \pm 13,24$ saptanmıştır. Bu farklılık boşanmış/dul olanlarda daha yüksek olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($z=6,444$, $p<0,040$).

Kronik hastalık için ilaç kullanım durumuna göre değerlendirildiğinde düzenli ilaç kullanan bireylerin sağlık anksiyete puan ortalaması $24,32 \pm 10,84$, düzensiz ilaç kullanan bireylerin ise $15,29 \pm 9,51$ saptanmıştır. Bu fark düzenli ilaç kullananlarda

daha yüksek olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($z=18,584$, $p<0,001$).

Sağlık anksiyetesi ölçek puanı ile eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve kronik hastalık süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($\chi^2=10,052$, $p=0,074$, $\chi^2=7,947$, $p=0,094$, $\chi^2=3,025$, $p=0,388$) (Tablo 21).

Tablo 21: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Sağlık Anksiyetesi Ölçek puanlarının karşılaştırılması

		Sağlık Anksiyetesi Ölçek		Test İstatistiği	
		Puanı			
		Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Z ; χ^2	p
Cinsiyet	Kadın	25,32±10,99	25,0 (16,0)	z=3,601	<0,001
	Erkek	20,28±10,72	18,0 (17,0)		
Medeni Durum	Evli	22,57±10,75	22,0 (17,7)	$\chi^2=6,444$	0,040
	Bekar	22,85±13,24	20,0 (22,0)		
	Boşanmış/Dul	28,04±10,37	29,0 (15,5)		
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	25,20±7,15	26,0 (14,0)	$\chi^2=10,052$	0,074
	Okur-yazar	25,46±14,25	22,5 (26,2)		
	İlköğretim	24,21±10,92	22,5 (17,5)		
	Lise	23,00±9,88	24,0 (15,0)		
	Üniversite	21,29±11,22	19,0 (20,5)		
	Lisansüstü	8,50±5,19	9,0 (10,0)		
Gelir Durumu	2324 TL ya da daha az	26,04±11,07	27,0 (18,0)	$\chi^2=7,947$	0,094
	2325 TL-4646 TL arası	24,72±11,12	24,0 (15,2)		
	4649 TL-6072 TL arası	22,78±11,06	20,0 (18,0)		

	6973 TL-9296 TL arası	21,92±10,91	22,0 (19,2)		
	9297 TL ve üstü	19,67±10,95	18,0 (19,5)		
Kronik Hastalık Durumuna İlaç Kullanma Durumu	İlaç kullanmadım	23,00±5,51	21,5 (10,2)	$\chi^2=18,584$	<0,001
	İlaç kullanıyordum, bıraktım	21,17±18,13	18,5 (33,5)		
	İlaçlarımı düzenli kullanıyorum	24,32±10,84	24,0 (17,0)		
	İlaçlarımı düzensiz kullanıyorum	15,29±9,51	14,0 (10,0)		
Kronik Hastalık Süresi	1 yıldan az	22,25±13,84	18,0 (18,2)	$\chi^2=3,025$	0,388
	1-5 yıl	24,01±11,45	22,0 (20,0)		
	6-10 yıl	21,46±11,14	21,5 (20,2)		
	11 yıl ve üzeri	23,92±10,44	24,0 (17,0)		

Sigara kullanım durumuna göre bireylerin *sağlık anksiyetesi ölçek puanları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($\chi^2=17,118$, $p<0,001$) Sigarayı bırakan bireylerin sağlık anksiyete düzeyi sigara kullanan ve kullanmayan bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 22).

Alkol kullanım durumuna göre sağlık anksiyetesi incelendiğinde anlamlı bir sonuç bulunmamıştır ($\chi^2=5,186$, $p=0,159$)

Bireylerin diyet yapma durumu ile *sağlık anksiyetesi ölçek puanları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($z=3,203$, $p=0,001$). Kronik hastalıkla ilgili diyet yapan bireylerin *sağlık anksiyetesi puan* ortalaması $24,57\pm 11,17$, diyet yapmayan bireylerin ortalaması ise $19,75\pm 10,36$ olduğu belirlenmiştir.

Sağlık anksiyetesi ölçek puanları kronik hastalık türüne göre değerlendirildiğinde böbrek hastalıkları ve KOAH olan hastaların puan ortalamalarının diğer hastalıklara göre daha yüksek saptanmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($z=2,209$, $p=0,027$) ($z=3,053$, $p=0,002$).

Tablo 22: Belirtilen değişken gruplarında bireylerin Sağlık Anksiyetesi Ölçek puanlarının karşılaştırılması (devam)

		Sağlık Anksiyetesi Ölçek		Test İstatistiği	
		Puanı			
		Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Z ; χ2	p
Sigara Kullanım Durumu	Evet kullanıyorum	19,89±10,39	19,0 (17,0)	χ2=17,118	<0,001
	Hayır kullanmıyorum	22,16±10,75	22,0 (17,0)		
	Bıraktım	28,06±11,17	28,5 (18,7)		
Alkol Kullanım Durumu	Sıklıkla kullanıyorum	16,40±9,71	15,0 (16,5)	χ2=5,186	0,159
	Nadiren kullanırım	22,02±11,62	23,5 (19,5)		
	Hiç kullanmadım	23,01±11,21	22,0 (18,0)		
	Bıraktım	25,72±10,21	24,0 (16,0)		
Kronik Hastalıklarımızla İlgili Diyet Durumu	Evet	24,57±11,17	25,0 (18,0)	z=3,203	0,001
	Hayır	19,75±10,36	19,0 (15,0)		
Diyabet	Var	22,04±10,39	22,0 (17,7)	z=	0,210
	Yok	24,08±11,71	24,0 (19,0)		
Hipertansiyon	Var	23,74±10,77	23,5 (16,0)	z=1,273	0,203
	Yok	22,22±11,67	21,0 (20,0)		
Kalp Hastalıkları	Var	24,51±11,33	25,5 (18,7)	z=1,101	0,271
	Yok	22,69±11,07	21,0 (18,0)		
Böbrek Hastalıkları	Var	27,42±10,24	28,0 (14,2)	z=2,209	0,027
	Yok	22,66±11,16	22,0 (18,0)		

KOAHA	Var	28,73±11,21	29,0 (16,5)	z=3,053	0,002
	Yok	22,32±10,92	21,0 (17,0)		

Kronik hastalık durumuna ilaç kullanma durumu arasında ikili karşılaştırılmalarda düzenli ilaç kullanan bireylerin düzensiz ilaç kullanan bireylere göre *sağlık anksiyetesi ölçek puanları* istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır. (p<0,001).

Sigara kullanım durumu arasında ikili karşılaştırmalarda sigarayı bırakmış olan bireylerin *sağlık anksiyetesi ölçek puanları* sigara kullanan ve kullanmayan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır (p<0,001, p=0,002) (Tablo 23).

Tablo 23: Kronik Hastalık Durumuna İlaç Kullanma Durumu, Medeni durum, Sigara kullanım durumu Sağlık Anksiyetesi Ölçek puanı İkili Karşılaştırmaları

Kronik Hastalık Durumuna İlaç Kullanma Durumu	p
İlaç kullanmadım-İlaçlarımı düzensiz kullanıyorum	0,603
İlaç kullanmadım- İlaç kullanıyordum bıraktım	1,000
İlaç kullanmadım-İlaçlarımı düzenli kullanıyorum	1,000
İlaçlarımı düzensiz kullanıyorum- İlaç kullanıyordum bıraktım	1,000
İlaçlarımı düzensiz kullanıyorum- İlaçlarımı düzenli kullanıyorum	<0,001
İlaç kullanıyordum bıraktım- İlaçlarımı düzenli kullanıyorum	1,000
Medeni Durum	
Boşanmış/Dul- Evli	0,038
Boşanmış/Dul- Bekar	0,106
Evli- Bekar	1,000
Sigara Kullanım Durumu	
Evet kullanıyorum- Hayır kullanmıyorum	0,605
Evet kullanıyorum- Bıraktım	<0,001
Hayır kullanmıyorum- Bıraktım	0,002

Sağlık anksiyetesi ölçek puanı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p>0,05) (Tablo 24).

Tablo 24:Sağlık Anksiyetesi Ölçek puanı ile Yaş arasındaki ilişki

	Sağlık Anksiyetesi Ölçek Puanı	
	Spearman İlişki Katsayısı	p
Yaş	-0,041	0,507

Kronik Hastalıkta ilaç kullanmadım diyen bireylerin %50,0'si (n=3) 1 yıldan az, %16,7'si (n=1) 1-5 yıl, %33,3'ü (n=2) 6-10 yıl kronik hastalık süresine sahiptir. İlaçlarımı düzenli kullanıyorum diyen bireylerin %41,2'si (n=89) 11 yıl ve üzeri kronik hastalık süresinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 25).

Tablo 25: Bireylerin Kronik Hastalık Süresi Sınıflamasına göre Kronik Hastalıkta ilaç kullanım durumu dağılımı

	Kronik Hastalık Süresi			
	1 yıldan az n (%)	1-5 yıl n (%)	6-10 yıl n (%)	11 yıl ve üzeri n (%)
Kronik Hastalık İlaç Kullanım Durumu				
İlaç kullanmadım	3 (50,0)	1 (16,7)	2 (33,3)	0 (0,0)
İlaç kullanıyordum, bıraktım	1 (16,7)	1 (16,7)	3 (50,0)	1 (16,7)
İlaçlarımı düzenli kullanıyorum	10 (4,6)	59 (27,3)	58 (26,9)	89 (41,2)
İlaçlarımı düzensiz kullanıyorum	2 (6,5)	10 (32,3)	11 (35,5)	8 (25,8)

Sağlık Anksiyetesi ölçek puanı ile kronik hastalıklara uyum ölçeği alt boyutu fiziksel uyum arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü (spearman İlişki Katsayısı=0,289, $p<0,001$), sosyal uyum arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü (spearman İlişki Katsayısı=-0,212, $p=0,001$), psikolojik uyum arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü (spearman ilişki katsayısı=-0,198, $p=0,001$) anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sağlık anksiyetesi ölçek puanı ile kronik hastalıklara uyum ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (spearman ilişki katsayısı=0,037, $p=0,559$) (Tablo 26).

Tablo 26: Sağlık Anksiyetesi Ölçek puanı ile Kronik Hastalıklar Uyum Ölçeği ilişkisi

	Sağlık Anksiyetesi Ölçek Puanı	
	Spearman İlişki Katsayısı	p

Fiziksel Uyum	0,289	<0,001
Sosyal Uyum	-0,212	0,001
Psikolojik Uyum	-0,198	0,001
Toplam Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği puanı	0,037	0,559

Diyabet hastalığı olan bireylerin %85,0'i (n=102) ilaçlarımı düzenli kullanıyorum, %11,6'sı (n=14) ilaçlarımı düzensiz kullanıyorum, %1,7'si ise (n=2) ilaç kullanmadım veya ilaç kullanıyordum bıraktım yanıtını vermiştir.

Hipertansiyon hastalığı bulunan bireylerin %85,3'ü (n=133) ilaçlarımı düzenli kullanıyorum yanıtını verirken, kalp hastalığı bulunan bireylerin %89,1'i (n=57) ilaçlarını düzenli şekilde kullanmakta olduğu tespit edilmiştir.

Böbrek hastalığı olan bireylerin %84,6'sı (n=22) ilaçlarını düzenli kullanıyor, KOAH hastalarının ise %81,8'i (n=27) ilaçlarını düzenli şekilde kullanmaktadır (Tablo 27).

Tablo 27: Bireylerin Kronik Hastalık İlaç Kullanım Durumu göre kronik hastalıkları dağılımı

	Kronik Hastalık İlaç Kullanım Durumu			
	İlaç kullanmadım n (%)	İlaç kullanıyordum, bıraktım n (%)	İlaçlarımı düzenli kullanıyorum n (%)	İlaçlarımı düzensiz kullanıyorum n (%)
Diyabet				
Var	2 (1,7)	2 (1,7)	102 (85,0)	14 (11,6)
Yok	4 (2,9)	4 (2,9)	114 (82,0)	17 (12,2)
Hipertansiyon				
Var	5 (3,2)	2 (1,3)	133 (85,3)	16 (10,3)
Yok	1 (1,0)	4 (3,9)	83 (80,6)	15 (14,6)
Kalp Hastalıkları				
Var	1 (1,6)	1 (1,6)	57 (89,1)	5 (7,8)
Yok	5 (2,6)	5 (2,6)	159 (81,5)	26 (13,3)
Böbrek Hastalıkları				
Var	0 (0,0)	0 (0,0)	22 (84,6)	4 (15,4)
Yok	6 (2,6)	6 (2,6)	194 (83,3)	27 (11,6)
KOAH				
Var	0 (0,0)	2 (6,1)	27 (81,8)	4 (12,1)
Yok	6 (2,7)	4 (1,8)	189 (83,6)	27 (11,9)

Sigara kullanan bireylerin %74,5'i (n=41) ilaçlarını düzenli kullanırken, sigara kullanmayan bireylerin %82,9'u (n=116) ilaçlarını düzenli kullanıyor, sigarayı bırakan bireylerin ise %92,2'si (n=59) ilaçlarını düzenli şekilde kullanmaktadır.

Sıklıkla alkol kullanan bireylerin hiçbirinin ilaçlarını düzenli kullanmamakta olduğu belirlenmiştir. Nadiren kullananların %77,5'inin (n=31), hiç kullanmadım yanıtı verenlerin %85,1'inin (n=149), bıraktım yanıtı verenlerin ise %92,3'ünün (n=36) ilaçlarını düzenli şekilde kullanmakta olduğu tespit edilmiştir (Tablo 28).

Tablo 28: Bireylerin Kronik Hastalık İlaç Kullanım Durumu göre sigara ve alkol kullanım durumu dağılımı

	Kronik Hastalık İlaç Kullanım Durumu			
	İlaç kullanmadım n (%)	İlaç kullanıyordum, bıraktım n (%)	İlaçlarımı düzenli kullanıyorum n (%)	İlaçlarımı düzensiz kullanıyorum n (%)
Sigara Kullanım Durumu				
Evet kullanıyorum	0 (0,0)	0 (0,0)	41 (74,5)	14 (25,5)
Hayır kullanmıyorum	5 (3,6)	6 (4,3)	116 (82,9)	13 (9,3)
Bıraktım	1 (1,6)	0 (0,0)	59 (92,2)	4 (6,3)
Alkol Kullanım Durumu				
Sıklıkla kullanıyorum	2 (40,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (60,0)
Nadiren kullanırım	0 (0,0)	0 (0,0)	31 (77,5)	9 (22,5)
Hiç kullanmadım	3 (1,7)	6 (3,4)	149 (85,1)	17 (9,7)
Bıraktım	1 (2,6)	0 (0,0)	36 (92,3)	2 (5,1)

Çalışmaya katılan 39 bireyde (%21,9) Diyabet+Hipertansiyon, 51 bireyde (%28,7) Hipertansiyon+Kalp Hastalıkları, 18 bireyde (%10,1) Hipertansiyon+KOA, 13 bireyde (7,3) Diyabet+Kalp Hastalıkları bulunduğu tespit edilmiştir.

Tablo 29: Birlikte bulunan kronik hastalıkların dağılımı

Mevcut Hastalık	n (%)
Diyabet+Hipertansiyon	39 (21,9)
Diyabet+Kalp Hastalıkları	13 (7,3)
Diyabet+Böbrek Hastalıkları	6 (3,4)
Diyabet+KOA	8 (4,5)
Hipertansiyon+Kalp Hastalıkları	51 (28,7)
Hipertansiyon+Böbrek Hastalıkları	17 (9,6)
Hipertansiyon+KOA	18 (10,1)

Kalp Hastalıkları+Böbrek Hastalıkları	3 (1,7)
Kalp Hastalıkları+KOAİ	6 (3,4)
Böbrek Hastalıkları+KOAİ	1 (0,6)
Diyabet+Hipertansiyon+Kalp Hastalıkları	7 (3,9)
Hipertansiyon+Kalp Hastalıkları+KOAİ	5 (2,8)
Diyabet+Hipertansiyon+KOAİ	1 (0,6)
Hipertansiyon+KalpHastalıkları+Böbrek Hastalıkları	3 (1,7)

Kronik hastalık sayısı ile *Sağlık anksiyetesi ölçek puanı* arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (spearman ilişki katsayısı=0,160, p=0,010). Kronik hastalık sayısı ile *kronik hastalıklara uyum ölçeği* alt boyutu *sosyal uyum* arasında çok zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (spearman ilişki katsayısı=-0,123, p=0,047). Kronik hastalık sayısı arttıkça *sağlık anksiyetesi ölçek puanı* da artmakta ve *kronik hastalıklara uyum ölçeği* alt boyutu *sosyal uyum puanı* azalmaktadır (Tablo 30).

Tablo 30: Kronik Hastalık sayısı ile ölçekler arasındaki ilişki

	Kronik Hastalık Sayısı	
	Spearman İlişki Katsayısı	P
Fiziksel Uyum	0,097	0,118
Sosyal Uyum	-0,123	0,047
Psikolojik Uyum	-0,118	0,059
Toplam Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği puanı	-0,033	0,602
Sağlık Anksiyetesi Ölçek Puanı	0,160	0,010

Hastalık gruplamasına göre bireylerin *kronik hastalıklara uyum ölçeği fiziksel, sosyal, psikolojik, toplam uyum puanı* ve *sağlık anksiyetesi ölçek puanlarının* benzer olduğu belirlenmiştir (p>0.05) (Tablo 31)

Tablo 31: Birden fazla kronik hastalık durumunda bireylerin ölçek puanlarının karşılaştırılması

Diyabet + Hipertansiyon	Diyabet + Kalp Hastalıkları	Diyabet + Böbrek Hastalıkları	Diyabet + KOAİ	Test İstatistiği	
Ort±SS Medyan(ÇAG)	Ort±SS Medyan(ÇAG)	Ort±SS Medyan(ÇAG)	Ort±SS Medyan(ÇAG)	χ^2	P

Fiziksel Uyum	43.97±4.23 43.0 (6.0)	43.00±3.89 43.0 (6.5)	42.17±7.70 43.0 (8.7)	41.80±2.68 43.0 (5.0)	3.592	0.732
Sosyal Uyum	22.67±3.17 23.0 (4.0)	22.67±5.61 21.5 (9.2)	21.83±1.94 21.5 (3.5)	23.40±4.34 24.0 (6.5)	12.261	0.056
Psikolojik Uyum	23.03±3.72 23.0 (3.0)	24.67±2.87 25.0 (5.0)	21.33±1.64 21.5 (3.2)	24.20±4.66 22.0 (8.5)	8.325	0.215
Toplam Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği puanı	89.67±7.52 89.0 (9.0)	90.33±8.55 90.5 (12.2)	85.33±8.59 85.5 (12.2)	89.40±8.08 91.0 (13.0)	10.543	0.104
Sağlık Anksiyetesi Ölçek Puanı	23.56±10.45 24.0 (17.0)	26.17±10.99 23.0 (18.7)	26.33±9.65 29.0 (17.5)	27.60±12.34 31.0 (18.5)	2.448	0.874

χ^2 =Kruskal Wallis Test İstatistiği

Tablo 32:Birden fazla kronik hastalık durumunda bireylerin ölçek puanlarının karşılaştırılması(devam)

	Hipertansiyon + Kalp Hastalıkları	Hipertansiyon + Böbrek Hastalıkları	Hipertansiyon + KOAH	Test İstatistiği	
	Ort±SS Medyan(ÇAG)	Ort±SS Medyan(ÇAG)	Ort±SS Medyan(ÇAG)	χ^2	p
Fiziksel Uyum	41.59±6.15 42.0 (6.7)	43.28±7.58 44.5 (11.7)	41.00±6.88 42.0 (14.0)	3.592	0.732
Sosyal Uyum	21.23±3.58 21.5 (3.7)	21.86±3.86 20.5 (5.5)	19.18±2.93 19.0 (4.0)	12.261	0.056
Psikolojik Uyum	22.27±3.45 22.0 (4.0)	22.21±2.72 22.0 (3.5)	20.54±2.87 21.0 (2.0)	8.325	0.215
Toplam Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği puanı	85.09±10.37 85.0 (7.7)	87.36±9.02 91.0 (12.7)	80.73±10.41 86.0 (15.0)	10.543	0.104
Sağlık Anksiyetesi Ölçek Puanı	25.25±10.68 26.5 (18.0)	26.79±12.32 25.5 (17.0)	28.00±9.26 28.0 (20.0)	2.448	0.874

Birinci basamak için fiziksel aktivite anketinin 16-74 yaş grubu arasındaki bireylerde kullanılması nedeniyle, çalışmada yer alan 16 ile 74 yaş arasındaki bireylerin BBFAA sınıflaması göre %44,2'si (n=105) hareketsiz, %24,5'i (n=58) az hareketli, %16,5'i (n=39) orta derece hareketli, %14,8'i (n=35) hareketli sınıfta olduğu belirlenmiştir (Tablo 33).

Tablo 33: Birinci Basamak için Fiziksel Aktivite Anketi Sınıflaması dağılımı

n (%)	
Birinci Basamak için Fiziksel Aktivite Anketi Sınıflaması	
Hareketsiz	105 (44,2)
Az Hareketli	58 (24,5)
Orta derece hareketli	39 (16,5)
Hareketli	35 (14,8)

BBFAA ve kronik hastalık uyum ölçeği alt boyutu fiziksel uyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($\chi^2=14,444$, $p=0,002$). Hareketli bireylerin fiziksel uyum puanı ortalaması $44,43\pm 7,52$, hareketsiz bireylerin fiziksel uyum puanı ortalaması $41,06\pm 5,43$ olduğu tespit edilmiştir (Tablo 34).

Tablo 34: Birinci Basamak için Fiziksel Aktivite Anketi Sınıflamasına göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Hareketsiz	Az Hareketli	Orta Derece Hareketli	Hareketli	Test İstatistiği	
	Ort±SS Medyan(ÇAG)	Ort±SS Medyan(ÇAG)	Ort±SS Medyan(ÇAG)	Ort±SS Medyan(ÇAG)	χ^2*	P
Fiziksel Uyum	41,06±5,43 42,0 (7,0)	40,12±7,22 41,5 (8,0)	43,59±6,45 44,0 (7,0)	44,43±7,52 47,0 (12,0)	14,444	0,002
Sosyal Uyum	22,25±3,85 22,0 (5,0)	22,15±4,28 22,0 (7,2)	23,00±3,45 22,0 (4,0)	23,40±4,37 22,0 (4,0)	2,209	0,530
Psikolojik Uyum	22,79±3,36 22,0 (4,0)	22,83±3,39 22,0 (4,0)	23,49±3,26 23,0 (4,0)	23,49±3,78 22,0 (4,0)	1,015	0,798
Toplam KHU Ölçek puanı	86,09±9,51 23,59±10,73	85,10±11,79 21,48±12,36	90,08±10,71 24,36±8,09	91,31±10,85 23,66±12,07	9,439	0,024
					2,852	0,415

Sağlık Anksiyetesi Ölçek Puanı	21,0 (17,5)	19,5 (19,2)	25,0 (12,0)	28,0 (21,0)
--------------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Kronik hastalık alt boyutu fiziksel uyum puanları bakımından birinci basamak için fiziksel aktivite anketi sınıflaması arasında ikili karşılaştırılmalarda az hareketli-hareketli, hareketsiz- hareketli bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (p=0,031, p=0,030) (Tablo 35).

Tablo 35: Birinci Basamak için Fiziksel Aktivite Anketi Sınıflaması Kronik hastalık uyum ölçeği alt boyutu fiziksel uyum puanı ve Kronik hastalık toplam uyum puanı İkili Karşılaştırmaları

BBFAA*Fiziksel Uyum	p
Az hareketli-Hareketsiz	1,000
Az hareketli- Orta derece hareketli	0,064
Az hareketli- Hareketli	0,031
Hareketsiz- Orta derece hareketli	0,065
Hareketsiz- Hareketli	0,030
Orta derece hareketli- Hareketli	1,000
BBFAA*Toplam Puan Uyum	
Az hareketli-Hareketsiz	1,000
Az hareketli- Orta derece hareketli	0,134
Az hareketli- Hareketli	0,019
Hareketsiz- Orta derece hareketli	0,287
Hareketsiz- Hareketli	0,040
Orta derece hareketli- Hareketli	1,000

5. TARTIŞMA

Kısa sürede tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 pandemi sürecinde, bireylerin fiziksel sağlıklarının etkilenmekte, anksiyete, depresyon gibi durumlar sonucunda ruh sağlıkları da etkilenebilmektedir. Bu durumlar sağlık anksiyetesinde artışın yanında kronik hastalıklara uyumu da etkilemiştir.

Bu etkinin incelenmesinin amaçlandığı bu çalışmada; katılımcıların ortalama yaşı $54,95 \pm 14,51$ olup %56,8'i kadın, %43,2'si erkektir ve kronik hastalık dağılımları %60,2 hipertansiyon, %46,3 DM, %24 kalp hastalıkları, %12,7 KOAH, %10 böbrek hastalıklarıdır.

Çalışmamızda bireylerin pandemi döneminde *toplam kronik hastalık uyum ölçek puanı* ortalaması $86,83 \pm 10,63$ bulunmuştur. Ölçek alt boyutları olan *fiziksel uyum* ortalaması $41,62 \pm 6,44$, *sosyal uyum* ortalaması $22,30 \pm 4,01$, *psikolojik uyum* ortalaması $22,91 \pm 3,43$ 'tür.

Pandemi dönemi öncesi Türkiye'de yapılan kronik hastalığa uyumu değerlendiren bir çalışmada toplam kronik hastalık uyum puanı $83,03 \pm 10,58$ bulunmuştur (47). Covid-19 pandemi döneminde Türkiye'de yapılmış kronik hastalığı olan bireylerde ruhsal iyi oluşun kronik hastalığa uyumuna etkisini incelemiş olan, yaş ortalaması $65,31 \pm 11,22$ ve %61,8'i kadın, %38,2'si erkek 446 hasta üzerinde yapılmış olan bir çalışmada *kronik hastalık uyum ölçeği toplam ortalama puan* $84,57 \pm 14,25$ olarak bulunmuş ve bu değer ortalamanın üzerinde saptanmıştır. *Fiziksel, sosyal ve psikolojik alt boyutlar* için ortalamalar sırasıyla $39,64 \pm 6,57$, $22,98 \pm 5,32$ ve $21,93 \pm 5,05$ olarak bulunmuştur (48). Çalışmadaki katılımcıların kronik hastalık dağılımı %69,3 hipertansiyon, %52,6 DM, %41,8 KOAH, %40,1 kalp yetmezliği ve %5,8 kronik böbrek yetmezliği olup çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Pandemi döneminde yalnızca kardiyovasküler hastalığı olan yaş ortalaması $53,96 \pm 14,76$ kadınlarda yapılan, stres ve kronik hastalığa uyumu araştıran bir çalışmada *Kronik hastalığa uyum ölçeği toplam puanı* ortalaması $86,91 \pm 10,61$ olarak bulunmuş olup ölçeğin alt boyutları ortalamaları *fiziksel uyum puanı* için $40,81 \pm 6,46$, *sosyal uyum puanı* için $23,54 \pm 4,34$, *psikolojik uyum puanı* için $22,54 \pm 2,98$ saptanmıştır (49). Yine pandemi döneminde yapılan dahili servislerde yatan hastaların kronik hastalıklara

uyumunu inceleyen bir çalışmada da *kronik hastalık toplam uyum puanı* $84,99\pm 12,45$ ve fiziksel, sosyal ve psikolojik uyum puanları sırasıyla $41,75\pm 5,78$, $21,14\pm 5,22$ ve $22,09\pm 4,54$ bulunmuştur (50). Maksimum KHUDÖ puanının 125 olduğu göz önünde bulundurulursa çalışmamızda bireylerin hastalık uyumu yeterli düzeyde bulunmuştur (50).

Çalışmamızda kronik hastalıklara uyum düzeyi pandemi dönemi öncesi yapılan çalışmaya göre daha yüksek, pandemi döneminde yapılan çalışma sonuçları ile uyumlu bulunmuştur.

Kronik hastalık uyum durumları cinsiyete göre incelendiğinde, pandemi öncesi dönemde yapılmış olan hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarının incelendiği çalışmalarda cinsiyet ile uyum arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (51,52). Buna benzer olarak Türkiye’de Covid-19 pandemi döneminde yapılmış kronik hastalığı olan bireylerde ruhsal iyi oluşun kronik hastalığa uyumuna etkisini incelemiş olan çalışmada da cinsiyet ile uyum arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (48). Ancak bizim çalışmamızda, çalışmaya katılan kadın bireylerin *fiziksel uyum puanının* istatistiksel olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Sosyal uyum ve psikolojik uyum açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Yaşlılarda ilaç uyumunu inceleyen bir başka çalışmada ise kadınların ilaç uyumu daha düşük bulunmuştur (53). Hastaların kronik hastalığa uyum sağlamada karşılaştıkları engelleri inceleyen bir çalışmada ise kadın cinsiyetin uyumu zorlaştırdığı ifade edilmiştir (54).

Bireylerin medeni durumuna göre değerlendirme yapıldığında evli, bekar ya da boşanmış/dul olmak fiziksel ve sosyal uyum açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Pandemi döneminde kronik hastalığı olan bireylerin hastalık uyumunun değerlendirildiği bir çalışmada medeni durum uyumla ilişkili bulunmamıştır (48).

Pandemi öncesinde yapılan kronik hastalık yönetiminde hasta rolü, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumun değerlendirildiği bir çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur (55). Aynı çalışmada medeni durumu evli olanların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (55). Yaşam kalitesi de psikolojik uyumu

etkilemektedir. Çalışmamızda medeni duruma göre *psikolojik uyum puanı* istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızla benzer olarak Covid-19 pandemi döneminde kardiyovasküler hastalığı bulunan kadınlarda yapılan bir çalışmada medeni durumun fiziksel ve sosyal uyumla ilişkisi bulunmamış olup, evli bireylerin psikolojik uyumu bekarlara göre daha yüksek bulunmuştur (49). Çalışmamızda da medeni durumu evli ve bekar olanların *psikolojik uyum puanı* düzeyi, boşanmış/dul olan bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Diyabet hastalarında psikososyal uyumu araştıran bir çalışmada gelir düzeyine göre uyum arasında anlamlı bir sonuç bulunmamıştır (56). Kalp yetersizliği ve miyokart enfarktüsü geçirmiş hastalarda yapılmış olan çalışmalarda gelir düzeyinin uyum durumunu etkilediği, gelir düzeyi arttıkça uyumun da arttığı sonucu bulunmuştur (57,58). Pandemi döneminde kronik hastalığı olan bireylerin hastalık uyumunun değerlendirildiği bir çalışmada ekonomik düzeyi iyi olan bireylerin hastalık kronik hastalık uyumunun da iyi olduğu bulunmuştur (48).

Covid-19 pandemi döneminde kardiyovasküler hastalığı bulunan kadınlarda yapılan bir çalışmada gelir düzeyi fiziksel ve psikolojik uyumla ilişkisi bulunmamış olup, sosyal uyumla ilişkili bulunmuştur. Gelir düzeyi arttıkça *sosyal uyum* da artmıştır (49). Çalışmamızda da gelir düzeyi *fiziksel ve psikolojik uyum* ile ilişkili bulunmamış olup, sosyal uyumla ilişkili bulunmuştur. Gelir düzeyi arttıkça sosyal uyum da artmıştır. *Sosyal uyum puanları* bakımından gelir durumu arasında ikili karşılaştırmalarda 2324 TL ya da daha az- 9297 TL ve üstü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. 9297 TL ve üzeri gelir düzeyi olanların sosyal uyumu 2324 TL ya da daha az olanların puanından daha yüksek bulunmuştur. Diğer gruplar arasında *sosyal uyum puanları* açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Aile sağlığı merkezine başvuran kronik hastalığı olan bireylerin depresyon düzeyleri ile hastalık yönetimi arasındaki ilişki ve etkileyen faktörleri inceleyen başka bir çalışmada kronik hastalığa sahip bireylerden gelir durumu yüksek olanların öz koruma puan ortalamalarının yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (58). Bireylerin tedavi ve hastalık uyumu ile ilgili yaşam biçimi değişiklikleri ve bireyin hastalığın olumsuz sonuçlarından kendini korunması öz koruma olarak tanımlanır. Öz koruma arttıkça uyumun arttığı ifade edilmektedir (58). Sağlıklı yaşam tarzı ölçeği ile gelir düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemiş olan bir

çalışmada gelir düzeyinin yüksek olmasının genel sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (57). Gelir düzeyinin yeterliliğinin sağlık hizmetlerine erişim açısından daha geniş imkanlar sunması sonucu uyum durumu olumlu etkilenmiş olabilir. Kronik hastalık yönetiminde sağlık hizmetlerine herkesin kolaylıkla erişim sağlayabilmesi büyük önem taşımaktadır (57).

Eğitim durumuna göre bireylerin *fiziksel uyum puanı* açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Üniversite mezunu bireylerin *fiziksel uyum puanı* en yüksek olurken, okuryazar olmayan bireylerin ise en düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan benzer çalışmalarda da eğitim seviyesi yüksek olanların uyum seviyesinin daha iyi olduğu belirlenmiştir (56,59). Ancak bu çalışmaların aksine kalp hastalarında psikososyal uyumu inceleyen başka bir çalışmada eğitim düzeyinin uyum düzeyini etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır (60). Çalışmamızda *fiziksel uyum puanları* bakımından eğitim durumu arasında ikili karşılaştırma yapıldığında; üniversite mezunlarının okuryazar olanlara ve ilköğretim mezunlarına göre uyum puanları daha yüksek saptanmıştır.

Eğitim düzeyi ile *sosyal uyum puanı* arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça hastaların hastalığa *sosyal uyum* düzeyleri artmaktadır. Buna benzer sonuçlar bulunan çalışmalar mevcuttur (56,61). *Sosyal uyum puanları* bakımından eğitim durumu arasında ikili karşılaştırılmalarda üniversite mezunlarının okuryazar olanlara ve ilköğretim mezunlarına göre *sosyal uyum puanları* daha yüksek saptanmıştır. *Psikolojik uyum puanları* bakımından eğitim durumu arasında ikili karşılaştırılmalarda da aynı şekilde üniversite mezunlarının uyum puanı ilköğretim mezunlarına göre yüksek saptanmıştır. Çalışmamızın sonuçlarına benzer olarak pandemi döneminde kronik hastalığı olan bireylerin hastalık uyumunun değerlendirildiği bir çalışmada eğitim düzeyi arttıkça *toplam uyum puanının* da arttığı bulunmuştur (48). Karatepe ve arkadaşlarının pandemi döneminde yapmış olduğu bir çalışmada eğitim düzeyi fiziksel ve psikolojik uyumla ilişkisi bulunmamış, sosyal uyumla ilişkili bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça sosyal uyum da artmıştır (49).

Bireylerin kronik hastalık ile ilgili diyet yapma durumuna göre *toplam uyum puanları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Kronik

hastalıkla ilgili diyet yapan bireylerin *toplam uyum puanı*, diyet yapmayan bireylerin *fiziksel uyum puanından* yüksek olduğu belirlenmiştir. Bireylerin kronik hastalık ile ilgili diyet yapma durumuna göre *fiziksel uyum puanları* arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Ölçeğin *sosyal ve psikolojik uyum puanları* arasında anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır. Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarını incelediği çalışmalarda diyetle uyum sağlayan hastaların tedavi uyumu daha yüksek bulunmuştur (51,52). Buna karşın kronik hastalık yönetiminde yaşam kalitesi ve tedaviye uyumun değerlendirildiği bir çalışmada diyet durumunun uyumu etkilemediğini sonucuna ulaşılmıştır (55). Literatürde kronik hastalıklara uyum alt boyutlarını inceleyen çalışmalarda diyet durumu sorgulanmamış olup, bu konuda yeterince veri bulunamamıştır.

Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarının incelendiği bir çalışmada sigara kullanım durumuyla uyum puanı arasında ilişki bulunmamıştır (51). Kronik hastalık yönetiminde hasta rolü, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumun değerlendirildiği bir çalışmada da sigara kullanmanın uyumla ilişkili bulunmamıştır (55). Çalışmamızda ise *fiziksel uyum puanları* bakımından sigara kullanım durumu arasında ikili karşılaştırılmalarda sigarayı bırakanların fiziksel uyumu sigara kullananlara göre daha yüksek saptanmıştır. Diğer çalışmalarda sigara kullanan ve kullanmayan olarak sorgulanmakla birlikte, çalışmamızda sigarayı bir dönem kullanmış olup bırakanlar da değerlendirmeye alındığı için anlamlı farklılık saptanmıştır. Aile sağlığı merkezine başvuran kronik hastalığı olan bireylerin depresyon düzeyleri ile hastalık yönetimi arasındaki ilişki ve etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışmada kronik hastalığa sahip bireylerden sigara ve alkol kullanmayanların *kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ölçeği* alt boyutu olan *öz koruma puan* ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sigara ve alkolün öz bakımı ve uyumu azalttığı ifade edilmektedir (62).

Alkol kullanım durumuna göre bireylerin *fiziksel ve sosyal uyum puanları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Kronik hastalık yönetiminde hasta rolü, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumun değerlendirildiği ve 65 yaş ve üstü bireylerin kronik hastalıklarıyla sağlık alışkanlıkları arasındaki ilişkiyi incelemiş olan çalışmalarda alkol kullanım durumuyla hastalık uyumu arasında ilişki bulunmamıştır (51,55,61). Literatürde kronik hastalıklara uyum alt boyutlarını inceleyen çalışmalarda sigara kullanım durumu ayrıca incelenmemiştir.

Çalışmamızda kronik hastalıkta ilaç kullanma durumuna göre bireylerin *toplam uyum puanı* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. İlaçlarını düzenli kullanan bireylerin hastalığa uyum düzeyleri en yüksek çıkarken, ilaç kullanmayan bireylerin ise hastalığa uyum düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır. İlaç kullanım durumu arasında ikili karşılaştırma yapıldığında; düzenli ilaç kullananların *fiziksel ve toplam uyum puanı*, ilaçlarını düzensiz kullanan ve ilaç kullanmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Altmış beş yaş üstü bireylerin kronik hastalıklarıyla sağlık alışkanlıkları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada düzenli ilaç kullanımına göre *sağlıklı yaşam tarzı ölçeği* puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında, sürekli ilaç kullanan bireylerin ilaç kullanmayanlara göre bütün ölçek alt maddeleri ve toplam puan ortalaması daha düşük bulunmuştur (61). Pandemi döneminde kronik hastalığı olan bireylerin hastalık uyumunun değerlendirildiği bir çalışmada, ilaç kullanım durumu 10 yıl ve daha az süredir ilaç kullanan ve 10 yıldan fazla süredir ilaç kullanan bireyler arasında değerlendirilmiş ve 10 yıldan az süredir ilaç kullanan bireylerin toplam uyum puanı 10 yıldan fazla süredir ilaç kullanan bireylerden daha yüksek bulunmuştur (48). Bizim çalışmamızda kronik hastalık süresi ile hastalık uyumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Fiziksel uyum ve sosyal uyum puanı ile yaş arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yaş arttıkça fiziksel uyum ve sosyal uyum puanı azalmaktadır. *Psikolojik uyum puanı* ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak *toplam uyum puanı* ile yaş arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki mevcuttur. Bir tıp fakültesi hastanesi kardiyoloji kliniğinde yatan hastaların kronik hastalık uyumunu inceleyen bir çalışmada da benzer sonuçlar görülmüştür (63). Pandemi döneminde kronik hastalığı olan bireylerin hastalık uyumunun değerlendirildiği bir çalışmada yaş arttıkça kronik hastalığa toplam uyum azalmıştır. Altmış beş yaş altı grubun uyum puanı en yüksek bulunmuştur (48). Karatepe ve arkadaşlarının pandemi döneminde yapmış olduğu bir çalışmada yaş ile *kronik hastalık toplam puanı* ve alt grupları ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (49). Yaş grubunun kronik hastalıklarla ilgili farklı tecrübeler göstermesi göz önünde bulundurulsa da genel olarak yaş arttıkça fiziksel aktivitelerdeki azalma, emeklilikle birlikte toplumsal rolde gerileme, bakım verene bağımlılık düzeyi, bilişsel kapasitede azalma, kronik hastalık yükü ve komplikasyonlarının artışı ile birlikte uyum azalmış

olabilir. Ancak yaş arttıkça manevi gelişim, stresle başa çıkma durumunun iyileşmesi, emeklilikle birlikte iş stresinin azalması gibi nedenlerle ileri yaş grubunun uyumunun yüksek olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur (61).

Kronik hastalığın türüne göre değerlendirildiğinde, çalışmamızda, bireylerin fiziksel uyum puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamış olmakla birlikte, diyabet hastalığı olup olmama durumuna göre bireylerin *sosyal ve psikolojik uyum puanları* arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Diyabet hastalığı olanların *sosyal ve psikolojik uyum puanı* diyabet hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç literatürle büyük ölçüde uyumludur. DM ve hipertansiyon hastalarının uyum durumlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada DM'si olan hastaların uyumu hipertansiyonu olan hastaların uyumundan daha yüksek saptanmıştır (63). Aile sağlığı merkezine başvuran kronik hastalığı olan bireylerin depresyon düzeyleri ile hastalık yönetimi arasındaki ilişki ve etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışmada diyabet hastalığı olan hastaların diğer kronik rahatsızlığı olan hastalara göre *öz bakım ölçek puanlarının* daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (62). Sadece diyabet hastalarıyla yapılmış olan bir çalışmada psikososyal uyum değerlendirilmesinde hastaların %34,4'ünün iyi, %29,5'inin orta uyum gösterdiği, bu uyumun da diyabetin yılı, tanı yaşı, cinsiyet, öğrenim durumu, mesleği, kontrole gelme sıklığı, diyet ve egzersiz durumundan etkilendiği ve yine aynı çalışmada diyabet hastalarında erken yaşta tanı alanlarda diyet ve insülin kullanımına uyumda sorunlar olmasına rağmen yaş ilerledikçe diyabete psikososyal uyumun arttığı saptanmıştır (56). Hipertansiyon, kalp hastalıkları, böbrek hastalıkları, KOAH hastalıklarında *psikolojik uyum puanlarının* benzer olduğu belirlenmiştir.

Kronik hastalığa uyum durumu hastalık algısı ile önemli ölçüde ilişkilidir (38). Pandeminin yol açtığı korku, yüksek ölüm oranları, hızlı bulaş riski ve yüksek enfekte etme düzeyi bireylerin anksiyete düzeylerini arttırmaktadır (64). Çalışmamızda *toplam sağlık anksiyete ölçek puanı* ortalaması $23,14 \pm 11,14$ olarak tespit edilmiştir. Pandemi dönemi öncesi yapılan koroner anjiyografisi normal olan bireylerde sağlık anksiyetesi, anksiyete ve somatosensoryel amplifikasyon düzeylerini inceleyen, yaş ortalaması hasta grubunda 51 ± 10 , kontrol grubunda 49 ± 9 olan bir çalışmada *sağlık anksiyete ölçek puanları* hasta grubunda $18,8 \pm 8,7$, kontrol grubunda $12,3 \pm 7,1$ olup, hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (65). Özdin ve

arkadaşlarının pandemi döneminde yapmış oldukları Türk toplumunda Covid-19 salgını sırasında anksiyete, depresyon ve sağlık kaygısının düzeylerini inceleyen ortalama $37\pm 10,3$ yaş grubunda yapılan bir çalışmada *sağlık anksiyetesi toplam puanı* $15,1\pm 7,0$ bulunmuştur (12). Jungmann ve arkadaşlarının yapmış olduğu Covid-19 pandemisinde sağlık kaygısı, siberkondri ve koronavirüs kaygısı ile ilişkili olan faktörleri inceleyen ortalama $33,36$ yaş grubu arasında yapılan bir çalışmada *sağlık anksiyete toplam puanı* $14,68\pm 6,58$ bulunmuştur (66). Çalışmamızda *sağlık anksiyetesi ölçeği toplam puanları* pandemi öncesi ve pandemi dönemindeki çalışmalara göre daha yüksek saptanmıştır. Bu sonuçlar pandeminin sağlık anksiyetesini arttırmış olduğunu desteklemektedir.

Aralık 2018’de yapılmış katılımcıların yaş ortalaması $20,33\pm 1,4$ olan sağlık bilimleri öğrencilerinde sağlık kaygısını incelemiş olan bir çalışmada *sağlık anksiyetesi puan ortalaması* $17,85$ bulunmuştur (67). Covid-19 pandemisi sürecinde çalışan hemşirelerin anksiyete ve umutsuzluk düzeylerini inceleyen bir çalışmada anksiyete düzeyi yüksek saptanmıştır (68). Pandemi döneminde anksiyete düzeylerinde artış görülmüştür.

Covid-19 pandemi döneminde Çin’de yapılmış olan, katılımcıların %53,1’inin $21,4-30,8$ yaş aralığında, %67,3’ünün kadın olduğu bir çalışmada %53,8’inde orta ve şiddetli düzeyde psikolojik tepkiler görülmüştür. Bu tepkilerin %16,5’u orta veya şiddetli depresyon, %28,8’i orta veya şiddetli anksiyete, %8,1’inde orta veya şiddetli strestir (69).

Cinsiyete göre bireylerin *sağlık anksiyetesi ölçek puanları* arasında istatistiksel olarak bir farklılık tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan kadın bireylerin *sağlık anksiyetesi ölçek puanı* erkek bireylerin *sağlık anksiyetesi ölçek puanına* göre daha yüksek saptanmıştır. Özdin ve arkadaşlarının yapmış olduğu pandemi döneminde kaygı düzeylerini ölçen bir çalışmada kadın cinsiyet risk faktörü olarak bulunmuştur (12). Bu sonuca ulaşan benzer çalışmalar da mevcuttur (26,70). Bireylerin sağlık anksiyetesi düzeyleri ile Covid-19 salgını kontrol algısı karşılaştıran bir çalışmada da kadınların anksiyete düzeyi erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (38). Müge ve arkadaşlarının yaptığı Covid-19’un yayılması ile sağlık kaygısı ilişkilerini inceleyen bir çalışmada sağlık anksiyete kadın medyanı 16 (Q1 13–Q3 21), erkek medyanı 13

(Q1 9–Q3 15) bulunmuş olup, kadınların sağlık anksiyete düzeyi erkeklerden daha yüksek saptanmıştır ($p<0,001$) (71). Covid-19 pandemi döneminde yapılan çalışmalarda kadınların hastalığı erkeklere göre daha bulaşıcı ve daha tehlikeli algıladığı ve bu nedenle kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (24,72,73). Kadınların anksiyete düzeyinin daha yüksek çıkması toplumsal düzende ev hayatı ve çocuk bakımı gibi konuların kadına yüklendiği toplumsal cinsiyet algısından kaynaklanmış olabileceği öngörülmektedir. Pandemi döneminde karantina ile birlikte kadınlarda uzun dönemde ev hayatında rol artışı, kısıtlamalara bağlı egzersiz ve fiziksel aktivite düzeyinde azalmaların olması gibi nedenlerle daha yüksek düzeyde stres ve kaygıya yol açmaktadır. Bu sebeplerle özellikle kadınlar için pandemi süreci ve sonrasında fizyolojik ve ruhsal tepkiler daha ayrıntılı ele alınmalıdır (74). Sağlık kaygısının genetik ve çevresel kökenlerini incelemiş olan başka bir çalışmada ise sağlık anksiyetesinin cinsiyete göre farklılık göstermediği bulunmuştur (75).

Medeni duruma göre sağlık anksiyetesi değerlendirildiğinde, boşanmış/dul olanların kaygı *sağlık anksiyete puanı* evli ve bekar olanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Literatürde pandemi dönemi öncesi yapılan kronik hastalıkları olan bireylerde anksiyete ve depresyon düzeylerini inceleyen bir çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur (76). Dahiliye hastalarında sağlık anksiyetesinin incelendiği bir çalışmada evli olanların anksiyete düzeyi boşanmış ve bekar olanların anksiyete düzeyinden yüksek saptanmıştır (24). Covid-19 pandemi sürecinde anksiyete ve umutsuzluk düzeylerini inceleyen bir çalışmada bekar olan bireylerin anksiyete düzeyi evli olan bireylerden daha yüksek bulunmuştur (73). Bu sonuçlarla birlikte medeni durumun sağlık anksiyete düzeyini etkilemediğini gösteren pandemi öncesi (26) ve pandemi dönemi sonrası yapılmış çalışmalar da mevcuttur (70).

Çalışmamızda sağlık anksiyete düzeyi ile eğitim durumu, gelir düzeyi, kronik hastalık süresi, alkol kullanım durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Dahiliye hastalarının sağlık anksiyete düzeylerinin değerlendirildiği bir çalışmada eğitim seviyesi, gelir düzeyi, kronik hastalık süresi arasında ilişki saptanmamış (24), Covid-19 salgını sırasında bireylerdeki sağlık anksiyetesini değerlendirmiş olan başka bir çalışmada anksiyete düzeyi ile eğitim düzeyinde anlamlı ilişki bulunmamakla birlikte, gelir düzeyinin azalması ile anksiyete durumunun artış gösterdiği bulunmuştur (77).

Sigara kullanım durumuna göre bireylerin SAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Çalışmamızda sigarayı bırakan bireylerin sağlık anksiyete düzeyinin sigara kullanan ya da hiç kullanmayan bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde bu konu ile ilgili farklı sonuçlar elde eden araştırmalar bulunmaktadır. Anksiyete ve depresyon düzeylerine göre sigara durumunu inceleyen bir çalışmada sigara içenlerin anksiyete düzeyinin bırakmış olanlardan daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (78). Aksi olarak hemşirelik öğrencilerinin pandemi döneminde sağlık bilişleri ve depresyon anksiyete stres düzeylerini inceleyen bir çalışmada sigara kullanan bireylerin kullanmayanlara göre anksiyete düzeyi daha düşük saptanmıştır (79). Covid-19 pandemisi sürecinde çalışan hemşirelerin anksiyete ve umutsuzluk düzeylerini inceleyen bir çalışmada ise sigara kullanım durumu ile anksiyete düzeyi arasında ilişki saptanmamıştır (68).

Çalışmamızda sigara kullanan bireylerin %74,5'i, sigara kullanmayan bireylerin %82,9'u, sigarayı bırakan bireylerin ise %92,2'sinin ilaçlarını düzenli kullandığı dikkat çekmektedir. Bu durum sigarayı bırakmış ve düzenli ilaç kullanan bireylerin anksiyete düzeyinin daha yüksek olması sonucunu desteklemektedir. Çalışmamızda sigarayı bırakan bireylerin anksiyete düzeyinin yüksek olması ve aynı zamanda büyük çoğunluğunun düzenli ilaç kullanması, anksiyete düzeyindeki artışın bireyleri düzenli ilaç kullanımına ve sağlıklı yaşam tarzını benimsemeye teşvik ettiği sonucuna ulaşılabilir.

Çalışmamızda alkol kullanım durumuna göre sağlık anksiyete düzeyi değerlendirildiğinde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak Covid-19 pandemisi sürecinde çalışan hemşirelerin anksiyete ve umutsuzluk düzeylerini inceleyen bir çalışmada alkol kullanan bireylerin kullanmayanlara göre anksiyete düzeyi düşük saptanmıştır (68). Çalışmamızda sıklıkla alkol kullandığını belirten bireylerin ilaçlarını düzenli kullanmadığı belirlenmiştir. Alkolü bıraktığını belirten bireylerin %92,3'ü ilaçlarını düzenli şekilde kullanmakta olup nadiren kullananların %77,5'i, hiç kullanmadım yanıtı verenlerin %85,1'inin düzenli ilaç kullanmakta olduğu tespit edilmiştir.

Diyet yapma durumu değerlendirildiğinde çalışmamızda kronik hastalık ile ilgili diyet yapmış olanların sağlık anksiyete düzeyi yapmamış olanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Dahiliye hastalarında sağlık anksiyetesinin sağlıklı beslenme takıntısı ve

sağlık programlarını izleme motivasyonuna etkisini inceleyen bir çalışmada sağlık anksiyetesinin diyet içeriği, beslenme türü gibi nedenlerle beslenmeyi etkilediği saptanmıştır (24). Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon düzeyini araştıran bir çalışmada ilaçlarını düzenli kullanan ve önerilen diyetine uyan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyinin, ilaçlarını düzenli kullanmayan ve diyetine uymayan hastalara göre daha düşük olduğu, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (80). Bizim çalışmamızda düzenli ilaç kullanan hastaların anksiyete düzeyi düzensiz ilaç kullanan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Hastanede yatan hastaların sağlık anksiyetesinin değerlendirildiği bir çalışmada ilaç kullanıp kullanmama durumuna göre değerlendirilmiş olup, ilaç kullanan hastaların anksiyete düzeyinin ilaç kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (81).

Kronik hastalığın türüne göre değerlendirilirse, yapılan bir çalışmada kronik hastalık türünün anksiyete puanını etkilemediği saptanmıştır (80). Her hastalık süreci mevcut duruma uyum yaratacağından, kişinin günlük yaşamına ne kadar engel oluyorsa o ölçüde önemli sonuçlara yol açar. Bu sonuçlar hastalığa uyum durumundan ruhsal bozukluklara kadar değişebilir. Bu doğrultuda hastalar her hastalık türüne göre yeni duruma yeni yaşam planı oluşturarak uyum gösterirler ve anksiyete ve depresyon açısından benzer etkileşim görülebilir (33). Çalışmamızda da DM, hipertansiyon ve kalp hastalıkları ile sağlık anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış olmasına rağmen, böbrek hastalıkları ve KOAH'ı mevcut olan hastaların sağlık anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Son dönem böbrek hastalığı geri döndürülebilir bir hastalık değildir ve böbrek nakli yapılmadıkça ömür boyu diyaliz tedavisi gerektirir (82). Hemodiyaliz alan hastaların haftada üç kez seanslarda yaklaşık olarak dört saat harcadıkları göz önünde bulundurulduğunda çoğunun düzenli bir iş bulamadığı ve depresyon anksiyete gibi psikolojik sorunlar yaşadıkları öngörülebilir. Kore'de yapılan bir çalışmada diyaliz hastalarında depresyon ve anksiyetenin birbirine eşlik eden ve en sık görülen psikiyatrik durumlar olduğu saptanmıştır (82,83). Bu nedenlerle böbrek hastalığı olanların anksiyete puanının yüksek olması beklenen bir durum olarak değerlendirilebilir. KOAH bulunan hastalarda dispne, soluk alamama kaygısı, cihaz kullanımına bağlı uyum güçlükleri, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık görülür. Bu durumların yol açtığı

panik bozukluk, anksiyete ve depresyon düzeylerinde artış beklenir (27,32). Solunum sistemi hastalıklarında en sık görülen ruhsal sorun anksiyetedir (27). KOAH olan bireylerde yapılan benzer bir çalışmada da hastalığın varlığının anksiyete ve depresyon düzeyinin yüksek olduğu ve olguların büyük bir kısmında yeti yitimi bulunduğu saptanmıştır (84). Çalışmalarda kronik bedensel hastalığı olanlarda ruhsal bozukluk oranları olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bildirilmiştir (84).

Çalışmamızda *Sağlık anksiyetesi ölçek puanı* ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yaş ile anksiyete düzeyi arasında ilişki ile ilgili farklı sonuçlar elde eden çalışmalar da mevcuttur. Pandemi döneminde yapılmış olan bir çalışmada yaş gruplarına göre sağlık anksiyete düzeylerinde farklılıklar görülmüştür. En yüksek kaygı düzeyi 18-24 yaş aralığında bulunmuştur. Bu yaş grubunun üniversite eğitimi, ileriye yönelik hayat planlaması dönemi olması ve pandemi döneminde yoğun gelecek kaygısı nedeniyle olabileceği öngörülmektedir (68,73). Benzer bir çalışmada 20-30 yaş grubunun sağlık anksiyetesi düzeyinin 31-40, 41-50 ve 50 yaş üstü bireylerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (77). Başka bir çalışmada ise yaş ilerledikçe hastaların anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının arttığı ve bu artışın özellikle 70 yaş ve üzeri hastalarda daha fazla yoğunlaştığı saptanmıştır (80). Anksiyete düzeyi ile yaş arasındaki ilişki çok sayıda faktörden etkilenir, araştırılması gerekir yaş ilerledikçe sağlık ile ilgili bilgi ve deneyimlerin artışı anksiyete düzeyinin azalmasında etkili olurken, yaşla birlikte hastalıkların ilerleyişi ve komplikasyonların artışı anksiyete düzeyinin artmasına da etkili olmuş olabilir.

Bütüncül olarak ele alındığında insan, yaşamını uyum yeteneğiyle sağlar. İnsan davranışlarının tümünün uyuma yönelik bir amacı vardır. Çevreden gelen tehlikelere karşı anksiyete bireyi uyarma, gerekli uyumu sağlama ve yaşamı sürdürebilme işlevleri için gereklidir. Anksiyete uyumu sağlayacak normal düzeyin üzerinde olursa normal dışı davranışların kaynağı olur.

Çalışmamızda kronik hastalıklara uyum ölçeği ile sağlık anksiyetesi arasında anlamlı bir sonuç bulunmamıştır. Ancak sağlık anksiyetesi ölçek puanı ile kronik hastalıklara uyum ölçeğinin alt boyutu olan fiziksel uyum arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü ve sosyal uyumla negatif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır. Çalışmamızda sağlık anksiyetesi arttıkça fiziksel uyum artarken sosyal uyumun azaldığı

bulunmuştur. Literatürde pandemi döneminde kronik hastalık uyumu ile sağlık anksiyetesi ilişkisini incelemiş olan benzer iki ölçek kullanılmış bir çalışmada ilgili veriler kısıtlı bulunmuştur. Pandemi döneminde yapılmış kronik hastalığı olan kişilerde ruhsal iyi oluşun kronik hastalığa uyum üzerine etkisini inceleyen bir çalışmada, kronik hastalığı olan kişilerin ruhsal iyilik halleri arttıkça, kronik hastalığa uyumlarının da arttığını ortaya koymuştur. Ruhsal iyi oluş tedaviye uyum ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkili bulunmuş ve ruhsal iyi oluşun benlik saygısını ve öz yeterliliğini etkilediği, sağlıkla ilgili davranış ve inançları etkilediği ve ruhsal sorunlara yol açtığı bildirilmiştir (48). Covid-19 pandemi döneminde kardiyovasküler hastalığı bulunan kadınlarda yapılan bir çalışmada kronik hastalık uyumu ile stres düzeyi karşılaştırılmış ve kronik hastalıklara uyum ölçeğinin toplamı ve alt boyutlarının ortalamaları ile stres puanı ortalamaları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,01$). Çalışmamızdan farklı olarak bu çalışmada stres düzeyi arttıkça kronik hastalık uyumunun azaldığı bulunmuştur (49).

Kronik hastalık sayısı ile *sağlık anksiyetesi ölçek puanı* karşılaştırıldığında çalışmamızda kronik hastalık sayısı arttıkça anksiyete düzeyinin arttığı bulunmuştur. Kronik hastalık sayısı arttıkça *kronik hastalıklara uyum ölçeği alt boyutu olan sosyal uyumun* azaldığı bulunmuştur. Ancak olası birden fazla kronik hastalığın ya da multimorbiditenin sağlık anksiyetesine etkisi birlikte değerlendirilememiştir.

Literatürdeki çalışmalarda hastalık sayısı ile ilgili veriler kısıtlıdır. Yılmaz ve arkadaşlarının pandemi döneminde yaptığı çalışmada kronik hastalık ve ilaç tedavisi süresi arttıkça hastalığa uyumun azaldığını bulunmuştur (48). Kronik hastalıkların kişilerin uyumunu etkilemesinde hastalık süreside kronik hastalık sayısı gibi uyumu etkileyen birlikte bir faktör olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda BOH'lar arasında en yaygın dört hastalıktan biri olan malignite hastaları az sayıda bulunmuştur. Bunun nedeni pandemi döneminde poliklinik başvurularının azalması olabilir. Ayrıca en yaygın dört kronik hastalık arasında olmamasına rağmen böbrek hastalıklarının fazlalığı dikkat çekmektedir. Bu fazlalık en yaygın kronik hastalıklar arasında olan diyabet ve hipertansiyonun komplikasyonu olarak beklenen bir sonuçtur.

BBFA, 16-74 yaş grubu bireyler için kullanılabilirdiğinden, çalışmamızdaki bu yaş grubu bireyler değerlendirmeye alınmış ve bu sınıflamaya göre bireylerin %44,2'si hareketsiz, %24,5'i az hareketli, %16,5'i orta derece hareketli, %14,8'i hareketli sınıfta olduğu belirlenmiştir. Yetersiz fiziksel aktivite bir haftada 5 kez 30 dakikadan daha az süreli, orta dereceli aktivite ya da bir haftada 3 kez 20 dakikalık ağır aktiviteden daha az olan aktiviteyi ifade eder. Her yıl 3,2 milyon ölüm fiziksel aktivite düzeyinin yetersizliği ile ilişkilendirilmiştir (85).

Türkiye'de 2015 yılında yapılan ve yetişkinlerde fiziksel aktivite düzeyini araştıran bir çalışmada fiziksel aktivite düzeyi düşük olan bireylerin oranı %43,5, fiziksel aktivite yapmayanların oranı %41,8, yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapanların oranı %14,8 olarak bulunmuştur (86).

Çalışmamızda *birinci basamak için fiziksel aktivite anketi* sınıflaması puanlarına göre bireylerin *kronik hastalık uyum ölçeği alt boyutu fiziksel uyum* puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Hareketli bireylerin *fiziksel uyum puanı* hareketsiz bireylerin *fiziksel uyum puanından* daha yüksek olduğu saptanmıştır. İkili karşılaştırılmalarda ise az hareketli ile hareketli, hareketsiz ile hareketli bireyler arasında uyum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

DSÖ verilerine göre yetişkinlerin %25'inin, ergenlik çağındaki bireylerin ise %81'inin yetersiz fiziksel aktivite yaptığı bildirilmiştir (87).

Pandemi dönemi öncesi yapılmış olan *Türkiye Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması*'na göre erkeklerin %23'ünün, kadınların ise %13'ünün yeterli düzeyde fiziksel aktivite yaptığı gösterilmiştir. Yaş arttıkça fiziksel aktivite düzeyi azalmaktadır (88). Çalışmamızın verileri benzer çalışma verilerine göre yakın olmakla birlikte, DSÖ'nün oranlarına göre oldukça düşük saptanmıştır. DSÖ, ülkelerin ekonomik gelişimi ile birlikte değişen ve gelişen ulaşım modelleri, iş ve eğlence için teknolojinin artan kullanımı ile hareketsizlik seviyelerinin artarak %70'lere çıkabileceğini öngörmektedir. Ülkemizdeki yetersiz fiziksel aktivite oranı %85,2 olarak DSÖ'nün öngörülerindeki oranları geçmiş durumdadır.

DSÖ fiziksel aktivitenin önemini vurgulamak için *2018-2030 Fiziksel Aktiviteye İlişkin Küresel Eylem Planı* geliştirmiş olup fiziksel aktivite '*Daha Sağlıklı Bir Dünya İçin Daha Aktif İnsan*' göstergelerine göre farklı şekillerde yapılabilir. Yürüyüş, bisiklete binme, spor ve aktif rekreasyon biçimleri (örn. dans, yoga, tai chi) örnek verilebilir (89). Pandemi nedeniyle yaşanan fiziksel ve ruhsal hastalıklarla mücadelede, anksiyeteyi kontrol etme noktasında fiziksel aktivite ve egzersiz uygulamalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Covid-19 pandemi döneminde yapılan sosyal izolasyon ve karantina uygulamaları, sokağa çıkma kısıtlamaları bireyleri hareketsiz bir yaşama iterek fiziksel aktivitelerinde zorunlu bir azalma meydana getirmiştir. Bu durum hem fiziksel hem ruhsal birçok soruna zemin hazırlamış, kaygı ve stres gibi ruhsal sıkıntılarda artışa yol açmıştır (74). Pandemi dönemindeki kısıtlamalar nedeniyle spor salonlarının kapatılması, açık alanda yapılan spor ve sosyal faaliyetlerin durdurulması nedeniyle yetersiz fiziksel aktivite düzeyi daha da düşmüştür. Bireylerin sosyal yaşamının aniden değişmesi, sosyal ilişkilerin azalması, gelecek planlarını gerçekleştirip gerçekleştirememeye düşünceleri gibi nedenlerle kaygı düzeyi artar (74). Karantinanın en önemli sonuçlarından biri fiziksel aktivitenin azalmasıdır. Karantina, sevdiklerinden ayrılma, özgürlüğün kaybı, hastalık durumu konusundaki belirsizlik gibi stres faktörlerini tetikleyen bir deneyimdir (90). Ruhsal bozukluklar, intiharlar, öfke sorunları, aile içi şiddet ve davalar, önceki salgınlarda karantina uygulamasının sonuçlarıdır (90). Zorunlu toplu karantinanın potansiyel yararları, kardiyovasküler risk yükü üzerindeki olası uzun vadeli olumsuz etkilere karşı dikkatli bir şekilde tartışılmalıdır (91). Düzenli fiziksel aktivitenin kalp hastalıkları, serebrovasküler olaylar, diyabet gibi BOH'ları önlemeye ve tedavi etmeye yardımcı olduğu kanıtlanmıştır. Buna ilaveten fiziksel aktivitenin hipertansiyon, metabolik sendrom ve obeziteyi önlemede etkili olmakla birlikte zihinsel sağlık üzerinde de olumlu etkisi mevcuttur (91). KDH ile ilgili mevcut kılavuzlarda, yetişkinler için en az 150 dk/hafta orta yoğunlukta veya 75 dakika/hafta şiddetli yoğunlukta aerobik fiziksel aktivite veya bunların eşdeğer bir kombinasyonu önerilmektedir. İlave fayda elde edebilmek için aerobik fiziksel aktivitenin aşamalı olarak 300 dk/hafta orta yoğunlukta veya 150 dk/hafta şiddetli yoğunlukta yapılması önerilmektedir (92).

Covid-19 pandemi döneminde ortaya çıkan kronik hastalıklara uyumda azalma, sağlık anksiyetesinde artış, depresyon gibi ruhsal durumların, aynı zamanda kilo artışı, artmış kardiyovasküler risk gibi fiziksel durumların egzersiz ve fiziksel aktiviteler ile azalacağı düşünülmektedir (74). Özellikle kronik hastalığı olan bireylerde fiziksel aktivite düzeylerini arttırmak, fiziksel olarak obezite, kardiyovasküler risk düzeylerinde azalma konusunda, ruhsal olarak da kronik hastalığa uyum sağlama, stres ve anksiyete yönetimi konusunda yararlı olacaktır.



6. SONUÇLAR

Covid-19 pandemi sürecinde toplumda görülen en yaygın dört kronik hastalığı bulunan erişkinlerin sağlık anksiyetesi ile kronik hastalıklara uyum durumlarının ilişkisini incelemiş olduğumuz bu çalışmada kronik hastalık uyum düzeyleri yeterli, sağlık anksiyete düzeyleri yüksek, fizikse aktivite düzeyleri yetersiz bulunmuştur.

Kronik hastalıklarda kadın cinsiyetin, yüksek eğitim düzeyinin, düzenli ilaç kullanımının, sigarayı bırakmış olmanın ve düzenli diyet yapmanın fiziksel uyumu arttırdığı, eğitim ve gelir düzeyindeki artışın sosyal uyumu arttırdığı, evli ve yüksek düzeyde eğitim almış olmanın psikolojik uyumu arttırdığı dikkat çekmektedir.

Çalışmamızın sonuçlarında eğitim düzeyi yüksekliğinin, düzenli ilaç kullanmış ve diyet yapmış olmanın kronik hastalıklara toplam uyumu arttırdığı görülmüştür.

Kronik hastalıklar arasında DM'si olanların uyumu diğer kronik hastalıklara göre daha yüksek bulunmuştur.

Kronik hastalıklara uyumun yaş arttıkça azaldığı, eğitim düzeyi arttıkça artış gösterdiği saptanmıştır.

Kadın cinsiyet, boşanmış olmak, düzenli ilaç kullanmak, diyet yapmak ve sigarayı bırakmış olmanın sağlık anksiyete düzeyini arttırmıştır. Kronik hastalıklar arasında böbrek hastalıkları ve KOAH olanların anksiyete düzeyi diğer kronik hastalıklara göre daha yüksek bulunmuştur.

Sağlık anksiyetesi açısından kadın ve erkeklerdeki anlamlı farkın, toplumsal cinsiyet rolleri temelinden kaynaklanmakta olduğu göz önüne alınmalı, sosyal hayattaki rollerde eşitsizlikler giderilmeli ve bu konuda farkındalık oluşturulmalıdır.

Sağlık anksiyetesi arttıkça kronik hastalıklara uyumun alt boyutu olan fiziksel uyum artmakta, sosyal uyum ve psikolojik uyum azalmaktadır.

Kronik hastalık sayısı arttıkça sağlık anksiyete düzeyi artmakta, sosyal uyum azalmaktadır.

Çalışmamızda fiziksel aktivite oranları pandemi öncesi oranlara göre oldukça düşük saptanmış olup hareketli bireylerin fiziksel uyumu hareketsiz olan bireylere göre daha yüksektir.

Kronik hastalıkların seyri sağlıklı yaşam tarzı ve yeterli düzeyde fiziksel aktivite gibi önlemlerle iyileştirilebilir ve bu önlemlerle yaşam kalitesinde artış görülebilir. Yaşam kalitesindeki artışın bireylerin anksiyete düzeyini azaltması beklenebilir. Kronik hastalıklar ile ilgili risk faktörlerinin değerlendirilmesi, yaşam tarzı değişiklikleri, kronik hastalıklardan korunmak için risk faktörlerinin değerlendirilmesi, koruyucu sağlık uygulamaları, hastaların yalnızca birey olarak değil aile ve sosyal çevresi ile birlikte ele alınarak tedavi programına uyumunun sağlanması birinci basamakta aile hekimlerinin görevleri arasındadır. Yalnızca fiziksel sağlık değil ruhsal sağlığı değerlendirmek de bütüncül yaklaşımın bir gereğidir.

Çalışmamızda kronik hastalığa uyum düzeyi yeterlidir ancak sağlık anksiyete düzeylerinin yüksek ve egzersiz düzeylerinin beklenen düzeyde olmamasının, kronik hastalıklar ile ilişkili olması nedeniyle yaşam tarzı değişiklikleri ve fiziksel aktivite düzeyinde artış özendirilerek kronik hastalık yükünü azaltmak hedeflenmelidir. Aile hekimlerinin kronik hastalık bakımını sürdürülebilir bir şekilde yerine getirebilmesi önem arz etmektedir. Bu açıdan tüm basamaklar arasında entegrasyon ve koordinasyon artırılmalıdır.

ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Bu çalışma, bir büyükşehirde ve tek hastanede yapılması nedeniyle tüm ülkeyi yansıtamayabileceği düşünülmektedir. Çalışmamız, Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran erişkin hastaları kapsayan kesitsel bir çalışmadır. Covid-19 pandemisi döneminde veri toplanmış olması, hastaneye gelenlere yapıldığı için pandemi koşulları nedeniyle gelemeyenlerin sonuçları etkileme potansiyeli taşıyabileceği düşünülmektedir. 75 yaş üstü bireylerde BBFAA kullanılmaması bu yaş grubunun değerlendirilmesinde eksikliklere yol açmaktadır. Ayrıca bir kişide birden fazla kronik hastalık bulunması çalışmanın sonuçlarını kısıtlamaktadır.

7. KAYNAKLAR

1. Sartorius N. Mental Health Care For The Elderly. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*. 1997;(12):2.
2. Egici MT, Gürel N, Bağcı H. Long-Term Medication Use And Polypharmacy İn Older Adults. *Tjgeri*. 30 Haziran 2021;24(2):122-33.
3. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) [İnternet]. [A.Yer 12 Ağustos 2021]. Erişim Adresi: <https://www.tuik.gov.tr/Home/Index>
4. Bilir N, NS P. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü Ve Yaşlılık Sorunları, İçinde Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayını. 2006;S1019-1044.
5. Fadıloğlu Ç. Kronik Hastalıklarda Bakım. *Ege Dahili Tıp Günleri*. 2003;1-34.
6. Hunter DJ, Reddy KS. Noncommunicable Diseases. *New England Journal Of Medicine*. 03 Ekim 2013;369(14):1336-43.
7. Gagnon LM, Pat Ten SB. Major Depression And Its Association With Long-Term Medical Conditions. *Can J Psychiatry*. 01 Mart 2002;47(2):149-52.
8. Türkçapar H. Anksiyete Bozukluğu Ve Depresyonun Tanısal İlişkileri. *Klinik Psikiyatri*. 2004;5.
9. Özmen E, Aydemir Ö. Bedensel Hastalığı Olanlarda Depresyon. *Psikiyatri Bülteni*. 1993;2(2):71-7.
10. Aydemir Ö, Bayraktar E. Genel Tıpta Anksiyete. *Psychomed*. 1996;2(3):102-12.
11. Kılıçoğlu Alev. Yaşlılık Çağı Depresyonunun Risk Etkenleri Ve Etiyolojisine Yönelik Bir Gözden Geçirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2006;(7):49-54.
12. Özdin S, Bayrak Özdin Ş. Levels And Predictors Of Anxiety, Depression And Health Anxiety During COVID-19 Pandemic İn Turkish Society: The Importance Of Gender. *Int J Soc Psychiatry*. 01 Ağustos 2020;66(5):504-11.
13. Bahadır Yılmaz E, Ayvat İ, Şiran B. Hastanede Yatan Hastalarda Sağlık Anksiyetesi İle Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları Arasındaki İlişki. 01 Nisan 2018;22:82-9.
14. Ünsal A, Demir G, Özkan Aç, Arslan Gg. Huzurevindeki Yaşlılarda Kronik Hastalık Sıklığı Ve İlaç Kullanımları. :6.
15. Arslan Gg, Eşer İ. Yaşlıların Kendi Kendine İlaç Kullanımına Uyumu Ve Hemşirenin Rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 01 Ocak 2005;21(2):147-57.

16. Aydemir T, Çetin Ş. Kronik Hastalıklar Ve Psikososyal Bakım. Journal Of Anatolian Medical Research. 30 Kasım 2019;4(3):109-15.
17. Allen LN, Feigl AB. What's In A Name? A Call To Reframe Non-Communicable Diseases. The Lancet Global Health. Şubat 2017;5(2):E129-30.
18. Ofýsý B. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması. :164.
19. Adherence To Long-Term Therapies Evidence For Action [İnternet]. [A.Yer 15 Ağustos 2021]. Erişim Adresi: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf?ua=1
20. TUSEB - TUHKE [İnternet]. [A.Yer 25 Nisan 2021]. Erişim Adresi: <https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/makaleler/bulasici-olmayan-hastaliklar-nelerdir>
21. Aydemir Ö, Kirpınar İ, Sati T, Uykur B, CengiSiZ C. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe İçin Güvenilirlik Ve Geçerlilik Çalışması. Npa. 2013;50(4):325-31.
22. R Anderson, L Saulsman, P Nathan. Helping Health Anxiety. Western Australia. 2011;Centre For Clinical Interventions.
23. Gül Aİ, Özdemir T, Börekci E. Health Anxiety Levels İn Patients Admitted To Internal Medicine Outpatient Clinic For Several Times. Journal Of Clinical And Analytical Medicine. 2016;7(4):437-9.
24. Dahiliye Hastalarında Sağlık Anksiyetesinin Sağlıklı Beslenme Takıntısı Ve Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonuna Etkisi [İnternet]. [A.Yer 15 Ağustos 2021]. Erişim Adresi: <http://193.140.245.211/bitstream/11452/15395/1/10328823.pdf>
25. Özdelikara A, Ağaçdiken Alkan S, Mumcu N. Determination Of Health Perception, Health Anxiety And Effecting Factors Among Nursing Students. Bakirkoy. 24 Eylül 2018;275-82.
26. Rabia H, Karakurt P, Arzu Y, Seval U. Anxiety And Depression Among Individuals With Chronic Disease Who Refer To Primary Health Care Centers. TAF Preventive Medicine Bulletin. 01 Haziran 2010;9.
27. S Özkan. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. Liyazon Psikiyatrisi Kitabı İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi. 1993;83-291.
28. Blumenthal JA, Babyak MA, O'Connor C, Keteyian S, Landzberg J, Howlett J, Vd. Effects Of Exercise Training On Depressive Symptoms İn Patients With Chronic Heart Failure: The HF-ACTION Randomized Trial. JAMA. 01 Ağustos 2012;308(5):465-74.

29. Özdemir Ü, Taşci S. Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar Ve Bakım. 2013;16.
30. Yeşilbalkan ÖU, Akyol AD, Çetinkaya Y, Altın T, Ünlü D. Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Semptomlar Ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 01 Haziran 2005;21(1):13-31.
31. Kömürcüoğlu B, Balcıoğlu M, Öztuna I, Ve Ark. KOAH'lı Erkek Olgularda Depresyon. Toraks Dergisi. 2000;1(3):31-40.
32. Korkmaz T, Tel H. Koah'lı Hastalarda Anksiyete, Depresyon Ve Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 04 Ocak 2011;13(4):79-86.
33. Mete HE. Kronik Hastalık Ve Depresyon. Klinik Psikiyatri. 2008;11(3):16.
34. Ava Şirin Tav, Yarkın Özenli, Aydan Ünsal, A. Kürşad Özşahin. Tip 2 Diabetes Mellitus Ve Obez Hastaların Anksiyete Ve Depresif Bozukluk Açısından Karşılaştırmalı Değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2010;14(1):22-5.
35. Bahar, Aynur; Sertbas, Gülümser; Sönmez, Ayhan. Diyabetes Mellituslu Hastaların Depresyon Ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi/Determination Of Depression And Anxiety Levels Of Patients With Diabetes Mellitus - Proquest. Anadolu Psikiyatri Dergisi/Anatolian Journal Of Psychiatry. 2006;(7):18-26.
36. Güven T. Diabetes Mellituslu Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Etkisinin Araştırılması. [İstanbul]: T.C. Sağlık Bakanlığı, Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği,; 2007.
37. TÜBA Covid-19 Raporu 6. Güncelleme.Pdf [İnternet]. [A.Yer 29 Mayıs 2021]. Erişim Adresi: [Http://Www.Tuba.Gov.Tr/Files/İmages/2020/Kovidraporu/T%C3%9CBA%20Covid-19%20Raporu%206.%20G%C3%BCncelleme.Pdf](http://www.tuba.gov.tr/files/images/2020/kovidraporu/t%C3%9CBA%20Covid-19%20Raporu%206.%20G%C3%BCncelleme.Pdf)
38. EkiZ AGT. Bireylerin Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri İle Covid-19 Salgını Kontrol Algısının Karşılaştırılması. :16.
39. Er AG, Ünal S. Dünyada Ve Türkiye'de 2019 Koronavirüs Pandemisi. 2019;8.
40. Pal R, Bhadada SK. COVID-19 And Non-Communicable Diseases. Postgraduate Medical Journal. 01 Temmuz 2020;96(1137):429-30.
41. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, Vd. Clinical Characteristics Of Coronavirus Disease 2019 İn China. N Engl J Med. 30 Nisan 2020;382(18):1708-20.

42. Yang J, Zheng Y, Gou X, Pu K, Chen Z, Guo Q, Vd. Prevalence Of Comorbidities And Its Effects In Patients Infected With Sars-Cov-2: A Systematic Review And Meta-Analysis. *International Journal Of Infectious Diseases*. Mayıs 2020;94:91-5.
43. Bozkurt Y, Zeybek Z, Aşkin R. Covid-19 Pandemisi: Psikolojik Etkileri Ve Terapötik Müdahaleler. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 27 Haziran 2020;19(37):304-18.
44. Pfefferbaum B, North CS. Mental Health And The Covid-19 Pandemic. *New England Journal Of Medicine*. 06 Ağustos 2020;383(6):510-2.
45. ViCdan AK, BiRgiLi F. The Validity And Reliability Study For Developing An Assessment Scale For Adaptation To Chronic Diseases. *Journal Of Current Researches On Health Sector*. 2018;10.
46. Ayşe Emel Kaya Nogay, Mehmet Özen. Birinci Basamak İçin Fiziksel Aktivite Anketinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik Ve Güvenilirliği. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2019;(11):1-8.
47. Hilal Karatepe, Derya Atik, Ulviye Özcan Yüce. Adaptation With The Chronic Disease And Expectations From Nurses. *Erciyes Med J* [İnternet]. 2019 [A.Yer 08 Eylül 2021]; Erişim Adresi: [Http://Www.Erciyesmedj.Com/Jvi.Aspx?Un=EMJ-83446](http://www.erciyesmedj.com/jvi.aspx?Un=EMJ-83446)
48. Kütmeç Yılmaz C, Kara FŞ. The Effect Of Spiritual Well-Being On Adaptation To Chronic İllness Among People With Chronic İllnesses. *Perspect Psychiatr Care*. Ocak 2021;57(1):318-25.
49. Hilal Kuşcu Karatepe, Derya Atik. Stress And Adaptation To The İllness Of Women With Cardiovascular System İllness İn Covid-19 Pandemia. *Acta Medica Mediterranea*. 25 Mayıs 2021;(3):1309-16.
50. Aslan H, ÇetkiN T, DemiR R. Effects Of Chronic İllness Adaptation On The Healthy Lifestyle Behaviours Of Patients İn İnternal Services. *Cukurova Medical Journal*. 30 Eylül 2021;46(3):1140-9.
51. Mert H, Özçakar N, Kuruo E. Multidisipliner Bir Özel Çalışma Modülü Araştırması: Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumlarının İncelenmesi. 2011;6.
52. Serap Ünsar ÖV. Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların İlaç Tedavisine Uyum/Öz Etkililik Düzeylerinin Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Journal Of Cardiovascular Nursing*. 2014;5(2):66-74.
53. Turhan Ö, Kibar E, Ekren E, Engin O, Ercan D, Ergün Ez, Vd. Yaşlılarda İlaç Uyumu: Üniversite Hastanesi Tabanlı Tanımlayıcı Bir Çalışma. *Nobel Medicus*. :8.

54. Göçer Ö. Hastaların Kronik Hastalığa Uyum Sağlamada Karşılaştıkları Engeller. [Ankara]: Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulu; 2008.
55. Meryem Pelin. Kronik Hastalık Yönetiminde Hasta Rolü, Yaşam Kalitesi Ve Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi. T.C. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;
56. Kaymaz TT. Psychosocial Adjustment To Disease İn Individuals With Diabetes. Psi Hem Derg [İnternet]. 2016 [A.Yer 23 Ağustos 2021]; Erişim Adresi: <Http://Www.Phdergi.Org/Jvi.Aspx?Pdir=Phd&PIng=Tur&Un=PHD-50251>
57. Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastaların Psikososyal Uyumları İle Depresyon Ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi [İnternet]. [A.Yer 24 Ağustos 2021]. Erişim Adresi: <Https://Dergipark.Org.Tr/Tr/Download/Article-File/825501>
58. Akin S, Durna Z. Kalp Yetersizliği Hastalarının Psikososyal Uyumu. 2006;8.
59. Magnezi R, Glasser S. Psychometric Properties Of The Hebrew Translation Of The Patient Activation Measure (Pam-13). Brucki S, Editör. Plos One. 20 Kasım 2014;9(11):E113391.
60. Erhan Ee, Kelleci M, Baysal B. Kalp Hastalarında Psikososyal Uyum, Depresyon, Anksiyete Ve Stres Düzeylerine Bir Bakış. :11.
61. Levent Erdoğan D. 65 Yaş Ve Üstü Bireylerin Kronik Hastalıklarıyla Sağlık Alışkanlıkları Arasındaki İlişki. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi; 2021.
62. Aytap F. Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Depresyon Düzeyleri İle Hastalık Yönetimi Arasındaki İlişki Ve Etkileyen Faktörler. [İstanbul]: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2020.
63. Damla Sebhan Bozbay, Aytül Belgi Yıldırım, Levent Dönmez. Bir Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği'nde Yatan Hastaların Kronik Hastalık Uyumu Ve İlgili Bazı Değişkenlerin İncelenmesi. 3ınternational 21national Public Health Congress [İnternet]. 25 Eylül 2019 [A.Yer 23 Ağustos 2021]; Erişim Adresi: <Https://2019.Uhsk.Org/Ocs236/İndex.Php/Uhsk21/Uhsk/Paper/View/222>
64. Khan S, Siddique R, Li H, Ali A, Shereen MA, Bashir N, Vd. Impact Of Coronavirus Outbreak On Psychological Health. Journal Of Global Health. Haziran 2020;10(1):010331.
65. Korkmaz H, Korkmaz S, Yildiz S, Gündoğan B, Atmaca M. Determination Of Health Anxiety, Anxiety, And Somatosensory Amplification Levels İn Individuals With Normal Coronary Angiography. Psychiatry Research. Haziran 2017;252:114-7.

66. Jungmann SM, Witthöft M. Health Anxiety, Cyberchondria, And Coping In The Current COVID-19 Pandemic: Which Factors Are Related To Coronavirus Anxiety? *Journal Of Anxiety Disorders*. Haziran 2020;73:102239.
67. Bati AH, Mandiracioglu A, Govsa F, Çam O. Health Anxiety And Cyberchondria Among Ege University Health Science Students. *Nurse Education Today*. Aralık 2018;71:169-73.
68. Yeşil Bayülgen M, Bayülgen A, Yeşil FH, Akcan Türksever H. Yeni Koronavirüs-19 Sürecinde Çalışan Hemşirelerin Anksiyete Ve Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi [İnternet]*. 14 Şubat 2021 [A.Yer 19 Ağustos 2021]; Erişim Adresi: <https://Dergipark.Org.Tr/Tr/Doi/10.48071/Sbuhemsirelik.839229>
69. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, Vd. Immediate Psychological Responses And Associated Factors During The Initial Stage Of The 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic Among The General Population In China. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*. Ocak 2020;17(5):1729.
70. An Investigation Of The Psychosocial And Demographic Determinants Of Anxiety And Hopelessness During COVID-19 Pandemic (Tur. J Clin Psy [İnternet]. 2020 [A.Yer 19 Ağustos 2021]; Erişim Adresi: https://Www.Journalagent.Com/Z4/Download_Fulltext.Asp?Pdir=Kpd&PIng=Eng&Un=KPD-35403
71. Kirmizi M, Yalcinkaya G, Sengul YS. Gender Differences In Health Anxiety And Musculoskeletal Symptoms During The COVID-19 Pandemic. *BMR*. 22 Mart 2021;34(2):161-7.
72. Domuz Gribi (H1N1) Salgınıyla İlişkili Alguların, Kaygı Ve Kaçınma Düzeyi Değişkenleri Bağlamında İncelenmesi [İnternet]. [A.Yer 25 Ağustos 2021]. Erişim Adresi: <https://Www.Psikolog.Org.Tr/Tr/Yayinlar/Dergiler/1031828/Tpd1300443320110000m000096.Pdf>
73. Güloğlu B, Yılmaz Z, İstemihan Fy, Arayıcı Sn, Yılmaz S. Covid-19 Pandemisi Sürecinde Bireylerdeki Anksiyete Ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. :16.
74. Baydar Arıcan Ö. Kaygı Pandemisi Ve Egzersiz. 01 Şubat 2021;81-101.
75. Steven Taylor, Dana S Thordarson, Kerry L Jang, Gordon Jg Asmundson. Genetic And Environmental Origins Of Health Anxiety: A Twin Study. *Official Journal Of The World Psychiatric Association*. 2006;1(5):47-50.
76. Hatice Arıcı. Kronik Hastalıkları Olan Kişilerin Depresyon Ve Anksiyete Düzeyleri İle Kişilik Özellikleri Etkileşimi. [Gaziantep]: Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı; 2018.

77. Aysun Alioğulları. Covid-19 Virüs Salgını Sırasında Yetişkin Bireylerde Sağlık Anksiyetesi, Ölüm Anksiyetesinin Yaş Ve Cinsiyete Göre İncelenmesi. [İstanbul]: İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2021.
78. Mykletun A, Overland S, Aarø LE, Liabø H-M, Stewart R. Smoking In Relation To Anxiety And Depression: Evidence From A Large Population Survey: The HUNT Study. *Eur Psychiatr.* Mart 2008;23(2):77-84.
79. Yildirim Keskin A, Molu B. Hemşirelik Öğrencilerinin Covid-19 Pandemi Sürecinde Sağlık Bilişleri İle Depresyon Anksiyete Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkisi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* [İnternet]. 23 Kasım 2020 [A.Yer 19 Ağustos 2021]; Erişim Adresi: <https://Dergipark.Org.Tr/Tr/Doi/10.34087/Cbusbed.796470>
80. Rabia H, Karakurt P, Arzu Y, Seval U. Anxiety And Depression Among Individuals With Chronic Disease Who Refer To Primary Health Care Centers. *TAF Preventive Medicine Bulletin.* 01 Haziran 2010;9.
81. Bahadır Yılmaz E, Ayvat İ, Şiran B. Hastanede Yatan Hastalarda Sağlık Anksiyetesi İle Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları Arasındaki İlişki. 01 Nisan 2018;22:82-9.
82. Mi Rye Suh Rn, Hyuk Jung H, Bae Kim S, Sik Park J, Seok Yang W. Effects Of Regular Exercise On Anxiety, Depression, And Quality Of Life In Maintenance Hemodialysis Patients. *Renal Failure.* Ocak 2002;24(3):337-45.
83. Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon Ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi [İnternet]. [A.Yer 27 Ağustos 2021]. Erişim Adresi: http://Www.Firattipdergisi.Com/Pdf/Pdf_FTD_363.Pdf
84. Bilgen Begüm Afşar, Murat Yalçınsoy, Halil İbrahim Yakar, Sevinç Bilgin, Esen Akkaya. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Yeti Yitimi, Anksiyete Ve Depresyon Yönünden Değerlendirilmesi | TR Dizin. *Cumhuriyet Tıp Dergisi.* 2012;34(3).
85. Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı. 2017;86.
86. Aktaş H, Şaşmaz CT, Kılınçer A, Mert E, Gülbol S, Külekçioğlu D, Vd. Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite Düzeyi Ve Uyku Kalitesi İle İlişkili Faktörlerin Araştırılması. *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg.* 2015;8(2):11.
87. Physical Activity [İnternet]. Who. [A.Yer 28 Ağustos 2021]. Erişim Adresi: https://Www.Who.Int/Health-Topics/Physical-Activity#Tab=Tab_1
88. Ünal DB. Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. 2013;353.
89. Rutter H, Cavill N, Bauman A, Bull F. Systems Approaches To Support Action On Physical Activity. *Bulletin Of The World Health Organization.* 01 Mart 2020;98(3):226-7.

90. Giubilini A, Douglas T, Maslen H, Savulescu J. Quarantine, Isolation And The Duty Of Easy Rescue In Public Health. *Developing World Bioeth.* Haziran 2018;18(2):182-9.
91. Mattioli AV, Ballerini Puviani M. Lifestyle At Time Of COVID-19: How Could Quarantine Affect Cardiovascular Risk. *American Journal Of Lifestyle Medicine.* Mayıs 2020;14(3):240-2.
92. Nasi M, Patrizi G, Pizzi C, Landolfo M, Boriani G, Dei Cas A, Vd. The Role Of Physical Activity In Individuals With Cardiovascular Risk Factors: An Opinion Paper From Italian Society Of Cardiology-Emilia Romagna-Marche And SIC-Sport. *Journal Of Cardiovascular Medicine.* Ekim 2019;20(10):631-9.



Ek-1: Katılımcı Bilgi Toplama Formu

Kronik Hastalığı Olan Erişkin Bireylerin Covid 19 Pandemi Döneminde Sağlık Anksiyete Durumlarının ve Kronik Hastalıklara Uyumuna Etkisinin Değerlendirilmesi

Sayın katılımcı,

Bu araştırma Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran en yaygın 4 kronik hastalıktan (kalp damar hastalıkları, malignite , kronik obstrüktif akciğer hastalığı,diyabet) birine sahip olan erişkin yaş grubu hastalarda pandemi döneminde sağlık anksiyete durumlarının ve kronik hastalıklara uyumuna etkisinin değerlendirilmesi amacıyla Doç. Dr. Memet Taşkın EGİCİ ve Asistan Dr. Esra Nur NALBANT tarafından yapılmaktadır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar yalnızca bilimsel amaçla kullanılacak ve toplanan yanıtlar tek tek incelenmeyecek topluca analiz edilecektir.Çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Anketi doldurmak çalışmaya katılmayı kabul etmeniz anlamına gelmektedir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

KATILIMCI BİLGİ TOPLAMA FORMU

1.Yaş:

2.Cinsiyet: Kadın () Erkek ()

3.Medeni Durum: Evli () Bekar() Dul/Boşanmış ()

4.Öğrenim Durumu: Okur-yazar değil () Okur Yazar() İlköğretim mezunu() Lise mezunu ()

Üniversite mezunu () Lisansüstü ()

5.Meslek:

6.Aylık toplam hane geliriniz ne kadardır? (Hanede yaşayan tüm çalışanların aylık gelirlerinin toplamı)

2324 tl ya da daha az () 2325 tl-4648 tl arası () 4649 tl-6972 tl arası ()

6973 tl-9296 tl arası () 9297 tl ve üstü ()

7. Kronik hastalık :Hipertansiyon(), Diyabet (), KOAH(), Osteoporoz-Artrit(),

Böbrek Hastalıkları (), Diğer Kronik hastalıklar (.....)

8.Kronik bir hastalığınız için ilaç kullanım durumunuzu belirtiniz

() İlaçlarımı düzenli kullanıyorum. () İlaçlarımı düzensiz kullanıyorum.

() İlaç kullanıyordum, bıraktım. () İlaç kullanmadım.

9.Hastalık süresi:

()1 yıldan az ()1-5 yıl () 6-10 yıl () 11 yıl ve üzeri

10.Sigara kullanım durumunuz nedir?

()Evet , kullanıyorum

()Hayır,kullanmıyorum

()Bıraktım

11.Alkol kullanım durumunuz nedir?

()Hiç kullanmadım

()Bıraktım

()Nadiren kullanırım

()Sıklıkla kullanıyorum

12 . Kronik hastalıklarınızla ilgili herhangi bir diyet uyguladınız mı ?

() Evet , () Hayır

13. Bir önceki soruya cevabınız evet ise;

() Kendi bilgim ve alışkanlıklarıma göre diyet uyguladım.

() Hekim / diyetisyen tarafından önerilen diyeti uyguladım .

() Sosyal medya / TV vb kaynaklardan edindiğim bilgiler ile diyet uyguladım .

Ek-2: Kronik Hastalık Uyum Ölçeği(KHUDÖ)

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

Ek-3: Sağlık Anksiyetesi Ölçeği

1.

- Sağlığımla ilgili endişelenmem.
- Sağlığımla ilgili nadiren endişelenirim.
- Sağlığımla ilgili çok sık endişelenirim.
- Sağlığımla ilgili hemen her zaman endişelenirim.

2.

- Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissedirim
- Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissedirim
- Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissedirim
- Bedenimde sürekli ağrı/acı hissedirim.

3.

(a) Genellikle vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında değilimdir.

(b) Bazen vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkında olurum.

(c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.

(d) Sürekli vücudumdaki duyum ya da değişikliklerin farkındayım.

4.

(a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiç bir zaman sorun olmamıştır.

(b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.

(c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.

(d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.

5.

(a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.

(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.

(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.

(d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.

6.

(a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.

(b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.

(c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.

(d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.

7.

(a) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.

(b) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.

(c) Sağlığımla ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.

(d) Hiçbir şey zihnimden sağlığımla ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.

8.

(a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylerse tamamen rahatlarım.

(b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.

(c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.

(d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.

9.

(a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.

(b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.

(c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.

(d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.

10.

(a) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak

ederim.

(b) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.

(c) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen her zaman ne olduğunu merak ederim.

(d) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.

Ekbölüm

11.

(a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.

(b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.

(c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.

(d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.

12.

(a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem

(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

(d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

13.

(a) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.

(b) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.

(c) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek çoğunlukla zorlanırım.

(d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek her zaman zorlanırım.

14.

(a) Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.

(b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.

(c) Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler.

(d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

Aşağıdaki soruları yanıtlarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser, Multipl Skleroz gibi) olsaydı nasıl olurdu diye düşünün. Tabii ki tam olarak nasıl olacağını bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinize dayanarak nasıl olacağı konusunda en iyi tahmini yapmaya çalışın.

15.

(a) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk alamazdım.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk alamazdım.

16.

(a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.

17.

(a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.

(b) Ciddi bir hastalık yaşamımın bir çok alanını bozardı.

(c) Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.

(d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.

18.

(a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.

EK-4: Birinci Basamak için Fiziksel Aktivite anketi (BBFAA)

Birinci Basamak için Fiziksel Aktivite Anketi

Tarih:/...../.....

Adı Soyadı:

1. Lütfen işinizin gerektirdiği fiziksel aktivitelerin türü ve miktarını belirtiniz.		Lütfen yalnız bir kutucuğu işaretleyiniz
a	Çalışmıyorum (örn. emekli, malulen emekli, işsiz, tam zamanlı bakıcı, vs.)	
b	İşyerinde zamanım çoğunu oturarak geçiriyorum (örn; ofis işleri)	
c	İşyerinde zamanımın çoğunu ayakta veya yürüyerek geçiriyorum. Ancak yaptığım iş yoğun fiziksel aktivite gerektirmiyor. (örn; tezgahçı, kuaför, güvenlik görevlisi, bebek bakıcısı, vb)	
d	İşim ağır nesnelere kaldırmak veya alet kullanmak gibi belirli bir fiziksel aktivite gerektiriyor (örn; tesisatçı, elektrikçi, marangoz, temizlikçi, hemşire, bahçıvan, postacı, vs.)	
e	İşim çok ağır nesnelere kaldırmak da dahil olmak üzere şiddetli fiziksel aktivite gerektiriyor (örn; iskeleci, inşaat işçisi, çöpçü, vs.)	

2. Geçen hafta boyunca aşağıdaki aktivitelerin her birinde kaç saat harcadınız?		Hiç	1 saatten az	1- 3 saat arası	3 saat ve üzeri
Lütfen çalışsanız da çalışmasanız da cevap veriniz.					
a	Yüzme, koşu, aerobik, futbol, tenis, jimnastik gibi fiziksel egzersizler				
b	İşe giderken veya boş zamanlarda bisiklete binmek				
c	İşe giderken, alışveriş yaparken veya zevk için yürüme				
d	Ev işi, çocuk bakımı				
e	Hobi uğraşları (bahçe ya da ev içi uğraşlar)				

3. Normal yürüyüş hızınızı nasıl tanımlarsınız?		
Lütfen yalnız bir kutucuğu işaretleyiniz.		
a	Yavaş (saatte 5 km'den az)	
b	Sabit ortalama hız	
c	Tempolu hız	
d	Hızlı (saatte 7 km'den fazla)	