



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



Hemşirelik Anabilim Dalı
Hemşirelik Esasları

[Yüksek Lisans Tezi]

**ÇOKLU KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN HASTALIĞA UYUMLARI
İLE HASTALIK YÖNETİMİ ÖZ ETKİLİLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Asude GÜNEY
ORCID: 0009-0009-1753-8839

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Gülden BASİT
ORCID: 0000-0002-6193-5569

Konya – 2023

ÖN SÖZ

Tez yazım sürecim boyunca bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösteren, destekleri ile akademik gelişimime katkıda bulunan çok değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Gülden BASİT' e çok teşekkür ederim.

Tez savunma jürimde bulunarak değerli görüş ve önerilerini beyan eden jüri üyeleri Doç. Dr. Fatoş KORKMAZ' a ve Dr. Öğr. Üyesi Serpil SU' ya teşekkür ederim.

Veri toplama sürecimde araştırmama katkıda bulunarak destek olan tüm hastalara geçmiş olsun dileklerimi ileterek teşekkür ederim.

Her zaman bana güvenen ve inanan hayatımın her alanında desteklerini ve sevgilerini her daim hissettiğim aileme sonsuz teşekkür ederim.

Asude GÜNEY

Haziran 2023

İÇİNDEKİLER

ÖN SÖZ.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TEZ ONAY SAYFASI.....	vii
TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU	viii
BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ.....	ix
KISALTMALAR	x
TABLolar LİSTESİ	xi
ÖZET.....	xii
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	4
1.2. Araştırma Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Çoklu Kronik Hastalık (Multimorbidite)	5
2.1.1. Çoklu kronik hastalık tanımı	5
2.1.2. Çoklu kronik hastalıkların önemi	5
2.1.3. Çoklu kronik hastalık epidemiyolojisi	7
2.1.4. Çoklu kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetimi	8
2.2. Kronik Hastalıklara Uyum	10
2.2.1. Kronik hastalıklara uyum tanımı.....	10
2.2.2. Kronik hastalıklara uyum türleri	10
2.2.3. Kronik hastalıklarda uyum süreci ve hemşirenin sorumlulukları	11
2.3. Hastalık Yönetiminde Öz Etkililik	13
2.3.1. Öz etkililik tanımı.....	13
2.3.2. Öz etkililiği etkileyen faktörler	13
2.3.3. Kronik hastalık yönetiminde öz etkililik ve hemşirenin rolü.....	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın Türü	17

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	17
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	17
3.3.1. Katılımcıların araştırmaya dâhil edilme kriterleri	17
3.3.2. Dışlanma kriterleri.....	18
3.4. Veri Toplama Tekniği ve Araçları.....	18
3.4.1. Hasta Bilgi Formu (EK 1)	18
3.4.2. Kronik Hastalıklara Uyumu Değerlendirme Ölçeği (KHÜDÖ) (EK 2)	18
3.4.3. Kronik Hastalık Yönetimi İçin 6 Maddelik Öz-Etkililik Ölçeği (KHYÖEÖ) (EK 3) ...	18
3.5. Verilerin Toplanması	19
3.6. Bağımsız Değişkenler	19
3.7. Bağımlı Değişken.....	19
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu.....	19
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	20
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	20
4. BULGULAR	21
5. TARTIŞMA.....	47
5.1. Çoklu Kronik Hastalığa Sahip Olan Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	47
5.2. Çoklu Kronik Hastalığa Sahip Olan Bireylerin Hastalığa Uyum Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması	48
5.3. Çoklu Kronik Hastalığa Sahip Olan Bireylerin Hastalık Yönetimi Öz Etkililik Düzeylerine İlişkinin Bulguların Tartışılması	51
5.4. Çoklu Kronik Hastalığa Sahip Olan Bireylerin Bağımsız Değişkenleri ile Hastalık Yönetimi Öz Etkililikleri Arasında İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması.....	54
5.5. Çoklu Kronik Hastalığa Sahip Olan Bireylerin Öz Etkililiğini Yordayan Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	55
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
7. KAYNAKLAR.....	61
8. EKLER.....	71



TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi **Asude GÜNEY**' in "**Çoklu Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalığa Uyumluluğu ile Hastalık Yönetimi Öz Etkinlikleri Arasındaki İlişki**" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans olarak kabul edilmiştir.

Konya / 03.07.2023

Tez Danışmanı	Dr. Öğr. Üyesi Gülden BASİT Necmettin Erbakan Üniversitesi	İmzası
Jüri Üyesi	Doç. Dr. Fatoş KORKMAZ Hacettepe Üniversitesi	İmzası
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Serpil SU Necmettin Erbakan Üniversitesi	İmzası

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 12/07/2023 tarih ve 16/29 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hasibe VURAL
Enstitü Müdürü

TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Çoklu kronik hastalığı olan bireylerin hastalığa uyumları ile hastalık yönetimi öz etkililikleri arasındaki ilişki başlıklı tez çalışmamın toplam **91** sayfalık kısmına ilişkin, 10.07.2023 tarihinde tez danışmanım tarafından **Turnitin** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı **%11** olarak belirlenmiştir.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Tez kabul sayfası hariç
2. Tez çalışması orijinallik raporu sayfası hariç
3. Bilimsel etik beyannamesi sayfası hariç
4. Önsöz hariç
5. İçindekiler hariç
6. Simgeler ve kısaltmalar hariç
7. Materyal ve metot hariç
8. Kaynaklar hariç
9. Alıntılar dahil
10. 7 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tez Çalışması Orijinallik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim ve tez çalışmamın, bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranının (%30) altında olduğunu ve intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

10 / 07 / 2023

Asude GÜNEY

Dr. Öğr. Üyesi Gülden BASİT

BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini, tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez hazırlama kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını ve bu kaynakların kaynaklar listesine eklendiğini beyan ederim.

03.07.2023

Asude GÜNEY

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BM: Birleşmiş Milletler

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

DM: Diyabetes Mellitus

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GBD: Global Burden of Disease

HT: Hipertansiyon

IM: İntramüsküler

INH: İnhalasyon

IV: İntravenöz

KAH: Koroner Arter Hastalığı

KBY: Kronik Böbrek Yetmezliği

KHUDÖ: Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği

KHYÖEÖ: Kronik Hastalık Yönetimi İçin 6 Maddelik Öz-Etkililik Ölçeği

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

SC: Subkutan

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: World Health Organization

TABLolar LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n:230).....	21
Tablo 4.2. Bireylerin Aldıkları İlk Tanıya Göre Sahip Oldukları Diğer Hastalık Sayısının Dağılımı (n:230).....	23
Tablo 4.3. Hastaların Tanılarına Göre İlaç Kullanım Yolları ve Sayılarının Dağılımı (n:230)	24
Tablo 4.4. KHUDÖ ve KHYÖEÖ' ne Ait Tanımlayıcı İstatistiklerin Dağılımı (n:230).....	25
Tablo 4.5. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre KHUDÖ Puan Dağılımının Karşılaştırılması (n:230).....	26
Tablo 4.6. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre KHYÖEÖ Puan Dağılımının Karşılaştırılması (n:230).....	31
Tablo 4.7. Hastaların İlk Tanılarına Göre KHUDÖ ve KHYÖEÖ Puanlarının Dağılımı (n:230).....	35
Tablo 4.8. KHUDÖ ve KHYÖEÖ Arasındaki İlişki (n:230)	37
Tablo 4.9. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve KHUDÖ İle KHYÖEÖ Puanları Arasındaki İlişki (n:230)	38
Tablo 4.10. KHYÖEÖ Psikolojik Tutum Alt Boyut Puanına Etki Eden Faktörlerin Lineer Regresyon Analizi İle İncelenmesi (n:230).....	41
Tablo 4.11. KHYÖEÖ Davranışsal Tutum Alt Boyut Puanına Etki Eden Faktörlerin Lineer Regresyon Analizi İle İncelenmesi (n:230).....	43
Tablo 4.12. KHYÖEÖ Toplam Puanına Etki Eden Faktörlerin Lineer Regresyon Analizi İle İncelenmesi (n:230).....	45

ÖZET

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Hemşirelik Esasları
[Yüksek Lisans Tezi]

ÇOKLU KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN HASTALIĞA UYUMLARI İLE HASTALIK YÖNETİMİ ÖZ ETKİLİLİKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Asude GÜNEY

Konya-2023

Çoklu kronik hastalıklar günümüzde küresel bir sorun oluşturmaktadır. Ortaya çıkan bu sorunda başta bireyleri olmak üzere toplumu olumsuz etkilemektedir. Bu çalışma çoklu kronik hastalığı olan bireylerin hastalığa uyumları ile hastalık yönetimi öz etkililikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapıldı.

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde olan araştırma, Konya İli Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde dahili kliniklerde 01-31 Aralık 2022 tarihleri arasında yapıldı. Araştırmanın evrenini, Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yatan çoklu kronik hastalığa sahip olan bireyler, örneklemini ise araştırmaya dahil edilmeleri kriterlerini karşılayan 230 hasta birey oluşturdu. Verilerin toplanmasında Hasta Bilgi Formu, Kronik Hastalıklara Uyumu Değerlendirme Ölçeği ve Kronik Hastalık Yönetimi İçin 6 Maddelik Öz-Etkililik Ölçeği kullanıldı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerin yanısıra Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi ve Dunn testi kullanıldı. Kronik hastalık yönetimi için 6 maddelik öz-etkililik ölçeği puanına etki eden faktörlerin analizinde ise lineer regresyon analizi kullanıldı. Analiz sonuçları nicel veriler için ortalama \pm standart sapma ve ortanca (minimum- maksimum) şeklinde, kategorik veriler ise frekans ve yüzde şeklinde sunuldu.

Hastaların %64,8'inin kadın, %83'ünün evli, %71,7'sinin ilköğretim mezunu, %60,4'ünün il merkezinde yaşadığı, %87,8'inin herhangi bir işte çalışmadığı saptandı. Çalışmamızda kronik hastalıklara uyum düzeyi ortalaması $62,48 \pm 9,81$; öz etkililik düzeyi ortalaması $4,58 \pm 2,01$ olarak bulundu.

Çalışma sonucunda çoklu kronik hastalığa sahip bireylerin hastalıklara uyum düzeyinin ortalamasının üzerinde olduğu; evlilerin, eğitim düzeyi yüksek olanların, çalışanların, mesleği olanların, gelir durumu iyi olanların, geniş ailede ve kasabada yaşayanların, iki kronik hastalığa sahip olanların kronik hastalığa uyumlarının daha yüksek olduğu saptandı. Kronik hastalıklara uyum ve öz etkililik düzeyleri toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki saptandı. Katılımcıların kronik hastalıklara psikolojik uyumları arttıkça öz etkililik düzeylerinin arttığı, saptandı. Kullanılan ilaç sayısı arttıkça psikolojik ve davranışsal öz-etkililik düzeylerinin azaldığı saptandı.

Sonuç olarak bireylerin kronik hastalıklara uyum düzeyleri arttıkça kronik hastalık yönetimi öz-etkililik düzeyleri artmaktadır. Hastalık sayısı fazla olan bireylere eğitim hemşireleri öncülüğünde uyum programları ve hastalık süreçlerine yönelik eğitimlerin planlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bulaşıcı olmayan hastalıklar, Çoklu kronik hastalıklar, Hastalığa uyum, Öz etkililik.

ABSTRACT

Necmettin Erbakan University, Institute of Health Sciences
Department of Nursing
Fundamentals of Nursing
[Master Thesis]

THE RELATIONSHIP BETWEEN DISEASE ADAPTATION AND DISEASE MANAGEMENT SELF-EFFICACY OF INDIVIDUALS WITH MULTIPLE CHRONIC DISEASES

Asude GÜNEY

KONYA-2023

Multiple chronic diseases are a global problem today. This emerging problem negatively affects society, especially individuals. This study conducted to examine the relationship between disease adaptation and disease management self-efficacy of individuals with multiple chronic diseases.

This descriptive and correlational study was conducted between 01-31 December 2022 in the internal clinics of Necmettin Erbakan University Medical Faculty Hospital in Konya. The study population consisted of individuals with multiple chronic diseases hospitalised in Necmettin Erbakan University Medical Faculty Hospital, and the sample consisted of 230 patients who met the criteria for inclusion in the study. The Patient Information Form, Chronic Disease Adaptation Assessment Scale, and Self-Efficacy for Managing Chronic Disease 6-Item Scale were used to collect data. To analysis the data, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis H test and Dunn test were used and descriptive statistics. Linear regression analysis was used to analyse the factors affecting the 6-item self-efficacy scale score for chronic disease management. Analysis results were presented as mean \pm standard deviation and median (minimum-maximum) for quantitative data and as frequency and percentage for categorical data.

It was determined that 64.8% of the patients were women, 83% were married, 71.7% were primary school graduates, 60.4% lived in the city center, and 87.8% did not work in any job. In our study, the mean level of compliance with chronic diseases was 62.48 ± 9.81 ; The mean self-efficacy level was found to be 4.58 ± 2.01 .

As a result of the study, it was found that the adaptation level of individuals with multiple chronic diseases was above the average; It was found that those who are married, those with a high level of education, those who work, those who have a job, those who have a good income, those who live in a large family and in the town, and those who have two chronic diseases, have higher adaptation to chronic disease. A significant correlation was found between the total scores of adherence to chronic diseases and self-efficacy levels. It was determined that as the participants' psychological adjustment to chronic diseases increased, their self-efficacy levels increased. It was determined that as the number of drugs used increased, the psychological and behavioral self-efficacy levels decreased.

As a result, as individuals' adaptation levels to chronic diseases increase, their chronic disease management self-efficacy levels increase. It is recommended to plan adaptation programs and trainings on disease processes under the leadership of training nurses for individuals with a high number of diseases.

Keywords: Disease adaptation, Multiple chronic disease, Non-communicable diseases, Self-efficacy.



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik hastalıklar; bir yıldan daha uzun süren, enfeksiyöz ajan kaynaklı olmayan, devamlı izlenmesi gereken, günlük hayatı kısıtlayan, bireylerde geri dönüşümsüz olarak yapısal ve fonksiyonel değişikliklere yol açan hastalıklardır (Centers for Disease Control and Prevention, 2022; World Health Organization, WHO, 2018). Birleşmiş Milletler (BM) tarafından 21. yüzyılın en önemli sağlık sorunları kronik hastalıklar olarak tanımlanmıştır (WHO, 2022).

Çoklu kronik hastalık, bir kişide aynı anda iki ya da daha fazla kronik hastalık görülmesidir (WHO, 2016). Dünya Sağlık Örgütü Avrupa'da 65 yaş ve üzeri üç kişiden ikisinde en az iki kronik hastalık olduğunu belirtmiştir (WHO, 2011). Ülkemizde bir kronik hastalığı olanların oranı %21,4, iki kronik hastalığı olanların oranı %10,6, üç kronik hastalığı olanların oranı %3,7 ve dört kronik hastalığı olanların ise %0,46'dır (Sağlık Bakanlığı Kohort Çalışması, 2021).

Dünyada önde gelen ölüm nedenleri arasında diyabetes mellitus, kanser ve kardiyovasküler hastalıklar gibi kronik hastalıklar yer almaktadır (WHO, 2018). DSÖ 2021 verileri incelendiğinde 2019 yılında kronik hastalıklar ve bu hastalıkların yol açtığı komplikasyonlar nedeniyle 55 milyon kişinin hayatını kaybettiği bildirilmiştir. Bu da dünyada meydana gelen tüm ölümlerin %71'ini oluşturmaktadır. Dünyada kronik hastalık kaynaklı ölümlerin nedenleri arasında ilk sırada yılda 17,9 milyon kişinin ölümüne sebep olan kardiyovasküler hastalıklar yer almakta ve bunu 9,3 milyon ile kanserler, 4,1 milyon ile solunum yolu hastalıkları ve 1,5 milyon ile de diyabet takip etmektedir (WHO BOH İstatistikleri, 2019). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018 verilerine göre ülkemizde ölüm nedenleri arasında %38,4 ile dolaşım sistemi hastalıkları ilk sırada yer almaktadır. İkinci sırada %19,7 ile malign hastalıklar, %12,5 ile solunum sistemi hastalıkları ve %4,9 ile de sinir sistemi ve duyu organı hastalıkları takip etmektedir (TÜİK Ölüm İstatistikleri, 2018). Dolaşım sistemi kaynaklı ölümler içerisinde %39,7 ile ilk sırada iskemik kalp hastalıkları, %22,4 ile ikinci sırada serebrovasküler hastalık üçüncü sırada %24,4 ile diğer kalp hastalıkları ve %8,3 ile hipertansif hastalıklar dördüncü sırada yer almaktadır (TÜİK Ölüm İstatistikleri, 2018).

Kronik hastalıkların sayısının artması sağlık bakım masraflarında artmaya bunun sonucu olarakta ülkelerde sağlık bakım sistemine aşırı yüklenmeye sebep olmaktadır (Bakır ve Akın, 2019). 2017 yılında kronik hastalık nedeniyle en az bir kez hastaneye yatırılan hasta

oranı %23,1'dir. Kardiyovasküler hastalık ve kanser prevalansında %1'lik düşüş meydana geldiğinde ekonomik çıktılarda sırasıyla %0,02 ve %0,20'ye kadar azalma göstermektedir. Aynı çalışmada kronik solunum yolu hastalıkları ve kanserin sağlık harcamalarında artışa sebep olduğu belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı Kohort Çalışması, 2021). Makraoui ve ark. (2016)'nın Kanada' da yaptıkları çalışmada genel nüfusta görülen çoklu kronik hastalık ile birinci basamakta görülen çoklu kronik hastalığı kıyaslanmış ve toplamda yirmi bir tıbbi hastalık sorgulanmıştır. İki ve üzeri kronik hastalığı olanlar genel nüfusta %59,4 birinci basamakta %69,5; üç ve üzeri kronik hastalığı olanlar genel nüfusta %43,7 birinci basamakta %26,5 olarak bulunmuştur. İsviçre' de çoklu kronik hastalığı olanların sağlık harcamalarının, olmayanlara göre beş kattan fazla olduğu bulunmuştur (Bähler ve ark., 2015). Farklı bir çalışmada çoklu kronik hastalık durumlarının sağlık harcamalarını arttırdığı ve her sağlık probleminin sağlık sisteminde 1774 dolar kayba yol açtığı bulunmuştur (Zulman ve ark., 2015).

Kronik hastalıklar toplumsal etkilerinin yanı sıra bireysel birçok değişikliğe de yol açmaktadır. Fakat her birey hastalık sürecinden farklı düzeyde etkilenmektedir. Kronik hastalıkların bireyleri etkileme düzeyi; hastalık sayısına, hastalık türüne, hastalık süresine, bireyin biyolojik, psikolojik yapısına, baş etme becerilerine ve öz bakım yönetimine göre değişiklik göstermektedir (Duran ve Keser, 2021).

Öz bakım yönetimi, bireylerin hastalık tanısı aldığı zaman başlayan ve hastanın hastalığı bilmesi, semptomları tanıması, semptomlara yönelik uygun girişimlerde bulunması ve girişimlerin sonuçlarının değerlendirilmesidir (İstek ve Karakurt, 2016). Ebrahimi ve ark. (2018) çalışmasında katılımcıların; düzenli doktor ziyaretleri, düzenli ilaç kullanımı, düzenli test ve belirti bulgularının takibi ile hastalıklarının kontrolünü sağlayabildikleri bulunmuştur. Kronik hastalıkların yönetiminde hastalar tarafından algılanan çeşitli problemler mevcuttur. Bu problemlerin başında uyum, tutum ve inançlar, bilgi, sosyokültürel özellikler, finansal kaynaklar, çoklu kronik durumlar ve sosyal destek gelmektedir (Şendur ve Çağlar, 2023). Chang ve Lee' nin Kore'de yaptığı çalışmada öz bakım yönetimini %57 oranında sağlık algısı, sosyal destek, güçlendirme gibi parametrelerin etkilediği saptanmıştır (Chang ve Lee, 2015). Bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğunu belirten öz bakım yönetimi dinamik ve etkileşimli bir süreci kapsamaktadır. Öz bakım yönetiminin etkin bir şekilde sürdürülmesinde bireyin hastalık bilgisi ve öz etkililik düzeyi gibi içsel ve dışsal faktörler önemlilik göstermektedir (Bakır ve Zengin, 2023; Şentürk, 2021).

Albert Bandura (1999) tarafından ilk kez tanımlanmış olan öz etkililik, kişinin hayatında yaptığı işlerde ve davranışlarda söz sahibi olması ve içinde bulunduğu durumu yönetebilmesidir. Kişilerin var olan öz etkililikleri zaman içerisinde yaşanmışlıklarla birlikte gelişir ve hayatta önemli bir motivasyon kaynağı durumunda olabilir (Ceyhan ve Ünsal, 2018). Öz etkililiği düşük olan bireylerde psikolojik rahatsızlıklar daha fazla görülmektedir. Yüksek öz etkililiğe sahip bireyler kendileri için önerilen sağlık davranışlarını daha fazla gerçekleştirmektedir (Demirbaş ve Kutlu, 2020). Kronik hastalığı olan bireylerde öz etkililiğin artırılması yönünde hemşireler, hastaları cesaretlendirip hastalık süresince kişilerin bakımlarında daha etkin olmalarını sağlayabilmektedir (Ceyhan ve Ünsal, 2018). Bireyin bakım sürecinde aktif rol alabilmesi için hastalığa uyumunun yüksek olması gerekmektedir. Uyum hastalık yönetiminin önemli bir parçasıdır ve hastalık yönetiminde ele alınması gerekmektedir (Aslan ve ark., 2021; Bilgiç ve Pehlivan, 2023).

Sağlık sistemi içerisinde uyum; bireyin sağlığı ile ilgili ve gerekli olan tavsiyeleri kabul edip uygulamasıdır. Hastalığa uyum ise hasta bireyin belli alanlar ile sınırlandırılarak, almış olduğu tıbbi tanıya yönelik yerine getirmesi gereken uygulamaları gerçekleştirmesidir. Tedavi kapsamında ilaçların düzenli kullanılması, kontrollere zamanında gidilmesi, yaşam tarzında istenen yöndeki davranışların yerine getirilmesi kişinin hastalığa uyumunu değerlendirmede önemli olan kriterlerdendir (Aslan ve ark., 2021; Demirkol, 2016). Bulut ve ark. (2020)'nin çalışmasında; ilaç kullanım süresinin, günlük kullanılan ilaç sayısının, hastaneye yatışların, yaşın ve çoklu kronik hastalık durumlarının Koroner Arter Hastalığı (KAH) tanılı hastalarda tedaviye uyumu etkilediği belirlenmiştir. Hastalığa uyumu etkileyen çevresel etmenler, ilaçlara bağlı etmenler, hasta ve hekime ilişkin etmenler olmak üzere birçok faktör bulunmaktadır (Demirkol, 2016). Bu faktörlerden biri de hastalığın süresidir. Kronik hastalıklar uzun süreli devam eden kalıcı hasarlar bırakabildiği için hastalarda başlangıçta uyum zorlukları ortaya çıkmaktadır (Aydemir ve Çetin, 2019). Hastalık sayısı da birden fazla olduğunda hasta kontrolü kaybederek uyum sorunlarını daha sık yaşayabilmektedir (Duran ve Keser, 2021). Yapılan çalışmalarda yaşam kalitesinin hastalık sayısı ile düştüğü sonucuna ulaşılmıştır (Bilgiç ve Pehlivan, 2023; Oktar ve ark., 2021). Yaşam kalitesi tıbbi bakımın önemli bir ölçütü olarak ele alınmaktadır (Van Wilder ve ark., 2019). Hastalığa uyum arttıkça yaşam kalitesinde arttığı yapılan bir çalışma sonucunda bulunmuştur (Bilgiç ve Pehlivan, 2023).

Kronik hatalıklarda artış küresel bir problem olma yolunda ilerlemektedir (Akpınar ve Ceran, 2019). Kronik hastalıkların tedavisi için tıpta sürekli çalışmalar yapılmaktadır. Bu çalışmalar çoklu kronik hastalık durumlarının toplumsal bir problem olduğunu göstermektedir. Komplikasyon gelişiminin azalması, hastaneye yatışların azalması, hastalıkta alevlenme dönemlerinin seyrekleşmesi ve medikal tedavinin sürekliliğinin sağlanabilmesi için hastaların hastalığı kabullenip hastalığa uyum sağlaması ve bireysel olarak bu süreci yönetmeleri gerekmektedir (Koşar ve Besen, 2015). Kronik hastalıklara uyum gösteren bireylerin süreci kabullenip olumlu sağlık algısı oluşturduğu belirtilmektedir. Artan uyum ile öz etkililik düzeyinde artma görülmekte ve bu durumda bireyin öz bakım gücünü arttırmaktadır. Artan öz bakımla birlikte bireylerin; hastalık konusunda farkındalığının artması, kendi bakımlarında söz sahibi olunması, yaşam kalitesinin artması, aile fertleri ve sağlık bakım sistemi üzerindeki bakım yükünün azalması ve ileriye dönük olarak tedavi ve bakım çıktılarındaki iyileşmenin artması anlamına gelmektedir (Özdelikara ve ark., 2020; Sadler ve ark., 2017; Topçu ve Oğuz, 2017). Sonuç olarak literatürde çoklu kronik hastalığa sahip bireylerde hastalık uyumu ve öz etkililik ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmadığından bu çalışma planlanmıştır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma çoklu kronik hastalığı olan bireylerin hastalığa uyumları ile hastalık yönetimi öz etkililikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

1.2. Araştırma Soruları

- Çoklu kronik hastalığa sahip olan bireylerin sosyodemografik özellikleri nelerdir?
- Çoklu kronik hastalığa sahip olan bireylerin hastalığa uyum düzeyleri nedir?
- Çoklu kronik hastalığa sahip olan bireylerin hastalık yönetimi öz etkililik düzeyleri nedir?
- Çoklu kronik hastalığa sahip olan bireylerin bağımsız değişkenleri ile hastalık yönetimi öz etkililikleri arasında bir ilişki var mıdır?
- Çoklu kronik hastalığa sahip olan bireylerin öz etkililiğini yordayan değişkenler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çoklu Kronik Hastalık (Multimorbidite)

2.1.1. Çoklu kronik hastalık tanımı

İlk kez 1976 yılında Almanya’ da kullanılmaya başlanılan çoklu kronik hastalık (multimorbidite), iki ya da daha fazla kronik (bulaşıcı olmayan) hastalığın bir arada bulunması olarak tanımlanmaktadır (Le Reste ve ark., 2015; Sakarya, 2019).

Literatürde çoklu kronik hastalık kavramının çeşitli tanımları bulunmaktadır. Bazı tanımlar fiziksel koşullar ile sınırlı kalırken diğerleri psikolojik süreçleri de içermektedir (Bernell ve Howard, 2016). Kimi tanımlar yalnızca iki hastalığın yeterli olacağını belirtirken kimi tanımlar da üç, dört hatta beş kronik hastalığın bir arada bulunması gerektiğini vurgulamaktadır (A priority for global health research, 2018). Çoklu kronik hastalık sıklıkla “komorbidite” terimi ile karıştırılmaktadır. Bu iki terim eş anlamlı olarak bilirse de farklı anlamlar içermektedirler. Komorbidite kronik hastalığı olan bireylerde yeni bir hastalığın ortaya çıkması olarak tanımlanmaktadır (NICE, 2016).

2.1.2. Çoklu kronik hastalıkların önemi

Çok fazla görülmeye başlanması ile küresel bir sorun oluşturmaya başlayan çoklu kronik hastalıklar detaylı şekilde irdelenmeye başlanmıştır (Mokraoui ve ark., 2016). Bireylerde ortaya çıkan çoklu kronik hastalıklar başta bireyin kendisini, bakım verenleri ve toplumu önemli düzeyde etkilemektedir. Çoklu kronik hastalıklara bağlı olarak bireyler hastalık yönetimi konusunda özellikle polifarmasiye bağlı olarak zorlanmaktadır (Bulut ve ark., 2020). Hem ilaç kullanım saatlerini yönetmek hem de yan etkilerden etkilenmek süreci zorlaştırmaktadır (Muth ve ark., 2019). Polifarmasi ve çoklu kronik hastalık ilişkisinin incelendiği bir çalışmada çoklu kronik hastalıklarda polifarmasi sıklığı %50,9 olarak bulunmuştur (Feng ve ark., 2018). Başka bir çalışmada kronik hastalık sayısının beş ve üzerinde olmasının polifarmasiyi beş kat arttırdığı saptanmıştır (Yılmazel ve Duman, 2018). Aydın (2017)’ın çalışmasında beş ve üzeri ilaç kullanan bireylerin çoklu kronik hastalığa sahip olanlarda %13,3 daha fazla olduğu saptanmıştır.

İlaçların yanı sıra süreç içerisinde oluşan komplikasyonlarda süreci zorlaştırmakta ve hastaneye yatışları arttırmaktadır. Kanada’da yapılan bir çalışmada çoklu kronik hastalıklarda en bir kez hastaneye yatış yapıldığı ve bunun dışında çoklu kronik hastalıklarda taburculuk sonrası tekrarlı yatışlarında arttığı saptanmıştır (Puth ve ark., 2017). Türkiye’ de yapılan bir

çalışmada çoklu kronik hastalığa sahip kişilerin hastaneler yerine daha çok Aile sağlığı merkezlerine başvurdukları tespit edilmiştir (Karahana, 2015).

Sık sık hastaneye yatışlar bireyi iş ve sosyal yaşamından ayırarak rol ve sorumluluklarını yerine getirmesinde engel oluşturmakta, bu durumda yaşam kalitesinin düşmesine sebep olmaktadır (Bilgiç ve Pehlivan, 2023). Yapılan çalışmalarda hastalık sayısı ve çoklu kronik hastalıkların sayısının arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır (Makovski ve ark., 2019). Ülkemizde çoklu kronik hastalıkların yaşam kalitesini düşürdüğü ve aile sağlığı merkezlerinde hastalık takibinin yanı sıra yaşam kalitesi takibinin de yapılması gerektiği bir çalışma sonucunda vurgulanmıştır (Oktar ve ark., 2021). Bireyler hastalıkların yaşam boyu devam etmesi ve tedavi süreçlerinin zorlu olmasına bağlı olarak umutsuzluğa kapılmakta ve psikolojik açıdan da olumsuz etkilenmektedirler (Jiao ve ark., 2020). Literatür incelendiğinde çoklu kronik hastalığa sahip olan bireylerin anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu ve çoklu kronik hastalığın iki kat daha fazla psikolojik probleme yol açtığı belirtilmektedir (Moise ve ark., 2018).

Çoklu kronik hastalıklar bireylerin kendisi dışında bakım verenleri de etkilemektedir. Sık hastaneye yatışlar özellikle bakım verenlerde iş gücü ve sosyal olarak kayıplar yaşamalarına sebep olmaktadır. Bunun dışında fiziksel ve psikolojik enerji kaybı yaşamalarına, yaşam tarzlarında değişiklikler yapmalarına ve zamanlarının çoğunu hasta bireylere harcamalarına neden olmaktadır (Yüce ve Taşçı, 2020). Yapılan bir çalışmada çoklu kronik hastalığı olan bireylerin bakım verenlerin, hasta bireyin yaşamının son dönemlerinde ilaç kullanımını ve hastalığı yönetmekte zorlandıkları tespit edilmiştir (Mason ve ark., 2016).

Genel olarak bireyi ve aileyi etkileyen temel sorunlar bir araya gelerek toplumu farklı alanlarda etkilemektedir. Birey ve ailede yaşanan iş gücü kayıpları ülke ekonomisini olumsuz etkilemektedir. Sık hastaneye yatışlar, uzun tedavi süreçleri ve masraflı bakım malzemeleri hastanelerde malzeme ve çalışan gücü açısından ek yükler getirmektedir. Singapur'da çoklu kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin sağlık ve toplumsal kaynak kullanımının fazla olduğu ve ekonomik giderlerinin yükseldiği saptanmıştır (Picco ve ark., 2016).

2.1.3. Çoklu kronik hastalık epidemiyolojisi

Dünyada çoklu kronik hastalık epidemiyolojisi

Yaşam süresinin uzaması ile bireylerde çoklu kronik hastalık görülme oranı artmakta ve küresel bir sorun haline gelmektedir. Yaşamdan beklenti süresi 66,5'ten 72,0'ye yükselmiştir (WHO, 2019). Küresel yaygınlık olarak %12,9 olduğu tahmin edilen çoklu kronik hastalıklar 65 yaş ve üzeri nüfusta %95,1 olarak tespit edilmiştir (Abebe ve ark., 2020). Dünya ülkeleri arasında da çoklu kronik hastalıkların prevalansı ve hastalık türleri farklılık göstermektedir (Pratpahan ve ark., 2020). Düşük ve yüksek gelirli ülkelerde çoklu kronik hastalık prevalansını belirlemek için yapılan sistematik analizde 65 yaş ve üzeri nüfusta çoklu kronik hastalık görülme oranının %50 ve üzerinde olduğu bu oranın kadınlarda daha fazla görüldüğü bulunmuştur (Nguyen ve ark., 2019).

İspanya' da yaşlı popülasyonda çoklu kronik hastalık prevalansını belirlemek üzere 916.619 kişi ile yapılan çalışmada katılımcıların %93'ünde çoklu kronik hastalık olduğu tespit edilmiştir (Violán ve ark., 2019). İran' da 481.733 kişiyle yapılan çoklu kronik hastalık epidemiyoloji çalışmasında katılımcıların yüzde elliye yakınında çoklu kronik hastalık belirlenmiştir. En sık görülen hastalıklarda ise kardiyovasküler hastalıklar, psikiyatrik problemler ve asit ilişkili hastalıklar olarak tespit edilmiştir (Ebrahimoghli ve ark., 2020). Güney Asya'da yapılan sistematik derleme çalışmasında çoklu kronik hastalık prevalansının %4,5 ile %83 arasında olduğu ve en sık görülen hastalıkların hipertansiyon, artrit ve diyabet olduğu görülmüştür (Pati ve ark., 2015). Sri Lanka' da yapılan başka bir çalışmada katılımcıların %64,1'inde çoklu kronik hastalık olduğu saptanmıştır. En sık görülen hastalıklar arasında diyabetes mellitus ve hipertansiyon yer almaktadır (Prathapan ve ark., 2020). Güney Afrika'da yaşlı yetişkinlerin çoklu kronik hastalık prevalansını belirlemek için yapılan çalışmada 40 yaş üstü 3889 katılımcının %69,4'ünün en az iki bulaşıcı olmayan hastalığa sahip olduğu belirlenmiştir ve en sık görülen hastalıklar arasında kardiyometabolik durumlar, depresyon ve HIV ve anemi olduğu belirlenmiştir (Chang ve ark., 2019). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)' nde 2011-2016 yılları arasında çoklu kronik hastalık prevalansını belirlemek için yapılan çalışmada katılımcıların %74,9'unda çoklu kronik hastalık saptanmıştır. En sık görülen üç hastalığın sırasıyla; hipertansiyon, yüksek kolesterol ve artrit olduğu görülmüştür (Newman ve ark., 2019). Almanya'da 20.000 kişinin dahil edildiği çoklu kronik hastalık prevalans çalışmasında katılımcıların %39,6'sının çoklu kronik hastalığı olduğu görülmüştür ve ileri yaş ve eğitim seviyesi düşük olan bireylerde görülme oranları daha yüksek bulunmuştur (Puth ve ark., 2017).

Türkiye’de çoklu kronik hastalık epidemiyolojisi

Ülkemizde çoklu kronik hastalık prevalans çalışmaları sınırlıdır (Köse, 2021). Köse tarafından Türkiye’de 2008-2019 yılları arasında çoklu kronik hastalık değişimini ve etkili faktörleri incelemek üzere yapılan çalışmada çoklu kronik hastalık prevalansının mutlak olarak %7,7 görel olarak ise %77,0 oranında arttığı bulunmuştur. Aynı zamanda inme hariç diğer kronik hastalıklarda artış olduğu görülmüştür. En fazla artış gösteren hastalıklar sırasıyla KOAH ve depresyon olarak görülmüştür. Yaş ile çoklu kronik hastalık görülme oranlarının arttığı fakat 75 yaş ve üzerine oranların daha yüksek olduğu saptanmıştır (Köse, 2021).

Aydın tarafından İzmir’de 982 katılımcı ile yapılan çalışmada, iki ve üzeri bulaşıcı olmayan hastalığı olan bireylerin %30,9; üç ve üzeri bulaşıcı olmayan hastalığı olan bireylerin ise %15,2 oranında olduğu tespit edilmiştir. Yaş ile çoklu kronik hastalık görülme oranının arttığı ve fiziksel aktivitenin riski azalttığı saptanmıştır (Aydın, 2017).

Karahan tarafından Üsküdar bölgesinde 40 yaş üstü nüfusta çoklu kronik hastalıkların prevalansını araştırmak üzere 1187 kişi ile yapılan çalışmada, çoklu kronik hastalık prevalansı %27,8 olarak bulunmuştur. Kadınlarda ve 65 yaş üstü bireylerde çoklu kronik hastalığın daha fazla görüldüğü saptanmıştır. En sık görülen kronik hastalık ise hipertansiyon olarak belirtilmiştir (Karahan, 2015).

2.1.4. Çoklu kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetimi

Çoklu kronik hastalıkların tedavisi uzun ve zorlu süreçleri içermektedir. Bu nedenle hastalıkların ortaya çıkmasını önlemek hastalıkların tedavi edilmesinden kolay olmaktadır. Çoklu kronik hastalıkları önlemek bireysel ve toplumsal iş birliği gerektirmektedir. Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını (fiziksel aktivite, sağlıklı beslenmek, sigara ve alkol tüketmemek) geliştirmek hastalıkların önlenmesinde önemli rol almaktadır (Muth ve ark., 2019; Skou ve ark., 2022). Fiziksel aktivite , kronik hastalık oluşumunu ve hastalık sürecinin ilerlemesini önlemede en önemli sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından biridir (Çalığı ve ark., 2023). Yapılan bir çalışmada ekonomik düzeyi düşük ve orta düzey olan ülkelerde yetersiz fiziksel aktivite ile çoklu kronik hastalıklar arasındaki ilişki incelenmiş ve fiziksel aktivite oranları düşüğe çoklu kronik hastalıkların görülme oranlarının yükseldiği görülmüştür (Vancampfort ve ark., 2017). 77.000’den fazla yaşlı yetişkinin fiziksel aktivitenin çoklu kronik hastalıklar üzerindeki etkisinin araştırıldığı meta analiz çalışmasında fiziksel aktivitenin çoklu kronik hastalıklar üzerinde pozitif etkisi olduğu saptanmıştır (Delpino ve ark., 2022).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, riskli grupta yer alan bireylerde öncelikli olarak ele alınması gerekmektedir (Foster ve ark., 2018). Aynı zamanda kitlesel etkiler görebilmek için, toplumda yapısal değişiklikler (hipertansiyon, sigara içmek, obezite gibi toplumda önemli risk oluşturan sorunların etkisini azaltmak gibi) gereklidir (Skou ve ark., 2022).

Çoklu kronik hastalıkların yönetiminde; ekonomik zorluklar, ulaşım problemleri, fiziksel kısıtlamalar, yaşam tarzı değişiklikleri, yetersiz sosyal destek, polifarmasi ve sağlık ekibi ile iletişim zorlukları yaşanması nedeni ile farklı engeller bulunmaktadır (Koch ve ark., 2015). Çoklu kronik hastalıkların yönetimi tüm hastalıkları tek tek ele alan, bireyi ve aileyi merkezde tutarak ekip iş birliği içerisinde koordineli yürütülen bir süreçtir. Özellikle bireyin öncelikli ihtiyaçları, istekleri ve bağımsızlık düzeyi göz önüne alınarak bakım planlaması yapmak gerekmektedir (Hargraves ve Montori, 2019). Sağlık sistemleri çoklu kronik hastalık yönetiminde üç ana faktör üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bunlar: Bakıma erişimi iyileştirmek, genel bakıma teşvik etmek ve karar destek sistemleri geliştirmektir. Sağlık sisteminde çoklu kronik hastalık yönetiminde bireylerin düzenli takipleri genellikle birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında gerçekleşmektedir. Hasta birey ile daha kolay iletişime geçebilen, bireyi, yakınlarını, yaşam tarzını, ihtiyaçlarını bilen ve kolayca tespit edebilen birinci basamak sağlık hizmetleri çoklu kronik hastalıkların yönetimi anlamında önemli rol almaktadır (Aramrat ve ark., 2022). Birinci basamakta çoklu kronik hastalıkların yönetiminde temel dört husus bulunmaktadır. Bunlar; doktor-hasta ilişkisine teşvik etmek, sağlık sorunlarına öncelik vermek ve karar vermeye destek olmak, kendi kendine yönetimi desteklemek ve bakımı entegre etmektir. Literatürde hastalıkların yönetiminde, kendi kendine yönetim desteği üzerinde durulduğu görülmektedir (Aramrat ve ark., 2022).

Çoklu kronik hastalıkların yönetiminde önemli noktalardan biri de klinik uygulama kılavuzlarının kullanılmasının gerekliliğidir. Fakat kliniklerde genellikle sağlık hizmetleri ve klinik uygulama rehberleri tekli hastalıklar üzerine yoğunlaşmaktadır (Kernick ve ark., 2017). Çoklu kronik hastalıkların tespit edilip tedavi edilebilmesi adına rehberler geliştirilmeli ve sağlık çalışanlarına bu rehberlerin kullanımı konusunda eğitim verilmelidir (Aydın, 2017; Aramrat, 2022; Skou ve ark., 2022). Rehberlerin yanı sıra bireylerin hastalığa uyumları da hastalık yönetimini kolaylaştırmaktadır. Çoklu kronik hastalıkların yönetimi ve sürecin daha konforlu yürütülebilmesi için bireylerin hastalığa ve tedavi sürecine uyumları da önem arz etmektedir (Muth ve ark., 2019).

2.2. Kronik Hastalıklara Uyum

2.2.1. Kronik hastalıklara uyum tanımı

Uyum; bilişsel, duyuşsal ve davranışsal çabalar gerektiren karmaşık ve dinamik bir süreçtir (Akyirem ve ark., 2022). Kronik hastalıklara uyum ise bireylerin hastalığı kabul edip, tedavi ve bakım süreçlerine katılım göstererek hayatını hastalık ile yaşayabilmeyi öğrenmesidir (Yılmaz ve Kara, 2021). Uyum süreçleri, bireyin zihin ve beden etkileşimi ile etkili başa çıkma yöntemlerini kullanmayı içermektedir (Atik ve Karatepe, 2016).

2.2.2. Kronik hastalıklara uyum türleri

Kronik hastalıklarda iki tür uyum söz konusu olup, bu türler uyum süreci içerisinde bireyde birlikte ya da farklı zaman dilimlerinde gelişim göstermektedir (Özdemir ve Taşçı, 2013).

Psikolojik uyum

Bireylerin geçmişleri, bugünleri ve geleceğe dair beklentilerini de içerisine alan uyum sürecidir. Bireyin hastalıktan beklentileri, korkuları, hastalığın seyri psikolojik uyum sürecini etkilemektedir. Teşhis ve tedavi sürecinin uzun sürmesi, ortaya çıkan hastalıklar ve komplikasyonlara bağlı olarak sık hastaneye yatma bireylerdeki stres düzeyinin artmasına sebep olmaktadır. Yoğun stres bireylerin rollerini, beklentilerini ve yaşam kalitelerini etkileyerek depresyon görülme durumlarını arttırmaktadır (Aydemir ve Çetin, 2019). Yaşlı bireylerle yapılan bir çalışmada kronik hastalıklara sahip bireylerin depresyon görülme oranlarında hastalığa uyumun çok düşük olduğu saptanmıştır (Ok ve Sayılan, 2022).

Bireylerin hastalıktan önceki yaşantısı, hayattan beklentisi, öğrenme hafıza ve sorun çözme becerilerindeki kabiliyetleri psikolojik uyum süreçlerini etkilemektedir. İnkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme gibi hastalığa uyumda görülen psikolojik uyum aşamaları normal süreçler olarak kabul edilmektedir. Fakat her evrenin kendi içerisinde belli süreleri vardır ve bireyler hastalığa psikolojik uyum gösteremezse belli bir evrede takılarak psikolojik problemler yaşayabilmektedir (Özdemir ve Taşçı, 2013).

Aynı zamanda bireylerin hastalıklarının çevresi tarafından yanlış anlaşılması ve damgalanma korkusu ile kişilerarası ilişkilere girme yeteneklerinde sınırlılıklar oluşabilmektedir (Akyirem ve ark., 2022). Bu durum genellikle psikiyatrik problemlerde görülmektedir (Karaytuğ ve ark., 2022). Yapılan bir çalışmada adli psikiyatri kliniğinde tedavi

gören bireylerin damgalanma yaşadıkları ve sosyal desteği az hissettikleri saptanmıştır (Kılıçaslan ve ark., 2022).

Sosyal uyum

Kronik hastalıkların bireylere getirmiş olduğu sınırlılıklardan biri de sosyal alanlarda gerçekleşmektedir. Özellikle hastalığın teşhis ve ilk tedavi aşamalarında bireylerin iş, arkadaş ve aile ortamlarından uzak kalarak hastane yatışlarının olması rollerini yerine getirememesine ve sosyal olarak etkilenmesine sebep olmaktadır. Bu süreçte bireylerin sosyal destek varlığı, hastalığın ciddiyeti ve tedavi süreci sosyal uyum sürecinin en önemli belirleyicilerindedir (Özdemir ve Taşçı, 2013). Bir çalışmada sosyal desteği artan bireylerin hastalıklara uyum puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Kaymaz ve Akdemir, 2016). Başka bir çalışma sonucunda bireylerin sosyal destekleri ile psikolojik belirtileri arasında zıt yönlü bir ilişki saptanmıştır (Şahin ve Çakmak, 2022).

Hastalık süreci içerisinde bireylerin sosyal desteklerinde de özellikle ailelerinde yıpranmalar ve zorluklar yaşanmaktadır (Akdoğan ve Kaya, 2022). Bir çalışmada bakım verenlerin bakım yükü arttıkça stres düzeylerinde artış olduğu saptanmıştır (Güdük ve ark., 2022). Sosyal desteklerin fizyolojik, psikolojik ve ekonomik açıdan güçlendirilmesi hasta birey için hastalığa sosyal uyumunu arttırmak için yapılması gereken girişimler arasında yer almaktadır (Akdoğan ve Kaya, 2022).

2.2.3. Kronik hastalıklarda uyum süreci ve hemşirenin sorumlulukları

Kronik hastalıklara uyum süreci uzun süren, birey, aile ve sağlık ekibi ile koordineli yürütülmesi gereken bir süreçtir. Birey ve ailenin sürece uyumu, sağlık ekibinin destekleri ile daha kolay sağlanabilmektedir. Bireylerin kronik hastalık türü ve evresi, bireysel farklılıkları, sosyal destekleri, kültürel farklılıkları, çoklu kronik hastalık olup olmadığı, hastalık ile ilgili deneyim ve inançlar uyum sürecini ele alırken göz önüne alınması gereken önemli değişkenlerdendir (Kavuran ve Camcı, 2022; Okur ve Nural, 2022).

Hastalığa uyum sürecinin ilk aşamasında birey ve aileye hastalık ve tedavi konusunda detaylı bilgilendirme yapılması gerekmektedir (Aydemir ve Çetin, 2019). Hastalık ve süreç hakkında bilgi sahibi olmak bireylerin stresinin azalmasına ve süreci kabullenmelerine olanak sağlamaktadır (Özdemir ve Taşçı, 2013). Literatürdeki çalışmalar farklı hastalık gruplarında olan bireylere yapılan eğitimlerin hastalığa uyumu arttırdığı saptanmıştır (Vicdan ve Karabacak, 2016; Shahed ve ark., 2016; Alimohammadi ve ark., 2018; Agustiyowati ve ark.,

2018; Mansouri ve ark., 2019). Bireylerin tedavi ve uyum sürecini kontrol etmek için posta, telefon ya da ev ziyaretleri ile süreci yürütmek gerekmektedir. Yapılan bir çalışmada düzenli telefon takibi yapılan bireylerin fizyolojik uyumları yüksek bulunmuştur (Alimohammadi ve ark., 2018).

Bireyler ile yakın iletişimde olan ve onların ihtiyaçlarını ilk tespit edip karşılayan hemşireler uyum sürecinde de önemli sorumluluklar üstlenmektedir. Danışmanlık ve eğitici rolü başta olmak üzere bu süreçte hemşireler farklı rollerini kullanmaktadır (Vicdan ve Karabacak, 2016).

Rol adaptasyon modeli hastalıklara uyumda hemşireler tarafından kullanılan bir hemşirelik modelidir. Rol adaptasyon modeli bireyi bir bütün olarak, çevresini, sağlık durumunu ve yapılan hemşirelik uygulamalarını ele almaktadır (Kavuran ve Camcı, 2022). Literatür tarandığında hemşireler tarafından farklı hastalık gruplarında rol adaptasyon modeli kullanılarak yapılmış çalışma örnekleri bulunmaktadır ve çalışmalar sonucunda rol adaptasyon modeli kullanımının etkili sonuçları bulunmuştur (Alimohammadi ve ark., 2018; Vicdan ve Karabacak, 2016; Shahed ve ark., 2016; Alimohammadi ve ark., 2018; Agustiyowati ve ark., 2018; Mansouri ve ark., 2019).

Kronik hastalıklara uyum da hemşirelerin sorumlulukları:

- Kronik hastalıklar ve hastalıklara uyum süreci hakkında bilgi sahibi olmak.
- Bireylerin güvenini kazanmak için terapotik iletişim tekniklerini kullanmak ve bireyleri yargılayıcı, damgalayan ve küçümseyici ifadeleri kullanmaktan kaçınmak.
- Bireyi tanımak, istek ve ihtiyaçları tanımlayabilmek adına öncelikle bireylerin etkili dinlenmesi ve detaylı sorular ile bilgi almak.
- Hemşirelik süreci kapsamında bireylerden detaylı veri toplayıp hemşirelik bakımını planlamak.
- Bakım uygulamalarında bireyin istek ve ihtiyaçlarını dikkate alarak bireyi bakıma dahil etmek.
- Bireylerin süreç içerisinde stres ile baş etme stratejilerinden uygun olanları kullanmasını sağlamak.
- Süreç içerisinde sağlık ekibi ile koordineli çalışarak süreci yönetmek.

- Bireyin sosyal destek sistemlerini güçlendirmek adına ve ailesi ya da bakım verenler ile görüşülerek ihtiyaç ve istekleri belirlemek.
- Bireylerin süreç içerisinde ihtiyaç duyduğu desteği görebilmesi adına gereksinimine yönelik farklı kurumlara yönlendirme yapmak (Akpınar ve Ceran, 2019; Aydemir ve Çetin, 2019).

2.3. Hastalık Yönetiminde Öz Etkililik

2.3.1. Öz etkililik tanımı

İlk kez Albert Bandura tarafından 1977 yılında tanımlanan öz etkililik kavramı kısaca, bireyin çözmesi ya da yönetmesi gereken herhangi bir durumda süreci planlayarak organize edip başarılı bir şekilde yönetmesine olan inancı olarak tanımlanmaktadır (Ceyhan ve Ünsal, 2018; Chan, 2021). Yüksek öz etkililik durumunda başarı ve iyilik hali artmaktadır. Öz etkililiği yüksek olan bireyler olumsuzluklar karşısında daha kolay toparlanıp sorunları analiz edip çözüm üretebilmektedir (Kızılcı ve ark., 2015). Öz etkililik düzeyleri bireylerin olaylar karşısındaki çabasının göstergesi olarak belirlenebilmektedir (Kaynak, 2022).

2.3.2. Öz etkililiği etkileyen faktörler

Kişisel deneyimler, dolaylı yaşantılar, sosyal ikna ve onay ve duygusal durum öz etkililiği etkileyen önemli faktörler arasında yer almaktadır (Lovino, 2022).

Kişisel deneyimler, bireylerin yaşamlarının her alanında önemli etkilere sahiptir. Özellikle kronik hastalıklara sahip bireylerde hastalık sürecinde yaşadıkları tüm deneyimler öz etkililiklerini etkilemektedir. Önceki tedavileri olumlu geçen bireyler tedavinin sonraki aşamasında pozitif anlamda güdülenerek motivasyon sağlarken olumsuz sonuçlanan tedaviler bireyin süreç içerisinde etkisiz kalmasına sebep olabilmektedir (Lovino, 2022).

Dolaylı yaşantılar, bireylerin kendi geçmiş deneyimleri kadar çevresinde yaşanan olaylardan da etkilenmesi olarak tanımlanmaktadır. Özellikle çevreden şahit olunan başarılı ya da başarısız tedaviler süreç içerisinde bireyin öz etkililiğini etkilemektedir. Model aldığı bireyler, aile üyeleri ya da kişinin kendisiyle ilgili aynı yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi ortak özelliklere sahip bireyler daha ağırlıklı olabilmektedir (Lovino, 2022).

Sosyal ikna ve onay, başkaları tarafından onaylanmak ve desteklenmek olarak ifade edilmektedir. Bireyin çevresi ve önemseydiği kişiler tarafından davranışlarının ya da söylemlerinin desteklenmesi, süreç içerisinde cesaretlendirilmesi öz etkililiği olumlu etkileyen

faktörler arasında yer almaktadır. Birey davranışları onay gördükçe kendine güven duygusu ve öz etkililiği artmaktadır (Lovino, 2022).

Duygusal durum, bireylerin hastalıklara bağlı olarak içerisinde buldukları fizyolojik ve ruhsal durumu ifade etmektedir. Hastalıkların getirmiş olduğu birçok istenmeyen belirti bulgu ve komplikasyonlar bireyin ruh halini olumsuz etkileyebilmekte bu durumda öz etkililik düzeyini olumsuz etkilemektedir (Ceyhan ve Ünsal, 2018). Yapılan bir çalışmada stres ile baş edebilen bireylerin öz etkililik düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Bakan ve İnci, 2020). Başka bir çalışmada doğumdan sonra postpartum depresyonu olan kadınlarda öz etkililik düzeyi daha düşük bulunmuştur (Zahmatkesh, 2020).

2.3.3. Kronik hastalık yönetiminde öz etkililik ve hemşirenin rolü

Kronik hastalıklar kalıcı ve ilerleyici rahatsızlıklar olduğundan bireylerin öz etkililik düzeylerini olumsuz etkileyebilmektedir (Ceyhan ve Ünsal, 2018). Hastalıkların türü, çoklu kronik hastalık durumu, farklı sosyodemografik özellikler, hastalığın oluşturduğu semptomlar ve komplikasyonlar, hastalık hakkında sahip olunan bilgi düzeyi öz etkililiği etkileyen önemli faktörlerdendir (Shakya, 2018; Hladek ve ark., 2020). Bir çalışmada ek kronik hastalığı bulunmayan bireylerin öz etkililik düzeyleri çoklu kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Stock ve ark., 2021). Başka bir çalışmada farklı kronik hastalıklara sahip olan bireylerin öz etkililik düzeyleri değerlendirilmiş ve öz etkililik düzeyinin en düşük KOAH'lı bireylerde, en yüksek artritli bireylerde olduğu belirlenmiştir (Ceyhan ve Ünsal, 2018). Başka bir çalışmada bireylerdeki diyabetes mellitus hastalık süresinin öz etkililiği olumlu etkilediği tespit edilmiştir (Allam ve ark., 2020). Bireylerdeki öz etkililik düzeyi tedavi uyumunu ve bakımı etkilemektedir (Seo, 2019). Yapılan çalışmalar incelendiğinde yüksek öz etkililiğin hastalık ve tedaviye uyumu arttığı tespit edilmiştir (Jin ve ark., 2020; Nasiriziba ve ark., 2020). Farklı çalışmalarda öz bakım ile öz etkililik ve (Mohamed ve ark., 2017) uyum ile öz etkililik arasında anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır (Du ve ark., 2021). Değişen bu farklı öz etkililik düzeylerinde bireylere verilen bakımda değişmektedir (Ceyhan ve Ünsal, 2018).

Bakım vermeden sorumlu sağlık ekip üyesi hemşireler olduğundan bireylerdeki öz etkililik düzeyindeki farklılıkları göz önüne alarak hemşirelik bakımını planlamaları gerekmektedir (Ceyhan ve Ünsal, 2018). Kronik hastalıkları ne olursa olsun bireyin öz bakımını geliştirmek, bakım uygulamalarına katılmak için öz etkililik becerisine sahip olması gerekmektedir (Farley, 2020). Hemşirelerin bireylerin bakımını planlamadan önce öz etkililik düzeylerini belirlemeleri verilecek olan bakım uygulamalarında bireylerin bakımda ne kadar

bağımsız olacaklarını belirlemelerine katkı sağlayacaktır (Yılmaz ve ark., 2018; Kara ve Yılmaz, 2020). Bireylerin deneyimleri, kişisel farklılıkları gibi birçok durumdan etkilenebilen öz etkililik geliştirilebilmektedir (Mert ve ark., 2018). Yapılan çalışmalarda da öz etkililiğin geliştirilebilen bir kavram olduğu kanıtlanmaktadır (Tacı ve Yıldırım, 2021; Hosseini ve ark., 2022; Akbari ve ark., 2022). Hemşireler bu noktada bireylerin öz etkililik düzeylerinin belirleyebilmekte ve bireylerin kendilerine olan inançları konusunda cesaretlendirebilmektedir. Hemşirelerin hastaları cesaretlendirip onları yönlendirebilmeleri için kronik hastalıklar konusunda teorik bilgisini arttırmalı ve bireyi hastalık, hastalık yönetim süreci konusunda bilgilendirmelidir (Chan, 2021). Kalp yetmezliği bulunan 80 hasta üzerinde yapılan yarı deneysel çalışmada hastalara öz bakım stratejilerine yönelik verilen eğitim sonunda öz etkililik düzeyleri yüksek bulunmuştur (Peyman ve ark., 2020). Hastalık süreci konusunda farkındalığı olan bireyin deneyimleri ile zaman içerisinde öz etkililiği olumlu düzeyde etkilenecektir (Ceyhan ve Ünsal, 2018).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türdedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Konya İli Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde dahili kliniklerde (Endokrinoloji, Nefroloji, Gastroenteroloji, Nöroloji, Genel Dahiliye, Kardiyoloji, İntaniye) yatan hastalar ile yapılmıştır. Çalışma verileri 01- 31 Aralık 2022 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Konya İli Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yatan çoklu kronik hastalığa sahip olan bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın temel amacı kronik hastalıklara uyumu değerlendirme düzeyinin öz etkililik düzeyini ne düzeyde yordadığını incelemektir. Bu sebeple çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Söz konusu analiz için örneklem büyüklüğü G-Power 3.1.9.4 programı ile hesaplanmıştır. 0.10 etki büyüklüğünde 0.05 yanılma payı ve %95 güven aralığında 0.95 güç için hesaplanan en düşük örneklem büyüklüğü 191 kişi olarak belirlenmiştir. Veri kayıplarının olabileceği düşünülerek belirlenen sayının %20 fazlası hesaplandı ve araştırma 240 hasta bireyden veri toplandı. Fakat 10 adet veri toplama formu eksik bilgiler içerdiğinden çalışmaya dahil edilmedi ve çalışma 230 hasta birey ile tamamlandı.

3.3.1. Katılımcıların araştırmaya dâhil edilme kriterleri

- 18 yaş ve üzeri olan
- Okur-yazar olan
- En az iki tane kronik hastalığa sahip olan
- En az üç ay önce kronik hastalık tanısı almış olan
- Dahili birimlerde yatarak tedavi alan
- Kendi beyanına göre fiziksel ve zihinsel bir engeli bulunmayan
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireyler çalışmaya dahil edildi.

3.3.2. Dışlanma kriterleri

- Anlama ve kendini ifade etme ile ilgili problemi olan,
- Onkoloji kliniklerinde tedavi gören bireyler çalışmaya dahil edilmedi.

3.4. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen Hasta Bilgi Formu (EK 1), Kronik Hastalıklara Uyumu Değerlendirme Ölçeği (EK 2), Kronik Hastalık Yönetimi İçin 6 Maddelik Öz-Etkililik Ölçeği (EK 3) kullanılmıştır.

3.4.1. Hasta Bilgi Formu (EK 1)

Araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak (Değirmenci, 2019; Candan, 2021) oluşturulmuş anket formudur. Anket formunda; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yer, çalışma durumu, (çalışıyor ise meslek), gelir durumu, çocuk sahibi olma durumu, aile yapısı, mevcut hastalıkları, ilaç kullanma durumu ve ilaçların uygulama yolları olmak üzere toplam 12 soru bulunmaktadır.

3.4.2. Kronik Hastalıklara Uyumu Değerlendirme Ölçeği (KHÜDÖ) (EK 2)

Kronik Hastalıklara Uyumu Değerlendirme Ölçeği, Vicdan ve Birgili (2018) tarafından geliştirilmiş olup üçlü likert tipli 28 madde ve dört alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar fizyolojik alt boyut 4 madde (1, 2, 3, 4) ve psikolojik alt boyut 16 madde (5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20) sosyal alt boyut 5 madde (21, 22, 23, 24, 25) ve spiritüel alt boyut 3 madde (26, 27, 28) şeklinde bulunmaktadır. Ölçek maddelerinde olumlu ve olumsuz önermeler yer almaktadır. 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 11, 13, 16, 20, 21, 23, 25, 26, 27, 28 maddeler normal (3,2,1, şeklinde) puanlanmaktadır. 5, 6, 10, 12, 14, 15, 17, 18, 19, 22, 24 maddeler ters (1,2,3 şeklinde) puanlanmaktadır. Ölçek ifadeleri 1-Hiçbir zaman, 2-Bazen, 3-Her zaman olmak üzere üçlü likert ölçek türde kullanılmıştır. Ölçekten alınacak en düşük puan 28, en yüksek puan ise 84'tür. Ölçekten alınan puan arttıkça bireylerin kronik hastalıklara uyum düzeyi artmaktadır. Ölçeğin cronbach alfa değeri 0,83 olup, çalışmamızda ölçek cronbach alfa değeri 0,86 olarak saptandı.

3.4.3. Kronik Hastalık Yönetimi İçin 6 Maddelik Öz-Etkililik Ölçeği (KHYÖEÖ) (EK 3)

Ölçek, Lorig ve ark. (2001) tarafından geliştirilmiştir. İncirkuş ve Nahcivan tarafından (2019) Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek, "hiç emin değilim" ile "tamamen eminim" arasında değişen 10 puanlık bir skalada derecelendirilir. Ölçek iki alt boyut ve 6 maddeden oluşmaktadır. Alt boyutlar psikolojik tutum (1,2,3,4) ve davranışsal tutum (5,6)

olarak belirtilmiştir. Ölçek puanı 6 maddenin ortalamasıdır ve yüksek puanlar yüksek öz yeterliliği gösterir. Bir maddeye 1'den fazla yanıt verilmişse ve maddeler ardışık ise düşük puan hesaplamaya dahil edilir. Verilen 2 yanıt ardışık değilse bu madde hesaplamadan çıkarılır. Ölçeğin hesaplanabilmesi için en az 4 maddenin yanıtlanmış olması gerekir. Ölçeğin cronbach alfa değeri 0,90 olup, çalışmamızda ölçek cronbach alfa değeri 0,87 olarak saptandı.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler, Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili kliniklerde (Endokrinoloji, Nefroloji, Gastroenteroloji, Nöroloji, Genel Dahiliye, Kardiyoloji, İntaniye) yatan hastalardan araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yapılarak 01-31 Aralık 2022 tarihleri arasında toplandı. Veriler toplanmadan önce katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilerek yazılı ve sözlü onamları alındıktan sonra anket formlarını doldurmaları istendi, bir formun doldurulması yaklaşık 20 dk. sürdü. Veriler klinik sorumlu hemşirelerin bilgisi dahilinde hasta bireylerin uygun oldukları zaman dilimleri göz önüne alınarak hastalara bilgi verilip izin alındıktan sonra 11.00-16.00 saat aralıklarında toplandı. Katılımcılar veri toplama formlarını doldurdıkları esnada takıldıkları noktalarda araştırmacı tarafından açıklama yapılarak destek olundu.

3.6. Bağımsız Değişkenler

- Sosyodemografik özellikler (Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yer, çalışma durumu, (çalışıyor ise; meslek), gelir durumu, çocuk sahibi olma durumu, aile yapısı, mevcut hastalıkları, ilaç kullanma durumu ve ilaçların uygulama yolları)
- Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği Puan ortalaması

3.7. Bağımlı Değişken

- Kronik Hastalık Yönetimi İçin 6 Maddelik Öz-Etkililik Ölçeği Puan ortalaması

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmaları Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (EK 4), Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesinden kurum izni alındı (EK 5). Aynı zamanda çalışma da kullanılan ölçekler için yazarlardan e-mail yolu ile yazılı olarak izin alındı (EK 6). Veri toplama formları dağıtılmadan önce araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere bilgilendirme yapıldıktan sonra, katılımcıların sözel ve yazılı olarak onamları alınarak, çalışmaya sadece kriterleri karşılayan ve gönüllü olan kişiler dahil edildi.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testi ile incelendi. İkili gruplara göre normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. Üç ve üzeri gruplara göre normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testi kullanıldı ve çoklu karşılaştırmalar Dunn testi ile incelendi. Kronik hastalık yönetimi için 6 maddelik öz-etkililik leği puanına etki eden faktörler lineer regresyon analizi ile incelendi. Analiz sonuçları nicel veriler için ortalama \pm standart sapma ve ortanca (minimum- maksimum) şeklinde, kategorik veriler için ise frekans ve yüzde şeklinde sunuldu. Korelasyon analiz sonuçları Gravetter ve Wallnau (2014)'nin sınıflandırması esas alınarak yorumlandı. nem düzeyi $p<0,05$ olarak alındı.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmaya katılan bireylerin öz etkililik puanları, yaş ortalaması yüksek olan bireylerden etkilenmiş olabilir. Bu durum araştırma için bir sınırlılık olarak kabul edilebilir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n:230)

	Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	149	64,8
Erkek	81	35,2
Medeni Durum		
Bekar	39	17,0
Evli	191	83,0
Eğitim Durumu		
İlkokul	165	71,7
Ortaöğretim	23	10,0
Lise	28	12,2
Üniversite ve üzeri	14	6,1
Yaşadığı Yer		
Köy	35	15,2
Kasaba	4	1,8
İlçe	52	22,6
İl	139	60,4
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	202	87,8
Çalışıyor	28	12,2
Meslek		
Yok (Emekli)	202	87,8
İşçi	12	5,2
Esnaf	8	3,5
Memur	8	3,5
Gelir Durumu		
Kötü	24	10,4
Orta	170	73,9
İyi	36	15,7
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Hayır	26	11,3
Evet	204	88,7
Aile Yapısı		
Çekirdek	185	80,4
Geniş	45	19,6
Hastalık Sayısı		
2	115	50,0
3	84	36,5
4 ve üzeri	31	13,5
	Ort. ± SS	Ortanca (Min. - Maks.)
Yaş	61,53 ± 14,68	64 (20 - 92)
Çocuk Sayısı	3,30 ± 2,08	3 (0 - 10)

Ortalama ± Standart Sapma; Ortanca (minimum -maksimum)

Tablo 4.1.'de Hastaların demografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Buna göre hastaların %64,8'inin kadın, %83'ünün evli, %71,7'sinin ilkokul mezunu olduğu, %60,4'ünün il merkezinde yaşadığı, %87,8'inin herhangi bir işte çalışmadığı saptandı. Hastaların %73,9'u gelir durumunu orta olarak belirtirken, %88,7'sinin çocuk sahibi olduğu ve %80,4'ünün çekirdek aile yapısına sahip olduğu bulundu. Hastaların tanı aldığı hastalık sayısı incelendiğinde %50'sinin iki hastalığa, %36,5'inin üç hastalığa sahip olduğu bulundu.

Hastaların yaş ortalaması $61,53 \pm 14,68$, çocuk sayısı ortalaması ise $3,30 \pm 2,08$ olarak bulundu.

Tablo 4.2. Bireylerin Aldıkları İlk Tanıya Göre Sahip Oldukları Diğer Hastalık Sayısının Dağılımı (n:230)

İlk Tanı n (%)	Hastalık süresi (ay) Ortanca (Min. - Maks.) Ort±SS	Ek Hastalık Sayısı n (%)		
		2.Hastalık	3.Hastalık	4.Hastalık
DM 13 (57,8)	144(3-480) 169,09±109,42	HT 102(76,7)	KVH 28(21,1)	Solunum Hastalıkları 6(4,6)
HT 52(22,6)	120(3-636) 159,4±139,14	KVH 14(26,9)	Solunum Hastalıkları 6(11,5)	
KVH 13(5,7)	120(12-336) 104,31±86,59	Hiperlipidemi 4(30,8)	Kas İskelet Hastalıkları 2 (15,4)	
*Diğer 32(13,9)	96 (12-360) 135,37±102,7	HT 7(21,9)	Romatizmal Hastalıklar 1(3,1) KVH 1(3,1) HT 1(3,1)	

*Diğer Hastalıklar (n): KOAH (2), KBY (5), Astım (6), Romatizmal Hastalıklar (9), Tiroid Hastalıkları (2), Otoimmün Hastalıklar (2), Karaciğer Hastalıkları (1), Kas İskelet Hastalıkları (1), Nörolojik Hastalıklar (4)

Tablo 4.2' de İlk tanıya göre görülen ek hastalıkların dağılımı verilmiştir. Buna göre ilk tanıları sırasıyla; DM 133 (%57,8), HT 52 (%22,6), Kardiyovasküler Hastalık (KVH) 13 (%5,7) ve diğer hastalıklar 32 (%13,9) olarak bulundu. İlk tanılarına göre ortalama hastalık süreleri; DM' si olanların 169,09±109,42, HT' si olanların 159,4±139,14, KVH' si olanların 104,31±86,59 ve diğer hastalıkları olanların 135,37±102,7' dir.

İlk tanısı DM olan hastaların ilk tanının yanında en sık görülen ikinci, üçüncü ve dördüncü hastalıklar sırasıyla; HT 102 (%76,7), KVH 28 (%21,1) ve Solunum Hastalıkları 6 (%4,6) olarak bulundu.

İlk tanısı HT olan hastaların ilk tanının yanında en sık görülen ikinci ve üçüncü hastalıklar sırasıyla, KVH 14 (%26,9) ve Solunum Hastalıkları 6 (%11,5) olarak bulundu.

İlk tanısı KVH olan hastaların ilk tanının yanında en sık görülen ikinci ve üçüncü hastalıklar sırasıyla, HT 4 (%30,8) ve Kas İskelet Hastalıkları 2 (%15,4) olarak bulundu.

İlk tanısı diğer hastalıklar olan hastaların ilk tanının yanında en sık görülen ikinci hastalık HT 7 (%21,9), üçüncü hastalıklar Romatizmal Hastalıklar 1 (%3,1), KVH 1 (%3,1) ve HT 1 (%3,1) olarak bulundu.

Tablo 4.3. Hastaların Tanılarına Göre İlaç Kullanım Yolları ve Sayılarının Dağılımı (n:230)

		ORAL n (%)	SC n (%)	IV n (%)	İM n (%)	DERİ n (%)	İNİ n (%)	GÖZ n (%)	İlaç sayısı (Ort ± SS)
İlk	DM (133)	132(99,2)	78 (58,6)	2 (1,5)	4 (3)	2 (1,5)	23 (17,3)	4 (3)	6,09±2,78
Tanıya	HT (52)	52 (100)	5 (9,6)	0	0	1 (1,9)	10 (19,2)	1 (1,9)	4,71±2,17
Göre	KVH (13)	13 (100)	1 (7,7)	1 (7,7)	1 (7,7)	1 (7,7)	2 (15,4)	0	5,69±2,63
(n)	*Diğer (32)	30 (93,8)	5 (15,6)	2 (6,3)	1 (3,1)	2 (6,3)	6 (18,8)	0	4,41±2,11
İlk iki	DM+HT (30)	30 (100)	22 (73,3)	0	1 (3,3)	1 (3,3)	0	2 (6,7)	3,9±1,24
tanıya	HT+KVH (7)	7 (100)	0	0	0	0	0	0	4±2,58
göre	KVH.+HL (3)	3 (100)	0	0	0	0	0	0	4±1
(n)									
İlk üç	DM+HT+KVH (16)	16 (100)	5 (31,3)	1 (6,3)	0	0	0	1 (6,3)	6,56±2,87
tanıya	HT+KVH+Solunum	3 (100)	0	0	0	0	0	0	5,67±1,16
göre	Has.(3)								
(n)	KVH+HL+Kas İskelet Has (1)	1 (100)	0	0	0	0	0	0	3,00

*Diğer Hastalıklar (n): KOAH (2), KBY (5), Astım (6), Romatizmal Hastalıklar (9), Tiroid Hastalıkları (2), Otoimmün Hastalıklar (2), Karaciğer Hastalıkları (1), Kas İskelet Hastalıkları (1), Nörolojik Hastalıklar (4)

**n katlanmış

Tablo 4.3' te Hastaların tanılarına göre ilaç kullanım yolları ve sayılarının dağılımı verilmiştir. Buna göre ilk tanıya göre kullanılan ortalama ilaç sayısı sırasıyla; DM, (6,09±2,78), KVH (5,69±2,63), HT (4,71±2,17) ve diğer hastalıklar (4,41±2,11) olarak bulunmuş olup tüm hastalık gruplarında en fazla oral yol ile ilaç kullanıldığı saptandı (DM: 132(%99,2); KVH: 13(%100); HT: 52(%100); Diğer; 30(%93,8)).

İlk iki tanıya göre kullanılan ortalama ilaç sayısı sırasıyla; HT+KVH (4,0±2,58), KVH+HL (4,0±1,0), DM+HT (3,9±1,24) olarak bulunmuş olup tüm hastalık gruplarında en fazla oral yol ile ilaç kullanıldığı saptandı (%100).

İlk üç tanıya göre kullanılan ortalama ilaç sayısı sırasıyla; DM+HT+KVH (6,56±2,87), HT+KVH+Solunum Hastalıkları (5,67±1,16) ve KVH+ HL+Kas İskelet Hastalıkları (3,00) olarak bulunmuş olup tüm hastalık gruplarında en fazla oral yol ile ilaç kullanıldığı saptandı (%100).

Tablo 4.4. KHUDÖ ve KHYÖEÖ' ne Ait Tanımlayıcı İstatistiklerin Dağılımı (n:230)

	Ort. ± SS	Ortanca (Min. - Maks.)	Alınabilecek Min.- Maks. Değerleri	Cronbach Alfa
KHUDÖ				
Fizyolojik Alt Boyut Puanı	9,20 ± 2,09	10,00 (4,00 - 12,00)	4 - 12	0,66
Psikolojik Alt Boyut Puanı	33,01 ± 7,31	33,00 (16,00 - 48,00)	16 - 48	0,86
Sosyal Alt Boyut Puanı	12,24 ± 2,5	13,00 (5,00 - 15,00)	5 - 15	0,77
Spiritüel Alt Boyut Puanı	8,03 ± 1,45	9,00 (3,00 - 9,00)	3 - 9	0,79
Toplam Puan	62,48 ± 9,81	63,00 (40,00 - 80,00)	28 - 84	0,86
KHYÖEÖ				
Psikolojik Tutum Alt Boyut Puanı	4,50 ± 2,20	4,50 (1,00 - 10,00)	1 - 10	0,89
Davranışsal Tutum Alt Boyut Puanı	4,76 ± 2,40	4,50 (1,00 - 10,00)	1 - 10	0,77
Toplam Puan	4,58 ± 2,01	4,33 (1,00 - 10,00)	1 - 10	0,87

Ortalama ± Standart Sapma; Ortanca (minimum -maksimum)

Tablo 4.4.'te KHUDÖ ve KHYÖEÖ ait tanımlayıcı istatistiklerin dağılımı verilmiştir. Buna göre, hastaların KHUDÖ Fizyolojik Alt Boyut Puan ortancası 10,00 (4,00 - 12,00), Psikolojik Alt Boyut Puan ortancası 33,00 (16,00 - 48,00), Sosyal Alt Boyut Puan ortancası 13,00 (5,00 - 15,00) Spiritüel Alt Boyut Puan ortancası 9,00 (3,00 - 9,00), KHUDÖ Toplam Puan ortancası 63,00 (40,00 - 80,00) olarak bulundu. Hastaların KHYÖEÖ Psikolojik Tutum Alt Boyut Puan ortancası 4,50 (1,00 - 10,00), Davranışsal Tutum Alt Boyut Puan ortancası 4,50 (1,00 - 10,00) ve KHYÖEÖ toplam puan ortancası 4,33 (1,00 - 10,00) olarak bulundu.

Tablo 4.5. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre KHUDÖ Puan Dağılımının Karşılaştırılması (n:230)

	Fizyolojik Alt Boyut Puanı		Psikolojik Alt Boyut Puanı		Sosyal Alt Boyut Puanı		Spiritüel Alt Boyut Puanı		KHUDÖ Toplam Puanı	
	Ort.±SS	Ortanca (Min -Mak)	Ort.±SS	Ortanca (Min -Mak)	Ort.±SS	Ortanca (Min -Mak)	Ort.±SS	Ortanca (Min -Mak)	Ort.±SS	Ortanca (Min -Mak)
Cinsiyet										
Kadın	9,11 ± 2,19	10,00 (4,00 – 12,00)	32,32 ± 7,50	32,00 (18,00 -46,00)	12,04 ± 2,56	12,00 (5,00 -15,00)	8,28 ± 1,09	9,00 (5,00 – 9,00)	61,75 ± 9,98	62,00 (40,00– 80,00)
Erkek	9,36 ± 1,87	10,00 (4,00 – 12,00)	34,28 ± 6,81	35,00 (16,00 -48,00)	12,62 ± 2,35	13,00 (5,00 -15,00)	7,58 ± 1,86	8,00 (3,00 – 9,00)	63,84 ± 9,40	64,00 (41,00– 80,00)
Test		5770*		5129,5*		5245*		5007,5*		5288,5*
p		0,578		0,060		0,097		0,018		0,121
Medeni Durum										
Bekar	9,64 ± 2,06	10,00 (4,00 – 12,00)	30,26 ± 6,90	30,00 (18,00– 44,00)	11,36 ± 2,43	11,00 (5,00- 15,00)	8,44 ± 1,12	9,00 (5,00 – 9,00)	59,69 ± 8,43	59,00 (41,00- 74,00)
Evli	9,11 ± 2,09	9,00 (4,00 – 12,00)	33,57 ± 7,29	35,00 (16,00- 48,00)	12,42 ± 2,48	13,00 (5,00 – 15,00)	7,95 ± 1,49	9,00 (3,00 – 9,00)	63,05 ± 9,99	64,00 (40,00- 80,00)
Test		3137*		2770*		2723,5*		2915,5*		2934*
p		0,116		0,012		0,007		0,018		0,037
Eğitim Durumu										
İlkokul	9,04 ± 2,18	9,00 (4,00 – 12,00)	31,52 ± 7,07	31,00(16,00–46,00) ^b	12,00 ± 2,55	12,00 (5,00 – 15,00)	8,15 ± 1,35	9,00 (3,00 – 9,00)	60,70 ± 9,60	61,00 (40,00-80,00) ^b
Ortaöğretim	9,61 ± 1,92	10,00 (4,00 – 12,00)	35,96 ± 6,72	37,00(20,00-44,00) ^a	13,22 ± 2,39	14,00 (5,00 – 15,00)	8,26 ± 0,92	9,00 (6,00 – 9,00)	67,04 ± 8,73	68,00 (41,00-79,00) ^a
Lise	9,21 ± 1,87	10,00 (4,00 – 12,00)	36,29 ± 6,68	38,00(25,00–46,00) ^a	12,46 ± 2,17	13,00 (8,00 – 15,00)	7,39 ± 2,01	8,00 (3,00 – 9,00)	65,36 ± 9,41	66,00(49,00-80,00) ^{ab}
Üniversite ve üzeri	10,36 ± 1,08	10,50 (9,00 – 12,00)	39,21 ± 5,83	40,00(28,00-48,00) ^a	13,07 ± 2,23	14,00 (8,00 – 15,00)	7,57 ± 1,65	8,00 (4,00 – 9,00)	70,21 ± 7,74	71,50 (54,00-78,00) ^a
Test		5,667**		26,35**		8,254**		4,824**		21,984**
p		0,129		<0,001		0,051		0,185		<0,001
Yaşadığı yer										
Köy	8,60 ± 1,77	9,00 (4,00 – 11,00) ^b	31,89 ± 7,23	32,00 (20,00– 44,00)	12,29 ± 2,07	13,00 (7,00 – 15,00)	8,40 ± 0,88	9,00 (5,00 – 9,00)	61,17 ± 9,52	62,00 (42,00-76,00)
Kasaba	11,50 ± 0,58	11,50 (11,00-12,00) ^a	29,75 ± 3,59	28,50 (27,00- 35,00)	11,75 ± 3,77	12,00 (8,00 – 15,00)	9,00 ± 0	9,00 (9,00 – 9,00)	62,00 ± 4,08	63,50 (56,00-65,00)
İlçe	9,27 ± 1,98	10,00 (5,00– 12,00) ^{ab}	33,21 ± 7,09	34,00 (18,00- 44,00)	12,48 ± 2,52	13,00 (5,00 – 15,00)	8,15 ± 1,32	9,00 (3,00 – 9,00)	63,12 ± 9,90	64,50 (40,00-80,00)
İl	9,26 ± 2,18	10,00 (4,00– 12,00) ^{ab}	33,31 ± 7,50	33,00 (16,00- 48,00)	12,16 ± 2,57	13,00 (5,00 – 15,00)	7,86 ± 1,59	9,00 (3,00 – 9,00)	62,59 ± 10,00	63,00 (41,00–80,00)
Test		11,037**		2,096**		0,825**		4,85**		0,983**
p		0,012		0,553		0,843		0,183		0,805

*Mann Whitney U testi (U değeri), **Kruskal Wallis H testi, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur (Dunn testi), Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Tablo 4.5. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre KHUDÖ Puan Dağılımının Karşılaştırılması (n:230) (Devamı)

	Fizyolojik Alt Boyut Puanı		Psikolojik Alt Boyut Puanı		Sosyal Alt Boyut Puanı		Spiritüel Alt Boyut Puanı		KHUDÖ Toplam Puanı	
	Ort.±SS	Ortanca (Min -Mak)	Ort.±SS	Ortanca (Min -Mak)	Ort.±SS	Ortanca (Min -Mak)	Ort.±SS	Ortanca (Min -Mak)	Ort.±SS	Ortanca (Min -Mak)
Çalışma Durumu										
Çalışmıyor	9,22 ± 2,08	10,00 (4,00 – 12,00)	32,29 ± 7,24	32,00 (16,00– 46,00)	12,17 ± 2,54	13,00 (5,00 – 15,00)	8,04 ± 1,41	9,00 (3,00 – 9,00)	61,72 ± 9,80	62,00 (40,00 – 80,00)
Çalışıyor	9,07 ± 2,18	9,50 (4,00 – 12,00)	38,18 ± 5,68	39,00 (21,00- 48,00)	12,79 ± 2,15	13,00 (7,00 – 15,00)	7,93 ± 1,70	9,00 (3,00 – 9,00)	67,96 ± 8,07	70,00 (44,00 – 80,00)
Test		2725,5*		1515,5*		2462,5*		2781,5*		1802*
p		0,753		<0,001		0,262		0,876		0,002
Meslek										
Yok(Emekli)	9,22 ± 2,08	10,00 (4,00 – 12,00)	32,29 ± 7,24	32,00(16,00-46,00) ^b	12,17 ± 2,54	13,00 (5,00-15,00) ^{ab}	8,04 ± 1,41	9,00 (3,00 – 9,00)	61,72 ± 9,8	62,00 (40,00 – 80,00) ^b
İşçi	8,75 ± 2,14	9,50 (5,00 – 12,00)	35,58 ± 5,63	36,00(21,00-43,00) ^{ab}	11,25 ± 2,14	11,50 (7,00-14,00) ^b	8,25 ± 1,06	9,00 (6,00 – 9,00)	63,83 ± 8,82	63,00(44,00 – 78,00) ^{ab}
Esnaf	8,00 ± 2,39	7,50 (4,00 – 12,00)	38,38 ± 5,07	40,50(29,00-43,00) ^{ab}	13,63 ± 1,60	14,00(11,00-15,00) ^{ab}	8,13 ± 2,10	9,00 (3,00 – 9,00)	68,13 ± 5,00	71,00(61,00 – 73,00) ^{ab}
Memur	10,63 ±1,06	11,00 (9,00 – 12,00)	41,88 ± 4,67	42,00(34,00-48,00) ^a	14,25 ± 0,89	14,50 (13,00-15,00) ^a	7,25 ± 2,05	8,00 (4,00 – 9,00)	74,00 ± 5,76	76,00 (64,00 – 80,00) ^a
Test		7,212**		19,263**		11,678**		1,872**		15,250**
p		0,065		<0,001		0,009		0,599		0,002
Gelir Durumu										
Kötü	8,54 ± 2,21	9,00 (4,00 – 12,00)	28,92 ± 6,24	28,00 (18,00-39,00) ^b	11,21 ± 2,28	11,00 (7,00-15,00) ^b	8,25 ± 1,11	9,00 (5,00 – 9,00)	56,92 ± 8,19	56,50 (42,00 – 74,00) ^b
Orta	9,27 ± 2,11	10,00 (4,00 – 12,00)	33,18 ± 7,22	33,00 (16,00-48,00) ^a	12,38 ± 2,49	13,00 (5,00-15,00) ^a	8,04 ± 1,41	9,00 (3,00 – 9,00)	62,88 ± 9,87	64,00 (40,00 – 80,00) ^a
İyi	9,31 ± 1,86	9,00 (4,00 – 12,00)	34,92 ± 7,55	38,00 (20,00-46,00) ^a	12,28 ± 2,56	13,00 (6,00-15,00) ^{ab}	7,83 ± 1,78	9,00 (3,00 – 9,00)	64,33 ± 9,45	66,00 (44,00 – 80,00) ^a
Test		2,607**		10,725**		6,207**		0,226**		9,971**
p		0,272		0,005		0,045		0,893		0,007
Çocuk Sahibi Olma Durumu										
Hayır	9,88 ± 1,93	10,00 (4,00 – 12,00)	32,15 ± 6,40	32,00 (20,00- 44,00)	12,04 ± 3,03	13,00 (5,00 – 15,00)	8,15 ± 1,26	9,00 (5,00 – 9,00)	62,23 ± 9,05	62,50 (41,00 – 74,00)
Evet	9,11 ± 2,09	9,00 (4,00 – 12,00)	33,12 ± 7,43	33,00 (16,00– 48,00)	12,27 ± 2,43	13,00 (5,00 – 15,00)	8,01 ± 1,47	9,00 (3,00 – 9,00)	62,51 ± 9,92	63,00 (40,00 – 80,00)
Test		2075*		2425,5*		2647,5*		2523,5*		2614*
p		0,067		0,478		0,989		0,657		0,905
Aile Yapısı										
Çekirdek	8,97 ± 2,10	9,00 (4,00 – 12,00)	33,35 ± 7,31	34,00 (16,00– 48,00)	12,16 ± 2,55	13,00 (5,00 – 15,00)	7,97 ± 1,48	9,00 (3,00 – 9,00)	62,45±10,02	63,00 (40,00 – 80,00)
Geniş	10,13 ±1,74	11,00 (6,00 – 12,00)	31,62 ± 7,25	32,00 (18,00- 44,00)	12,60 ± 2,28	13,00 (8,00 – 15,00)	8,27 ± 1,30	9,00 (3,00 – 9,00)	62,62 ± 8,99	63,00 (45,00 – 80,00)
Test		2766*		3603,5*		3796,5*		3663,5*		4128*
p		<0,001		0,162		0,355		0,168		0,931
Hastalık Sayısı										
2	9,34 ± 1,95	10,00 (4,00 – 12,00)	33,66 ± 6,88	35,00 (18,00-48,00) ^b	12,25 ± 2,73	13,00 (5,00 – 15,00)	8,15 ± 1,35	9,00 (3,00 – 9,00)	63,40 ± 8,87	64,00 (40,00 – 80,00) ^b
3	9,21 ± 2,09	10,00 (4,00 – 12,00)	33,62 ± 7,60	34,00 (16,00-46,00) ^b	12,36 ± 2,28	13,00 (6,00 – 15,00)	8,11 ± 1,37	9,00 (3,00 – 9,00)	63,30±10,32	64,00 (41,00 – 80,00) ^b
4 ve üzeri	8,65 ± 2,51	9,00 (4,00 – 12,00)	28,94 ± 6,97	27,00 (20,00-41,00) ^a	11,90 ± 2,17	12,00 (7,00 – 15,00)	7,39 ± 1,84	8,00 (3,00 – 9,00)	56,87±10,15	55,00 (41,00 – 73,00) ^a
Test		1,475**		10,85**		1,693**		4,629**		10,261**
p		0,478		0,004		0,429		0,099		0,006

*Mann Whitney U testi (U değeri), **Kruskal Wallis H test, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur (Dunn testi), Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Tablo 4.5' te Hastaların demografik özelliklerine göre KHUDÖ puan dağılımının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre, KHUDÖ spiritüel (manevi) alt boyut puan ortancası kadınlarda 9,00 (5,00 - 9,00), erkeklerde ise 8,00 (3,00 - 9,00) olarak bulunmuş olup, hastaların cinsiyetlere göre spiritüel (manevi) alt boyut puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($U=5007,5$; $p=0,018$).

KHUDÖ psikolojik alt boyut puan ortancası bekarlarda 30,00 (18,00 – 44,00), evlilerde 35,00 (16,00 – 48,00) olarak bulunmuş olup, medeni duruma göre psikolojik alt boyut puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($U=2770$; $p=0,012$). KHUDÖ sosyal alt boyut puan ortancası bekarlarda 11,00 (5,00 – 15,00), evlilerde 13,00 (5,00 – 15,00) olarak bulunmuş olup, medeni duruma göre sosyal alt boyut puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($U=2723,5$; $p=0,007$). KHUDÖ spiritüel (manevi) alt boyut puan ortancası bekarlarda 9,00 (5,00 - 9,00), evlilerde 9,00 (3,00 - 9,00) olarak bulunmuş olup, medeni duruma göre spiritüel (manevi) alt boyut puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($U=2915,5$; $p=0,018$). KHUDÖ toplam puan ortancası bekarlarda 59,00 (41,00 – 74,00), evlilerde 64,00 (40,00 – 80,00) olarak bulunmuş olup, medeni duruma göre KHUDÖ toplam puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($U=2934$; $p=0,037$).

KHUDÖ psikolojik alt boyut puan ortancası ilkokul mezunlarında 31,00 (16,00 – 46,00), ortaöğretim mezunlarında 37,00 (20,00 – 44,00), lise mezunlarında 38,00 (25,00 – 46,00), üniversite ve üzeri mezunlarda 40,00 (28,00 – 48,00) olarak bulunmuş olup, eğitim durumuna göre psikolojik alt boyut puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($H=26,35$; $p<0,001$). Bu farklılık ilkokul mezunu olanlar ile; ortaöğretim, lise, üniversite ve üzeri mezunlar arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. KHUDÖ toplam puan ortancası ilkokul mezunlarında 61,00 (40,00 – 80,00), ortaöğretim mezunlarında 68,00 (41,00 – 79,00), lise mezunlarında 66,00 (49,00 – 80,00), üniversite ve üzeri mezunlarda 71,50 (54,00 – 78,00) olarak bulunmuş olup, eğitim durumuna göre KHUDÖ toplam puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($H=21,984$; $p<0,001$). Bu farklılık ilkokul mezunu olanlar ile; ortaöğretim, üniversite ve üzeri mezunlar arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır.

KHUDÖ fizyolojik alt boyut puan ortancası köyde yaşayanlarda 9,00 (4,00 – 11,00), kasabada yaşayanlarda 11,50 (11,00 – 12,00), ilçede yaşayanlarda 10,00 (5,00 – 12,00) ve ilde yaşayanlarda 10,00 (4,00 – 12,00) olarak bulunmuş olup, yaşanılan yere göre fizyolojik alt

boyut puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($H=11,037$; $p=0,012$). Bu farklılık köyde yaşayanlar ile kasabada yaşayanlar arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır.

KHUDÖ psikolojik alt boyut puan ortancası çalışmayanlarda 32,00 (16,00 – 46,00), çalışanlarda 39,00 (21,00 – 48,00) olarak bulunmuş olup, çalışma durumuna göre psikolojik alt boyut puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($U=1515,5$; $p<0,001$). KHUDÖ toplam puan ortancası çalışmayanlarda 62,00 (40,00 – 80,00), çalışanlarda 70,00 (44,00 – 80,00) olarak bulunmuş olup, çalışma durumuna göre KHUDÖ toplam puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($U=1802$; $p=0,002$).

KHUDÖ psikolojik alt boyut puan ortancası mesleği olmayanlarda 32,00 (16,00 – 46,00), işçilerde 36,00 (21,00 – 43,00), esnaflarda 40,50 (29,00 – 43,00), memurlarda 42,00 (34,00 – 48,00) olarak bulunmuş olup, meslek durumuna göre psikolojik alt boyut puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($H=19,263$; $p<0,001$). Bu farklılık mesleği olmayanlar ile memurlar arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. KHUDÖ sosyal alt boyut puan ortancası mesleği olmayanlarda 13,00 (5,00 – 15,00), işçilerde 11,50 (7,00 – 14,00), esnaflarda 14,00 (11,00 – 15,00), memurlarda 14,50 (13,00 – 15,00) olarak bulunmuş olup, meslek durumuna göre sosyal alt boyut puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($H=11,678$; $p=0,009$). Bu farklılık işçiler ile memurlar arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. KHUDÖ toplam puan ortancası mesleği olmayanlarda 62,00 (40,00 – 80,00), işçilerde 63,00 (44,00 – 78,00), esnaflarda 71,00 (61,00 – 73,00), memurlarda 76,00 (64,00 – 80,00) olarak bulunmuş olup, meslek durumuna göre KHUDÖ toplam puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($H=15,250$; $p=0,002$). Bu farklılık mesleği olmayanlar ile memurlar arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır.

KHUDÖ psikolojik alt boyut puan ortancası gelir durumu kötü olanlarda 28,00 (18,00 – 39,00), orta olanlarda 33,00 (16,00 – 48,00), iyi olanlarda 38,00 (20,00 – 46,00) olarak bulunmuş olup, gelir durumuna göre psikolojik alt boyut puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($H=10,725$; $p=0,005$). Bu farklılık gelir durumu kötü olanlar ile gelir durumu iyi olanlar arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. KHUDÖ sosyal alt boyut puan ortancası gelir durumu kötü olanlarda 11,00 (7,00 – 15,00), orta olanlarda 13,00 (5,00 – 15,00), iyi olanlarda 13,00 (6,00 – 15,00) olarak bulunmuş olup, gelir durumuna göre sosyal alt boyut puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($H=6,207$; $p=0,045$). Bu farklılık gelir durumu kötü olanlar ile gelir durumu orta olanlar arasındaki farklılıktan

kaynaklanmaktadır. KHUDÖ toplam puan ortancası gelir durumu kötü olanlarda 56,50 (42,00 – 74,00), orta olanlarda 64,00 (40,00 – 80,00), iyi olanlarda 66,00 (44,00 – 80,00) olarak bulunmuş olup, gelir durumuna göre KHUDÖ toplam puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($H=9,971$; $p=0,007$). Bu farklılık gelir durumu kötü olanlar ile gelir durumu orta ve iyi olanlar arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır.

KHUDÖ fizyolojik alt boyut puan ortancası çekirdek ailelerde 9,00 (4,00 - 12,00), geniş ailelerde ise 11,00 (6,00 - 12,00) olarak bulunmuş olup, aile yapısına göre fizyolojik alt boyut puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($U=2766$; $p<0,001$).

KHUDÖ psikolojik alt boyut puan ortancası 2 hastalığı olanlarda 35,00 (18,00 – 48,00), 3 hastalığı olanlarda 34,00 (16,00 – 46,00), 4 ve üzeri hastalığı olanlarda 27,00 (20,00 – 41,00) olarak bulunmuş olup, hastalık sayısına göre psikolojik alt boyut puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($H=10,85$; $p=0,004$). Bu farklılık 2 ve 3 hastalığı olanlar ile 4 ve üzeri hastalığı olanlar arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. KHUDÖ toplam puan ortancası 2 hastalığı olanlarda 64,00 (40,00 – 80,00), 3 hastalığı olanlarda 64,00 (41,00 – 80,00), 4 ve üzeri hastalığı olanlarda 55,00 (41,00 – 73,00) olarak bulunmuş olup, hastalık sayısına göre KHUDÖ toplam puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($H=10,261$; $p=0,006$). Bu farklılık 2 ve 3 hastalığı olanlar ile 4 ve üzeri hastalığı olanlar arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır.

Tablo 4.6. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre KHYÖÖ Puan Dağılımının Karşılaştırılması (n:230)

	Psikolojik Tutum Alt Boyut Puanı		Davranışsal Tutum Alt Boyut Puanı		KHYÖÖ Toplam Puanı	
	Ort.±SS	Ortanca (Min -Mak)	Ort.±SS	Ortanca (Min -Mak)	Ort.±SS	Ortanca (Min -Mak)
Cinsiyet						
Kadın	4,40 ± 2,27	4,50 (1,00 - 10,00)	4,75 ± 2,43	4,50 (1,00 - 10,00)	4,51 ± 2,05	4,33 (1,00 - 10,00)
Erkek	4,68 ± 2,06	4,75 (1,00 - 9,00)	4,78 ± 2,38	5,00 (1,00 - 10,00)	4,71 ± 1,93	4,83 (1,00 - 9,00)
Test		5438,5*		5881*		5572,5*
p		0,216		0,75		0,338
Medeni Durum						
Bekar	3,69 ± 2,18	3,00 (1,00 - 8,75)	4,21 ± 2,50	4,00 (1,00 - 10,00)	3,86 ± 2,01	3,67 (1,17 - 9,00)
Evli	4,66 ± 2,17	4,50 (1,00 - 10,00)	4,87 ± 2,38	5,00 (1,00 - 10,00)	4,73 ± 1,98	4,50 (1,00 - 10,00)
Test		2691,5*		3043,5*		2741,5*
p		0,006		0,072		0,009
Eğitim Durumu						
İlkokul	4,11 ± 2,00	4,00 (1,00 - 9,75) ^a	4,53 ± 2,25	4,50 (1,00 - 10,00)	4,25 ± 1,79	4,17 (1,00 - 9,83) ^a
Ortaöğretim	5,24 ± 2,39	5,50 (1,00 - 10,00) ^{ab}	4,83 ± 2,63	5,00 (1,00 - 10,00)	5,10 ± 2,23	4,83 (1,67 - 10,00) ^{ab}
Lise	5,50 ± 2,41	5,13 (1,75 - 9,25) ^b	5,48 ± 2,62	5,00 (1,00 - 10,00)	5,49 ± 2,24	5,33 (1,67 - 9,33) ^b
Üniversite ve üzeri	5,82 ± 2,50	6,13 (2,00 - 8,75) ^b	5,89 ± 2,96	6,00 (1,00 - 10,00)	5,85 ± 2,49	5,50 (2,17 - 9,00) ^b
Test		15,092**		5,424**		12,239**
p		0,002		0,143		0,007
Yaşadığı yer						
Köy	3,69 ± 1,38	3,75 (1,00 - 6,75)	4,10 ± 2,33	3,50 (1,00 - 10,00)	3,83 ± 1,18	4,00 (1,67 - 6,17)
Kasaba	4,31 ± 2,32	5,00 (1,00 - 6,25)	4,63 ± 2,50	5,50 (1,00 - 6,50)	4,42 ± 2,31	5,42 (1,00 - 5,83)
İlçe	4,87 ± 2,25	4,88 (1,00 - 9,75)	4,93 ± 2,47	4,50 (1,00 - 10,00)	4,89 ± 2,08	4,92 (1,00 - 9,83)
İl	4,57 ± 2,31	4,50 (1,00 - 10,00)	4,87 ± 2,39	5,00 (1,00 - 10,00)	4,67 ± 2,11	4,33 (1,00 - 10,00)
Test		5,95**		4,273**		6,544**
p		0,114		0,233		0,088

*Mann Whitney U testi (U değeri), **Kruskal Wallis H testi, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur (Dunn testi), Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Tablo 4.6. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre KHYÖÖ Puan Dağılımının Karşılaştırılması (n:230) (Devamı)

	Psikolojik Tutum Alt Boyut Puanı		Davranışsal Tutum Alt Boyut Puanı		KHYÖÖ Toplam Puanı	
	Ort.±SS	Ortanca (Min -Mak)	Ort.±SS	Ortanca (Min -Mak)	Ort.±SS	Ortanca (Min -Mak)
Çalışma Durumu						
Çalışmıyor	4,24 ± 2,11	4,00 (1,00 - 10,00)	4,61 ± 2,36	4,50 (1,00 - 10,00)	4,36 ± 1,93	4,17 (1,00 - 10,00)
Çalışıyor	6,33 ± 2,00	6,75 (2,50 - 9,00)	5,86 ± 2,50	6,00 (1,00 - 10,00)	6,17 ± 1,87	6,75 (2,00 - 9,00)
Test		1343,5*		1968*		1393,5*
p		<0,001		0,009		<0,001
Meslek						
Yok(Emekli)	4,24 ± 2,11	4,00 (1,00 - 10,00) ^a	4,61 ± 2,36	4,50 (1,00 - 10,00) ^a	4,36 ± 1,93	4,17 (1,00 - 10,00) ^a
İşçi	6,29 ± 2,12	6,75 (2,75 - 9,00) ^b	6,46 ± 1,96	6,25 (3,50 - 10,00) ^b	6,35 ± 1,85	6,83 (4,00 - 9,00) ^b
Esnaf	6,13 ± 1,93	6,50 (2,50 - 8,00) ^b	4,31 ± 2,31	4,75 (1,00 - 6,50) ^{ab}	5,52 ± 1,86	6,08 (2,00 - 7,33) ^{ab}
Memur	6,59 ± 2,14	6,75 (3,00 - 9,00) ^b	6,50 ± 2,99	6,75 (1,00 - 10,00) ^{ab}	6,56 ± 1,96	6,83 (3,50 - 9,00) ^b
Test		20,361**		10,612**		19,501**
p		<0,001		0,014		<0,001
Gelir Durumu						
Kötü	3,95 ± 1,65	3,63 (1,75 - 7,50)	4,29 ± 1,78	4,00 (1,00 - 8,00)	4,06 ± 1,44	4,00 (2,00 - 7,67)
Orta	4,47 ± 2,21	4,50 (1,00 - 10,00)	4,78 ± 2,40	4,50 (1,00 - 10,00)	4,57 ± 2,00	4,33 (1,00 - 10,00)
İyi	4,99 ± 2,40	5,25 (1,00 - 9,00)	4,99 ± 2,78	4,75 (1,00 - 10,00)	4,99 ± 2,31	5,00 (1,50 - 9,00)
Test		2,888**		0,812**		2,906**
p		0,236		0,666		0,234
Çocuk Sahibi Olma Durumu						
Hayır	4,53 ± 1,85	4,62 (1,00 - 8,75)	4,10 ± 2,18	3,75 (1,00 - 9,00)	4,38 ± 1,68	4,67 (1,00 - 8,33)
Evet	4,49 ± 2,24	4,50 (1,00 - 10,00)	4,85 ± 2,42	4,75 (1,00 - 10,00)	4,61 ± 2,05	4,33 (1,00 - 10,00)
Test		2737,5*		2193,5*		2556*
p		0,79		0,151		0,765
Aile Yapısı						
Çekirdek	4,61 ± 2,15	4,50 (1,00 - 10,00)	4,73 ± 2,27	4,50 (1,00 - 10,00)	4,65 ± 1,94	4,33 (1,00 - 10,00)
Geniş	4,02 ± 2,37	3,75 (1,00 - 9,75)	4,90 ± 2,92	5,00 (1,00 - 10,00)	4,31 ± 2,27	4,00 (1,00 - 9,83)
Test		4883*		4087,5*		4584,5*
p		0,072		0,852		0,292
Hastalık Sayısı						
2	4,70 ± 2,20	4,75 (1,00 - 9,25) ^b	4,78 ± 2,46	4,50 (1,00 - 10,00)	4,73 ± 2,03	4,83 (1,00 - 9,33) ^b
3	4,58 ± 2,20	4,50 (1,00 - 10,00) ^{ab}	5,07 ± 2,33	5,00 (1,00 - 10,00)	4,74 ± 1,95	4,33 (1,00 - 10,00) ^b
4 ve üzeri	3,52 ± 1,97	2,75 (1,00 - 8,00) ^a	3,85 ± 2,24	3,50 (1,00 - 8,00)	3,63 ± 1,86	3,50 (1,00 - 7,50) ^a
Test		7,612**		5,338**		7,711**
p		0,022		0,069		0,021

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, *Mann Whitney U testi (U değeri), **Kruskal Wallis H testi, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur (Dunn testi)

Tablo 4.6' da Hastaların demografik özelliklerine göre KHYÖEÖ puan dağılımının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre, KHYÖEÖ psikolojik tutum alt boyut puanı ortalama değeri bekarlarda 3,00 (1,00 - 8,75), evlilerde 4,50 (1,00 - 10,00) olarak bulunmuş olup, değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($U=2691,5$; $p=0,006$). Bekarlarda KHYÖEÖ toplam puanı ortalama değeri 3,67 (1,17 - 9,00), evlilerde 4,50 (1,00 - 10,00) olarak bulunmuş olup, medeni duruma göre KHYÖEÖ toplam puanı ortalama değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($U=2741,5$; $p=0,009$). KHYÖEÖ psikolojik tutum alt boyut puanı ortalama değeri; ilkokul mezunlarında 4,00 (1,00 - 9,75), ortaöğretim mezunlarında 5,50 (1,00 - 10,00), lise mezunlarında 5,13 (1,75 - 9,25) ve üniversite ve üzeri mezunlarda 6,13 (2,00 - 8,75) olarak bulunmuş olup, eğitim durumuna göre psikolojik tutum alt boyut puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($H=15,092$; $p=0,002$). Bu farklılık ilkokul mezunu olanlar ile lise ve üniversite mezunu olanlar arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. KHYÖEÖ toplam puanı ortalama değeri; ilkokul mezunlarında 4,17 (1,00 - 9,83), ortaöğretim mezunlarında 4,83 (1,67 - 10,00), lise mezunlarında 5,53 (1,67 - 9,33) ve üniversite ve üzeri mezunlarda 5,50 (2,17 - 9,00) olarak bulunmuş olup, eğitim durumuna göre ölçek toplam puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($H=12,239$; $p=0,007$). Bu farklılık ilkokul mezunu olanlar ile lise ve üniversite mezunu olanlar arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır.

KHYÖEÖ psikolojik tutum alt boyut puanı ortalama değeri çalışmayanlarda 4,00 (1,00 - 10,00) ve çalışanlarda 6,75 (2,50 - 9,00) olarak bulunmuş olup, çalışma durumuna göre psikolojik tutum alt boyut puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($U=1343,5$; $p<0,001$). KHYÖEÖ davranışsal tutum alt boyut puanı ortalama değeri çalışmayanlarda 4,50 (1,00 - 10,00) ve çalışanlarda 6,00 (1,00 - 10,00) olarak bulunmuş olup, çalışma durumuna göre davranışsal tutum alt boyut puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($U=1968$; $p=0,009$). KHYÖEÖ toplam puanı ortalama değeri çalışmayanlarda 4,17 (1,00 - 10,00) ve çalışanlarda 6,75 (2,00 - 9,00) olarak bulunmuş olup, çalışma durumuna göre ölçek toplam puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($U=1393,5$; $p<0,001$).

KHYÖEÖ psikolojik tutum alt boyut puanı ortalama değeri mesleği olmayanlarda 4,00 (1,00 - 10,00), işçilerde 6,75 (2,75 - 9,00), esnaflarda 6,50 (2,50 - 8,00) ve memurlarda 6,75 (3,00 - 9,00) olarak bulunmuş olup, mesleki duruma göre psikolojik tutum alt boyut puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($H=20,361$; $p<0,001$). Bu

farklılık mesleği olmayanlar ile işçi, esnaf ve memur olanlar arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. KHYÖEÖ davranışsal tutum alt boyut puanı ortanca değeri mesleği olmayanlarda 4,50 (1,00 – 10,00), işçilerde 6,25 (3,50 – 10,00), esnaflarda 4,75 (1,00 - 6,50) ve memurlarda 6,75 (1,00 – 10,00) olarak bulunmuş olup, mesleki duruma göre davranışsal tutum alt boyut puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($H=10,612$; $p=0,014$). Bu farklılık mesleği olmayanlar ile işçi olanlar arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. KHYÖEÖ toplam puanı ortanca değeri mesleği olmayanlarda 4,17 (1,00 – 10,00), işçilerde 6,83 (4,00 – 9,00), esnaflarda 6,08 (2,00 - 7,33) ve memurlarda 6,83 (3,50 – 9,00) olarak bulunmuş olup, mesleki duruma göre ölçek toplam puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($H= 19,501$; $p<0,001$). Bu farklılık mesleği olmayanlar ile işçi ve memur olanlar arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır.

KHYÖEÖ psikolojik tutum alt boyut puan ortancası 2 hastalığı olanlarda 4,75 (1,00 - 9,25), 3 hastalığı olanlarda 4,50 (1,00 – 10,00), 4 ve üzeri hastalığı olanlarda 2,75 (1,00 – 8,00) olarak bulunmuş olup, hastalık sayısına göre psikolojik tutum alt boyut puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($H=7,612$; $p=0,022$). Bu farklılık 2 hastalığı olanlar ile 4 ve üzeri hastalığı olanlar arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. KHYÖEÖ toplam puan ortancası 2 hastalığı olanlarda 4,83 (1,00 - 9,33), 3 hastalığı olanlarda 4,33 (1,00 – 10,00), 4 ve üzeri hastalığı olanlarda 3,50 (1,00 - 7,50) olarak bulunmuş olup, hastalık sayısına göre KHYÖEÖ toplam puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($H=7,711$; $p=0,021$). Bu farklılık 2 hastalığı olanlar ile 4 ve üzeri hastalığı olanlar arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır.

Tablo 4.7. Hastaların İlk Tanılarına Göre KHUDÖ ve KHYÖEÖ Puanlarının Dağılımı (n:230)

	n		Fizyolojik Alt Boyut Puanı	Psikolojik Alt Boyut Puanı	Sosyal Alt Boyut Puanı	Spiritüel (Manevi) Alt Boyut Puanı	KHUDÖ Toplam Puanı	Psikolojik Tutum Alt Boyut Puanı	Davranışsal Tutum Alt Boyut Puanı	KHYÖEÖ Toplam Puanı
DM	133	Ortalama ± SS	9,00 ± 2,15	32,60 ± 7,59	12,20 ± 2,36	7,90 ± 1,54	61,70 ± 10,4	4,28 ± 2,19	4,79 ± 2,37	4,45 ± 2,00
		Ortanca (Min - Maks)	9,00 (4,00 - 12,00)	33,00 (16,00 - 48,00)	13,00 (5,00 - 15,00)	9,00 (3,00 - 9,00)	63,00 (40,00 - 80,00)	3,75 (1,00 - 9,75)	4,50 (1,00 - 10,00)	4,17 (1,00 - 9,83)
HT	52	Ortalama ± SS	9,52 ± 1,79	33,37 ± 6,97	12,17 ± 2,80	8,27 ± 1,16	63,33 ± 8,87	4,54 ± 2,18	4,64 ± 2,39	4,57 ± 1,99
		Ortanca (Min - Maks)	10,00 (6,00 - 12,00)	34,00 (20,00 - 46,00)	13,00 (5,00 - 15,00)	9,00 (4,00 - 9,00)	64,00 (44,00 - 78,00)	4,50 (1,00 - 10,00)	4,25 (1,00 - 10,00)	4,58 (1,00 - 10,00)
KVH	13	Ortalama ± SS	8,38 ± 2,84	33,30 ± 6,12	11,38 ± 2,53	8,00 ± 1,68	61,08 ± 7,27	5,63 ± 1,70	5,23 ± 2,42	5,50 ± 1,41
		Ortanca (Min - Maks)	8,00 (4,00 - 12,00)	32,00 (24,00 - 44,00)	11,00 (8,00 - 15,00)	9,00 (3,00 - 9,00)	61,00 (50,00 - 79,00)	5,50 (2,50 - 9,00)	5,00 (1,00 - 10,00)	5,50 (3,33 - 9,00)
*Diğer	32	Ortalama ± SS	9,84 ± 1,72	34,00 ± 7,30	12,91 ± 2,49	8,19 ± 1,35	64,94 ± 9,46	4,88 ± 2,32	4,66 ± 2,64	4,80 ± 2,24
		Ortanca (Min - Maks)	10,50 (6,00 - 12,00)	36,50 (18,00 - 46,00)	13,50 (7,00 - 15,00)	9,00 (5,00 - 9,00)	67,50 (44,00 - 78,00)	5,00 (1,00 - 9,00)	4,50 (1,00 - 10,00)	4,75 (1,00 - 9,33)

Ortalama ± SS / Ortanca (Minimum – Maksimum)

*Diğer Hastalıklar (n): KOAH (2), KBY (5), Astım (6), Romatizmal Hastalıklar (9), Tiroid Hastalıkları (2), Otoimmün Hastalıklar (2), Karaciğer Hastalıkları (1), Kas İskelet Hastalıkları (1), Nörolojik Hastalıklar (4)

Tablo 4.7' de KHUDÖ fizyolojik alt boyut puan ortalaması ($9,84 \pm 1,72$), psikolojik alt boyut puan ortalaması ($34,00 \pm 7,30$), sosyal alt boyut puan ortalaması ($12,91 \pm 2,49$), toplam puan ortalaması ($64,94 \pm 9,46$) en yüksek olan grup diğer hastalıklar olup, spiritüel (manevi) alt boyut puan ortalaması en yüksek hastalık ise HT ($8,27 \pm 1,16$) olarak saptandı.

KHYÖEÖ psikolojik tutum alt boyut puan ortalaması ($5,63 \pm 1,70$), davranışsal tutum alt boyut puan ortalaması ($5,23 \pm 2,42$) ve toplam puan ortalaması ($5,50 \pm 1,41$) en yüksek olan grup KVH olarak saptandı.

İlk tanısı DM olanların KHUDÖ ($61,70 \pm 10,40$) ve KHYÖEÖ ($4,45 \pm 2,00$) toplam puan ortalamaları diğer tanılara göre daha düşük bulundu.



Tablo 4.8. KHUDÖ ve KHYÖEÖ Arasındaki İlişki (n:230)

	Psikolojik Tutum Alt Boyut Puanı		Davranışsal Tutum Alt Boyut Puanı		KHYÖEÖ Toplam Puanı	
	r	p	r	p	r	p
Fizyolojik Alt Boyut Puanı	0,134	0,042	0,119	0,072	0,142	0,031
Psikolojik Alt Boyut Puanı	0,594	<0,001	0,345	<0,001	0,567	<0,001
Sosyal Alt Boyut Puanı	0,211	0,001	0,157	0,017	0,213	0,001
Spiritüel (Manevi) Alt Boyut Puanı	0,038	0,567	0,026	0,690	0,027	0,680
KHUDÖ Toplam Puanı	0,541	<0,001	0,345	<0,001	0,525	<0,001

Tablo 4.8’ de KHUDÖ ve KHYÖEÖ arasındaki ilişki verilmiştir. Psikolojik tutum alt boyut puanı ile fizyolojik alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf düzeyde ($r=0,134$; $p=0,042$); sosyal alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf düzeyde ($r=0,211$; $p=0,001$); psikolojik alt boyut puanı ($r=0,594$; $p<0,001$) ve KHUDÖ toplam puanı ($r=0,541$; $p<0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulundu.

Davranışsal tutum alt boyut puanı ile sosyal alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf düzeyde ilişki bulundu ($r=0,157$; $p=0,017$). Davranışsal tutum alt boyut puanı ile psikolojik alt boyut ($r=0,345$; $p<0,001$) ve KHUDÖ toplam puanı ($r=0,345$; $p<0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulundu.

KHYÖEÖ toplam puanı ile fizyolojik alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf düzeyde ($r=0,142$; $p=0,031$); sosyal alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf düzeyde ($r=0,213$; $p=0,001$); psikolojik alt boyut ($r=0,567$; $p<0,001$) puanı ve KHUDÖ toplam puanı ($r=0,525$; $p<0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulundu.

Tablo 4.9. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve KHUDÖ ile KHYÖEÖ Puanları Arasındaki İlişki (n:230)

		Yaş	Çocuk Sayısı	Genel Hastalık Süresi	İlaç Sayısı	Hastalık Sayısı	Fizyolojik Alt Boyut Puanı	Psikolojik Alt Boyut Puanı	Sosyal Alt Boyut Puanı	Spiritüel (Manevi) Alt Boyut Puanı	KHUDÖ Toplam Puanı	Psikolojik Tutum Alt Boyut Puanı	Davranışsal Tutum Alt Boyut Puanı
Fizyolojik Alt Boyut Puanı	r	-0,090	-0,098	-0,071	0,105	-0,066							
Psikolojik Alt Boyut Puanı	p	0,175	0,137	0,286	0,113	0,316							
Sosyal Alt Boyut Puanı	r	-0,249	-0,180	-0,122	-0,256	-0,142	0,252						
Spiritüel (Manevi) Alt Boyut Puanı	p	<0,001	0,006	0,064	<0,001	0,031	<0,001						
KHUDÖ Toplam Puanı	r	-0,204	-0,125	-0,080	-0,101	-0,068	0,273	0,432					
Psikolojik Tutum Alt Boyut Puanı	p	0,002	0,058	0,229	0,128	0,307	<0,001	<0,001					
Davranışsal Tutum Alt Boyut Puanı	r	0,034	0,002	-0,038	-0,015	-0,105	0,176	0,092	0,191				
KHYÖEÖ Toplam Puanı	p	0,608	0,976	0,567	0,815	0,114	0,007	0,163	0,004				
Genel Hastalık Süresi	r	-0,257	-0,195	-0,127	-0,201	-0,141	0,464	0,926	0,653	0,277			
İlaç Sayısı	p	<0,001	0,003	0,055	0,002	0,032	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001			
Hastalık Sayısı	r	-0,303	-0,176	-0,196	-0,234	-0,143	0,134	0,594	0,211	0,038	0,541		
Fizyolojik Alt Boyut Puanı	p	<0,001	0,008	0,003	<0,001	0,031	0,042	<0,001	0,001	0,567	<0,001		
Psikolojik Alt Boyut Puanı	r	-0,191	-0,021	-0,075	-0,247	-0,054	0,119	0,345	0,157	0,026	0,345	0,499	
Sosyal Alt Boyut Puanı	p	0,004	0,748	0,255	<0,001	0,418	0,072	<0,001	0,017	0,690	<0,001	<0,001	
Spiritüel (Manevi) Alt Boyut Puanı	r	-0,286	-0,132	-0,174	-0,267	-0,131	0,142	0,567	0,213	0,027	0,525	0,930	0,766
KHUDÖ Toplam Puanı	p	<0,001	0,046	0,008	<0,001	0,047	0,031	<0,001	0,001	0,680	<0,001	<0,001	<0,001

r: Spearman's rho Korelasyon Katsayısı

Tablo 4.9’da Hastaların sosyodemografik özellikleri ve KHÜDÖ ile KHYÖEÖ puanlarının arasındaki ilişki verilmiştir. Yaş ile psikolojik tutum alt boyut puanı arasında negatif yönlü orta düzeyde ($r=-0,303$; $p<0,001$); psikolojik alt boyut ($r=-0,249$; $p<0,001$), sosyal alt boyut ($r=-0,204$; $p=0,002$), KHÜDÖ toplam ($r=-0,257$; $p<0,001$) ve KHYÖEÖ toplam puanı ($r=-0,286$; $p<0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf düzeyde; davranışsal tutum alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf düzeyde ilişki bulundu ($r=-0,191$; $p=0,004$).

Çocuk sayısı ile psikolojik alt boyut ($r=-0,180$; $p=0,006$), KHÜDÖ toplam ($r=-0,195$; $p=0,003$), psikolojik tutum alt boyut ($r=-0,176$; $p=0,008$) ve KHYÖEÖ toplam puanı ($r=-0,132$; $p=0,046$) arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf düzeyde ilişki bulundu.

Genel hastalık süresi ile psikolojik tutum alt boyut ($r=-0,196$; $p=0,003$) ve KHYÖEÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf düzeyde ilişki bulundu ($r=-0,174$; $p=0,008$).

İlaç sayısı ile psikolojik alt boyut ($r=-0,256$; $p<0,001$), KHÜDÖ toplam ($r=-0,201$; $p=0,002$), psikolojik tutum alt boyut ($r=-0,234$; $p<0,001$), davranışsal tutum alt boyut ($r=-0,247$; $p<0,001$), ve KHYÖEÖ toplam puanı ($r=-0,267$; $p<0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf düzeyde ilişki bulundu.

Hastalık sayısı ile psikolojik alt boyut ($r=-0,142$; $p=0,031$), KHÜDÖ toplam ($r=-0,141$; $p=0,032$), psikolojik tutum alt boyut ($r=-0,143$; $p=0,031$) ve KHYÖEÖ toplam puanı ($r=-0,131$; $p=0,047$) arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü çok zayıf düzeyde ilişki bulundu.

Fizyolojik alt boyut puanı ile spiritüel (manevi) alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf ($r=0,176$; $p=0,007$); psikolojik alt boyut ($r=0,252$; $p<0,001$), sosyal alt boyut puanı ($r=0,273$; $p<0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf düzeyde; KHÜDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde ($r=0,464$; $p<0,001$) ilişki bulundu.

Psikolojik alt boyut puanı ile sosyal alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde ($r=0,432$; $p<0,001$) ve KHÜDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok yüksek düzeyde ($r=0,926$; $p<0,001$) ilişki bulundu.

Sosyal alt boyut puanı ile spiritüel (manevi) alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf düzeyde ($r=0,191$; $p=0,004$); KHÜDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde ($r=0,653$; $p<0,001$) ilişki bulundu.

Spiritüel (Manevi) alt boyut puanı ile KHUDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki bulundu ($r=0,277$; $p<0,001$).

Psikolojik tutum alt boyut puanı ile fizyolojik alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf düzeyde ($r=0,134$; $p=0,042$); sosyal alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf düzeyde ($r=0,211$; $p=0,001$); psikolojik alt boyut puanı ($r=0,594$; $p<0,001$) ve KHUDÖ toplam puanı ($r=0,541$; $p<0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulundu. Psikolojik tutum alt boyut puanı ile davranışsal tutum alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde ($r=0,499$; $p<0,001$) ve KHYÖEÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok yüksek düzeyde ($r=0,93$; $p<0,001$) ilişki bulundu.

Davranışsal tutum alt boyut puanı ile sosyal alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf düzeyde ilişki bulundu ($r=0,157$; $p=0,017$). Davranışsal tutum alt boyut puanı ile psikolojik alt boyut ($r=0,345$; $p<0,001$) ve KHUDÖ toplam puanı ($r=0,345$; $p<0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulundu. Davranışsal tutum alt boyut puanı ile KHYÖEÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü yüksek düzeyde ilişki bulundu ($r=0,766$; $p<0,001$).

KHYÖEÖ toplam puanı ile fizyolojik alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf düzeyde ($r=0,142$; $p=0,031$); sosyal alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf düzeyde ($r=0,213$; $p=0,001$); psikolojik alt boyut ($r=0,567$; $p<0,001$) puanı ve KHUDÖ toplam puanı ($r=0,525$; $p<0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulundu.

Tablo 4.10. KHYÖEÖ Psikolojik Tutum Alt Boyut Puanına Etki Eden Faktörlerin Lineer Regresyon Analizi İle İncelenmesi (n:230)

	β_0 (%95 CI)	SH	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Sabit	-0,67 (-3,472 - 2,132)	1,421		-0,472	0,638			
Cinsiyet (Referans: Kadın)	-0,509 (-1,103 - 0,086)	0,302	-0,111	-1,687	0,093	0,062	-0,117	1,572
Medeni Durum (Referans: Evli)	0,693 (-0,005 - 1,392)	0,354	0,119	1,957	0,052	0,167	0,135	1,34
Eğitim durumu (Referans: İlköğretim)								
Ortaöğretim	0,528 (-0,362 - 1,418)	0,451	0,072	1,17	0,243	0,113	0,081	1,39
Lise	0,361 (-0,5 - 1,223)	0,437	0,054	0,827	0,409	0,17	0,058	1,545
Üniversite ve Üzeri	-0,148 (-1,368 - 1,072)	0,619	-0,016	-0,239	0,811	0,154	-0,017	1,659
Yaşadığı yer (Referans: Köy)								
Kasaba	1,322 (-0,679 - 3,323)	1,015	0,079	1,302	0,194	-0,011	0,091	1,334
İlçe	0,794 (-0,01 - 1,599)	0,408	0,151	1,947	0,053	0,091	0,135	2,206
İl	0,515 (-0,171 - 1,201)	0,348	0,115	1,481	0,140	0,039	0,103	2,192
Meslek (Referans: Yok)								
İşçi	1,184 (0,019 - 2,349)	0,591	0,12	2,005	0,046	0,192	0,139	1,308
Esnaf	0,248 (-1,178 - 1,674)	0,723	0,021	0,343	0,732	0,141	0,024	1,33
Memur	0,555 (-0,95 - 2,06)	0,763	0,046	0,727	0,468	0,181	0,051	1,482
Gelir Düzeyi (Referans: Kötü)								
Orta	0,034 (-0,762 - 0,83)	0,404	0,007	0,084	0,933	-0,02	0,006	2,381
İyi	0,337 (-0,648 - 1,322)	0,499	0,056	0,675	0,501	0,096	0,047	2,495
Çocuk Sahibi Olma Durumu (Referans: Hayır)	0,129 (-0,903 - 1,16)	0,523	0,019	0,246	0,806	-0,005	0,017	2,079
Aile Yapısı (Referans: Çekirdek)	-0,27 (-0,898 - 0,358)	0,319	-0,049	-0,848	0,398	-0,108	-0,059	1,211
Yaş	-0,01 (-0,033 - 0,013)	0,012	-0,068	-0,881	0,379	-0,305	-0,061	2,152
Çocuk Sayısı	-0,041 (-0,192 - 0,11)	0,077	-0,039	-0,534	0,594	-0,197	-0,037	1,915
İlaç sayısı	-0,024 (-0,132 - 0,084)	0,055	-0,029	-0,441	0,660	-0,218	-0,031	1,592
Hastalık sayısı	0,035 (-0,376 - 0,445)	0,208	0,011	0,167	0,868	-0,15	0,012	1,647
Fizyolojik Alt Boyut Puanı	0,021 (-0,108 - 0,15)	0,065	0,02	0,318	0,751	0,154	0,022	1,403
Psikolojik Alt Boyut Puanı	0,152 (0,111 - 0,192)	0,021	0,505	7,388	<0,001	0,599	0,459	1,706
Sosyal Alt Boyut Puanı	-0,018 (-0,129 - 0,092)	0,056	-0,021	-0,33	0,742	0,218	-0,023	1,474
Spiritüel (Manevi) Alt Boyut Puanı	-0,002 (-0,182 - 0,179)	0,091	-0,001	-0,018	0,985	0,046	-0,001	1,318
Genel hastalık süresi	-0,003 (-0,008 - 0,002)	0,002	-0,077	-1,182	0,239	-0,18	-0,082	1,544

F=6,648, p<0,001, R²=%43,8, Düzeltilmiş R²=%37,2, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, r^1 : Zero-order korelasyon, r^2 : Partial korelasyon

Tablo 4.10' da Psikolojik tutum alt boyut puanına etki eden bağımsız değişkenler lineer regresyon analizi ile incelenmiştir. Kurulan lineer regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=6,648$, $p<0,001$). Modelde bağımsız değişkenler bağımlı değişkenin %37,2'sini açıklanmaktadır (Düzeltilmiş $R^2=\%37,2$; $p<0,001$). İşçi olanların psikolojik tutum alt boyut puanı mesleği olmayanlara göre 1,184 daha fazladır ($SH= 0,591$; $p=0,046$). Psikolojik alt boyut puanı arttıkça psikolojik tutum alt boyut puanı 0,152 artmaktadır ($SH= 0,021$; $p<0,001$). Diğer değişkenlerin etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,050$).



Tablo 4.11. KHYÖEÖ Davranışsal Tutum Alt Boyut Puanına Etki Eden Faktörlerin Lineer Regresyon Analizi İle İncelenmesi (n:230)

	β_0 (%95 CI)	SH	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Sabit	-0,292 (-3,86 - 3,276)	1,81		-0,161	0,872			
Cinsiyet (Referans: Kadın)	-0,257 (-1,014 - 0,5)	0,384	-0,051	-0,669	0,504	0,005	-0,047	1,572
Medeni Durum (Referans: Evli)	0,687 (-0,203 - 1,576)	0,451	0,107	1,521	0,130	0,105	0,106	1,34
Eğitim durumu (Referans: İlköğretim)								
Ortaöğretim	0,232 (-0,902 - 1,366)	0,575	0,029	0,404	0,687	0,009	0,028	1,39
Lise	0,7 (-0,397 - 1,796)	0,556	0,095	1,258	0,210	0,112	0,087	1,545
Üniversite ve Üzeri	0,624 (-0,93 - 2,178)	0,788	0,062	0,792	0,429	0,12	0,055	1,659
Yaşadığı yer (Referans: Köy)								
Kasaba	1,041 (-1,508 - 3,59)	1,293	0,057	0,805	0,422	-0,008	0,056	1,334
İlçe	0,77 (-0,254 - 1,795)	0,52	0,134	1,483	0,140	0,039	0,103	2,206
İl	0,501 (-0,372 - 1,375)	0,443	0,102	1,132	0,259	0,055	0,079	2,192
Meslek (Referans: Yok)								
İşçi	0,738 (-0,746 - 2,221)	0,752	0,068	0,981	0,328	0,166	0,068	1,308
Esnaf	-1,277 (-3,093 - 0,538)	0,921	-0,098	-1,387	0,167	-0,035	-0,096	1,33
Memur	0,158 (-1,759 - 2,075)	0,972	0,012	0,162	0,871	0,138	0,011	1,482
Gelir Düzeyi (Referans: Kötü)								
Orta	0,3 (-0,714 - 1,313)	0,514	0,055	0,582	0,561	0,013	0,041	2,381
İyi	0,334 (-0,921 - 1,588)	0,636	0,051	0,524	0,601	0,04	0,037	2,495
Çocuk Sahibi Olma Durumu (Referans: Hayır)	0,637 (-0,677 - 1,951)	0,666	0,084	0,956	0,340	0,099	0,067	2,079
Aile Yapısı (Referans: Çekirdek)	0,379 (-0,421 - 1,179)	0,406	0,063	0,934	0,351	0,029	0,065	1,211
Yaş	-0,023 (-0,052 - 0,006)	0,015	-0,14	-1,56	0,120	-0,189	-0,108	2,152
Çocuk Sayısı	0,105 (-0,087 - 0,298)	0,098	0,091	1,079	0,282	-0,009	0,075	1,915
İlaç sayısı	-0,187 (-0,325 - -0,05)	0,07	-0,207	-2,691	0,008	-0,241	-0,185	1,592
Hastalık sayısı	0,258 (-0,265 - 0,781)	0,265	0,076	0,974	0,331	-0,077	0,068	1,647
Fizyolojik Alt Boyut Puanı	0,085 (-0,079 - 0,249)	0,083	0,074	1,021	0,308	0,158	0,071	1,403
Psikolojik Alt Boyut Puanı	0,074 (0,022 - 0,125)	0,026	0,225	2,819	0,005	0,359	0,193	1,706
Sosyal Alt Boyut Puanı	0,002 (-0,139 - 0,142)	0,071	0,002	0,022	0,982	0,185	0,002	1,474
Spiritüel (Manevi) Alt Boyut Puanı	0,143 (-0,086 - 0,373)	0,116	0,086	1,232	0,219	0,084	0,086	1,318
Genel hastalık süresi	0,001 (-0,005 - 0,007)	0,003	0,018	0,235	0,815	-0,087	0,016	1,544

F=2,655, p<0,001, R²=%23,7, Düzeltmiş R²=%14,8, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, r^1 : Zero-order korelasyon, r^2 : Partial korelasyon

Tablo 4.11 'de Davranışsal tutum alt boyut puanına etki eden bağımsız değişkenler lineer regresyon analizi ile incelenmiştir. Kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=2,655$, $p<0,001$). Modelde bağımsız değişkenler Davranışsal tutum alt boyut puanındaki değişimin %14,8 'ini açıklamaktadır (Düzeltilmiş $R^2=\%14,8$; $p<0,001$). Kullanılan ilaç sayısı arttıkça davranışsal tutum alt boyut puanı 0,187 azalmaktadır ($SH= 0,07$; $p=0,008$). Psikolojik alt boyut puanı arttıkça davranışsal tutum alt boyut puanı 0,074 artmaktadır ($SH= 0,026$; $p=0,005$). Diğer değişkenlerin etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,050$).

Tablo 4.12. KHYÖEÖ Toplam Puanına Etki Eden Faktörlerin Lineer Regresyon Analizi İle İncelenmesi (n:230)

	β_0 (%95 CI)	SH	β_1	t	p	r^1	r^2	VIF
Sabit	-0,544 (-3,132 - 2,044)	1,313		-0,414	0,679			
Cinsiyet (Referans: Kadın)	-0,425 (-0,974 - 0,125)	0,279	-0,101	-1,525	0,129	0,048	-0,106	1,572
Medeni Durum (Referans: Evli)	0,691 (0,046 - 1,337)	0,327	0,129	2,111	0,036	0,164	0,146	1,34
Eğitim durumu (Referans: İlköğretim)								
Ortaöğretim	0,43 (-0,393 - 1,252)	0,417	0,064	1,03	0,304	0,086	0,072	1,39
Lise	0,474 (-0,322 - 1,27)	0,404	0,077	1,175	0,241	0,169	0,082	1,545
Üniversite ve Üzeri	0,109 (-1,018 - 1,237)	0,572	0,013	0,191	0,848	0,16	0,013	1,659
Yaşadığı yer (Referans: Köy)								
Kasaba	1,228 (-0,621 - 3,077)	0,938	0,08	1,31	0,192	-0,011	0,091	1,334
İlçe	0,786 (0,043 - 1,529)	0,377	0,164	2,087	0,038	0,082	0,144	2,206
İl	0,51 (-0,123 - 1,144)	0,321	0,125	1,588	0,114	0,051	0,11	2,192
Meslek (Referans: Yok)								
İşçi	1,036 (-0,041 - 2,112)	0,546	0,115	1,897	0,059	0,206	0,131	1,308
Esnaf	-0,261 (-1,578 - 1,057)	0,668	-0,024	-0,39	0,697	0,089	-0,027	1,33
Memur	0,423 (-0,967 - 1,813)	0,705	0,039	0,6	0,549	0,187	0,042	1,482
Gelir Düzeyi (Referans: Kötü)								
Orta	0,123 (-0,613 - 0,858)	0,373	0,027	0,328	0,743	-0,009	0,023	2,381
İyi	0,336 (-0,574 - 1,246)	0,461	0,061	0,728	0,468	0,086	0,051	2,495
Çocuk Sahibi Olma Durumu (Referans: Hayır)	0,298 (-0,655 - 1,251)	0,483	0,047	0,617	0,538	0,036	0,043	2,079
Aile Yapısı (Referans: Çekirdek)	-0,054 (-0,634 - 0,527)	0,294	-0,011	-0,182	0,855	-0,067	-0,013	1,211
Yaş	-0,014 (-0,035 - 0,007)	0,011	-0,105	-1,353	0,178	-0,298	-0,094	2,152
Çocuk Sayısı	0,008 (-0,132 - 0,148)	0,071	0,008	0,11	0,912	-0,147	0,008	1,915
İlaç sayısı	-0,079 (-0,178 - 0,021)	0,051	-0,104	-1,555	0,122	-0,255	-0,108	1,592
Hastalık sayısı	0,109 (-0,27 - 0,489)	0,192	0,039	0,568	0,571	-0,14	0,04	1,647
Fizyolojik Alt Boyut Puanı	0,042 (-0,077 - 0,161)	0,06	0,044	0,699	0,485	0,175	0,049	1,403
Psikolojik Alt Boyut Puanı	0,126 (0,088 - 0,163)	0,019	0,459	6,627	<0,001	0,58	0,42	1,706
Sosyal Alt Boyut Puanı	-0,012 (-0,114 - 0,09)	0,052	-0,015	-0,228	0,820	0,233	-0,016	1,474
Spiritüel (Manevi) Alt Boyut Puanı	0,047 (-0,12 - 0,213)	0,084	0,034	0,553	0,581	0,068	0,039	1,318
Genel hastalık süresi	-0,002 (-0,006 - 0,003)	0,002	-0,049	-0,745	0,457	-0,166	-0,052	1,544

F=6,297, p<0,001, R²=%42,4, Düzeltmiş R²=%35,7, β_0 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β_1 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, r^1 : Zero-order korelasyon, r^2 : Partial korelasyon

Tablo 4.12.'de KHYÖEÖ toplam puanına etki eden bağımsız değişkenler lineer regresyon analizi ile incelenmiştir. Kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=6,297$, $p<0,001$). Modelde bağımsız değişkenler KHYÖEÖ toplam puanındaki değişimin %35,7'sini açıklamaktadır (Düzeltilmiş $R^2=\%35,7$; $p<0,001$). Bekarların KHYÖEÖ toplam puanı evlilere göre 0,691 daha fazladır ($SH= 0,327$; $p=0,036$). İlçede yaşayanların KHYÖEÖ toplam puanı köyde yaşayanlardan 0,786 daha fazladır ($SH=0,377$; $p=0,038$). Psikolojik alt boyut puanı arttıkça KHYÖEÖ toplam puanı 0,126 artmaktadır ($SH= 0,019$; $p<0,001$). Diğer değişkenlerin etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,050$).

5. TARTIŞMA

Çoklu kronik hastalığı olan bireylerin hastalığa uyumları ile hastalık yönetimi öz etkililikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmanın bu bölümünde, bulgular araştırma soruları doğrultusunda beş başlık altında tartışılmıştır.

1) Çoklu kronik hastalığa sahip olan bireylerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması,

2) Çoklu kronik hastalığa sahip olan bireylerin hastalığa uyum düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması,

3) Çoklu kronik hastalığa sahip olan bireylerin hastalık yönetimi öz etkililik düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması,

4) Çoklu kronik hastalığa sahip olan bireylerin bağımsız değişkenleri ile hastalık yönetimi öz etkililikleri arasında ilişkiye yönelik bulguların tartışılması,

5) Çoklu kronik hastalığa sahip olan bireylerin öz etkililiğini yordayan değişkenlere ilişkin bulguların tartışılması.

5.1. Çoklu Kronik Hastalığa Sahip Olan Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda bireylerde ilk tanı olarak en fazla görülen kronik hastalığın ilk üç sırasında; diyabetes mellitus, hipertansiyon ve kalp hastalıkları olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda bireylerde en sık görülen kronik hastalıklarda hipertansiyon ilk sırada yer almaktadır (Daniali ve ark., 2017; Yılmazel ve Duman, 2018). Çalışmamızda yer alan diğer hastalıkların görülme oranları literatürde farklılık göstermektedir (Daniali ve ark., 2017; İncirkuş ve Nahcivan, 2020; Sarhan ve ark., 2022; Violán ve ark., 2019; Yılmazel ve Duman, 2018; Yılmaz ve Kara, 2021; Yuan ve ark., 2021). Farklı çalışmalarda en sık görülen kronik hastalıklar arasında lupus, romatizmal hastalıklar, ritim ve iletim bozuklukları da yer almaktadır (Değirmenci, 2019; Marconcin ve ark., 2021). Hastalıkların görülme oranlarındaki farklılıkların ülkeler arasındaki beslenme şekillerinden, yaşam tarzından, genetik faktörlerden, coğrafi ve sosyoekonomik farklılıklardan, kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu çalışmada katılımcıların ilk tanılarına göre sahip olduğu hastalıkların süre ortalaması en az 3, en fazla 636 ay olarak saptanmıştır. Farklı çalışmalarda 1 yıldan az-40 yıl arasında olacak şekilde kronik hastalık sürelerinin değiştiği görülmektedir (Bakan ve İnci, 2020; Ceyhan ve Ünsal, 2018; Değirmenci,

2019). Kronik hastalıklar uzun yıllar devam ettiği ve kesin tedavileri bulunmadığı için bu çalışmada belirlenen hastalık sürelerinin literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir. Çalışmada yer alan bireylerin kronik hastalıklarıyla ilgili en az 1, en fazla 15 ilaç kullanıldığı, hastalık sayısı arttıkça kullanılan ilaç sayısının da arttığı görülmüştür. Çoklu kronik hastalıklar üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde, bu çalışma ile benzer şekilde hastalık sayısı arttıkça kullanılan ilaç sayılarının da arttığı görülmektedir (Bulut ve ark., 2020; Feng ve ark., 2018; Ramos ve ark., 2016). Kronik hastalıkların uzun yıllar devam etmesi ve hastalık sayısı arttıkça görülen semptomlarında artması ile kullanılan ilaç sayısının arttığı, aynı zamanda çalışmamızda yaş ortalamasının yüksek olduğu göz önüne alındığında, yaşın ilerlemesi ile bulaşıcı olmayan hastalıklarda artış görüldüğünden kullanılan ilaç sayısının fazla olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada, kullanılan ilaçların en fazla oral yol ile alındığı, en az ise göze uygulama şeklinde kullanıldığı bulunmuştur. İlaçlar en sık oral yol ile kullanılmaktadır (Ruiz ve ark., 2020). Oral yol ile ilaç kullanımının; uygulamanın kolay, ekonomik ve güvenilir bir yol olmasından kaynaklı daha fazla tercih edildiği düşünülmektedir.

5.2. Çoklu Kronik Hastalığa Sahip Olan Bireylerin Hastalığa Uyum Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bireylerin kronik hastalığa uyumlarının ortalamasının üzerinde ($62,48 \pm 9,81$) olduğu saptanmıştır. Çoklu kronik hastalığa sahip bireylerin hastalığa uyumlarını inceleyen bir çalışmada uyumun orta düzeyde (Değirmenci, 2019), kronik hastalıklara uyumun incelendiği başka bir çalışmada ise bireylerin uyum düzeyinin ortalamasının üzerinde olduğu bulunmuştur (Yılmaz ve Kara, 2021). Çalışmamızda uyumun ortalamasının üzerinde bulunmasının, katılımcıların yaş ortalamasının yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Hastalık sürelerinin uzun olmasının da uyum üzerinde pozitif anlamda etki ettiği düşünülmektedir. Çalışmamızda bireylerin KHÜDÖ tüm alt boyut puanları ortalamasının üzerinde yüksek olarak bulunurken, literatürdeki diğer çalışmalarda bireylerin kronik hastalıklara uyum ölçeği fiziksel alt boyut puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Bozbay ve ark., 2019; İnel ve ark., 2021). Yapılan bir çalışmada yaş ile kronik hastalıklara fiziksel ve sosyal uyum arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuş fakat psikolojik uyum ile yaş değişkeni arasında bir ilişki saptanmamıştır. Genel olarak yaş ile hastalığa fiziksel ve sosyal uyum azalmaktadır (Erbaş, 2021). Farklı çalışmalarda da bu çalışma ile benzer sonuçlar elde edilmiş ve yaş ile hastalığa uyumun azaldığı bulunmuştur (Kasar ve Erzincanlı, 2021; Yılmaz ve Kara, 2021). Yaş ile hastalığa uyum arasında ilişki saptanmayan çalışmalarda bulunmaktadır (Karatepe ve Atik, 2021). Yaş ile bireylerde kronik hastalık sayılarının artması buna bağlı komplikasyonların sık görülmesi,

fiziksel, sosyal ve bilişsel yetersizliklerin artması ile hastalığa uyumlarının azaldığı düşünülmektedir.

KHUDÖ spiritüel alt boyut puan ortalamasının kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmadan farklı olarak, yapılan çalışmalarda erkeklerin kadınlara göre hastalıklara daha fazla uyum gösterdiği saptanmıştır (Akarsu, 2022; Daniali ve ark., 2017; Şişman ve Kutlu, 2016). Yılmaz ve Kara'nın çalışmasında ise, hastalıklara uyumda cinsiyetler arası farklılık saptanmamıştır (Yılmaz ve Kara, 2020). Kadınların erkeklere oranla mistik ve tinsel yaklaşımlarının daha fazla olmasının spiritüel alt boyut puanında farklılığa sebep olduğu düşünülmektedir.

KHUDÖ psikolojik, sosyal alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamalarının evli bireylerde daha yüksek olduğu fakat spiritüel alt boyut puanının bekarlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda evli ve bekarlar arasında hastalığa uyum farklılığı gözlenmemiştir (Erbaş, 2021; Yılmaz ve Kara, 2020). Başka bir çalışmada ise evli bireylerin bekarlara göre hastalıklara uyumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Karatepe ve Atik, 2021). Evli bireylerin düzenli bir yaşam sürdürmeleri ve eşlerinden aldıkları sosyal destekten ötürü uyumlarının daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda bireylerin KHUDÖ psikolojik alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamalarının eğitim seviyesi arttıkça yükseldiği saptanmıştır. Çalışmamız ile benzer şekilde, eğitim düzeyi yükseldikçe hastalıklara uyumunda arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Bilgiç ve Pehlivan, 2023; Hsieh ve ark., 2020; Karatepe ve Atik, 2021; Yılmaz ve Kara, 2021). Kronik hastalığa uyumun eğitim düzeyine göre farklılık göstermesinin; eğitim düzeyi arttıkça bilgiye ulaşma, bilgiyi yorumlama ve kullanma becerisinin artmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Bireylerin yaşadıkları yere göre ölçek puanları incelendiğinde, KHUDÖ fizyolojik alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamalarının kasabada yaşayanlarda diğer yerleşim yerlerinde yaşayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada ilde yaşayan bireylerin kırsalda yaşayanlara oranla hastalığa uyumları daha yüksek bulunmuştur (Özdelikara ve ark., 2020). Çalışmamızda kasabalarda ulaşım ve sağlık imkanları gibi yaşam şartlarının bireylerin ihtiyacını karşılayacak düzeyde olmasından ötürü hastalığa uyum düzeylerinin yüksek olduğu düşünülmektedir.

KHUDÖ psikolojik alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamalarının çalışan bireylerde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada herhangi bir işte çalışmayanların psikososyal uyum düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır (Değirmenci, 2019). Başka bir çalışmada ise düzenli bir işte çalışanların çalışmayanlara göre hastalığa psikososyal uyumları yüksek bulunmuştur (Çınar, 2009). Çalışan bireylerin sosyoekonomik olarak bağımsız olmaları ve kendi sağlıkları üzerinde daha etkin karar verebilmeleri hem ekonomik hem de psikolojik anlamda süreci daha kolay yönetmelerine olanak sağladığından uyum düzeylerinin yüksek olduğu düşünülmektedir.

KHUDÖ psikolojik, sosyal alt boyut ve ölçek toplam puanlarının memurlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada memur olanların çiftçi olanlara göre hastalık uyum düzeyi daha yüksek, serbest mesleği olanların psikososyal uyumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Değirmenci, 2019). Başka bir çalışmada meslek sahibi olanların hastalığa uyumlarını arttırdığı saptanmıştır (Brides ve ark., 2012). Meslekler arası çalışma şartları, sosyal ortam ve ücretin uyumda farklılığa neden olduğu düşünülmektedir.

KHUDÖ psikolojik, sosyal ve alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamalarının gelir durumu iyi olanlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda sosyoekonomik düzeyi yüksek olan bireylerin hastalığa uyumları yüksek bulunmuştur (Chan ve ark., 2015; Yılmaz ve Kara, 2021). Elde edilen gelirin bireyin yaşam koşulları, sağlık hizmetine erişim gibi durumlar başta olmak üzere, sosyal hayat alanında da birçok faktörü belirleyici olmasından ötürü gelir durumunun uyumu etkilediği düşünülmektedir.

Geniş aileye sahip bireylerin KHUDÖ fizyolojik alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamasının çekirdek ailelere göre yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde bu konu ile ilgili çalışma sonucuna rastlanmamıştır. Geniş ailelerde bireylerin sorumluluklarının paylaşılması ve hasta bireyin almış olduğu fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik desteğin hastalığa uyumda etkili olduğu düşünülmektedir.

KHUDÖ psikolojik alt boyut ve toplam puan ortalamasının hastalık sayısı arttıkça düştüğü saptanmıştır. Literatürde tek hastalığı olanların hastalığa uyumlarının daha yüksek olduğu (Akan ve ark., 2020; Bilgiç ve Pehlivan, 2023; Kasar ve Erzincanlı, 2021;) fakat birden fazla hastalığı olanların hastalığa uyumlarının daha düşük olduğu (Gürdoğan ve Gürdoğan, 2019; Oral et al., 2020) bildirilmiştir. Hastalık sayısı arttıkça komplikasyonların artması

kullanılan ilaç sayısının artması, daha sık hastane yatışlarının olması, fiziksel, sosyal ve psikolojik desteğe daha çok ihtiyaç duyulmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

KHUDÖ fizyolojik, psikolojik, sosyal alt boyut ve toplam puanın en yüksek diğer hastalıklar grubunda; spiritüel alt boyut puan ortalamasının en yüksek HT' de olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada romatoid artritli bireylerin KHUDÖ toplam puanı ve psikososyal uyum alt boyut puanının diğer hastalıklara oranla daha yüksek olduğu ve astımlı bireylerde ise fonksiyonel alt boyut puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Değirmenci, 2019). Başka bir çalışmada ise DM ve hipertansiyon komorbiditesine sahip bireylerde fiziksel uyumun, DM ve KOAH komorbiditesine sahip bireylerde sosyal uyumun yüksek olduğu; aynı çalışmada, DM ve kalp hastalıkları komorbiditesine sahip bireylerin toplam puan ortalamasının ve psikolojik uyumun istatistiksel olarak anlamlı olmasa da daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca DM hastalığı olan bireylerde DM hastalığı olmayanlara göre sosyal ve fizyolojik uyum puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Erbaş, 2021). Farklı bir çalışmada DM olan bireylerin hipertansiyonu olan bireylere göre hastalığa uyumları daha yüksek bulunmuştur (Bozbay ve ark., 2019). Diğer hastalıklar kategorisi içerisinde az sayıda bireyin sahip olduğu birçok hastalık yer almaktadır. Bu nedenle ölçek toplam puan ve alt boyut puan değerlerinde birinci sırada yer aldıkları düşünülmektedir. Aynı zamanda hastalığa uyumda kronik hastalık türünün yanı sıra çoklu kronik hastalık sayısı, hastalık süresi, yaş, cinsiyet, eğitim, gelir durumu, genel sağlık durumu gibi birçok değişkenin de etkisi olduğu için çalışma sonuçlarının farklılık gösterebileceği düşünülmektedir.

5.3. Çoklu Kronik Hastalığa Sahip Olan Bireylerin Hastalık Yönetimi Öz Etkililik Düzeylerine İlişkinin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada bireylerin öz-etkililik düzeylerinin düşük ($4,58 \pm 2,01$) olduğu saptanmıştır. Öz etkililik üzerine yapılan çalışmalarda öz etkililiğin ortalamanın üzerinde olduğu saptanmıştır (Allam ve ark., 2020; Eslami ve ark., 2017; Fan ve ark., 2016; Marconcin ve ark., 2021; Yuan ve ark., 2021). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirliğinin yapıldığı çalışmada da bireylerin kronik hastalık yönetimi öz etkililik düzeyleri ($5,66 \pm 2,28$) ortalamanın üzerinde bulunmuştur. Yapılan çalışmalar tek ya da iki bulaşıcı olmayan hastalığı sahip bireyler ile yürütülmüştür. Çalışmamız çoklu kronik hastalığa sahip bireyler ile yürütüldüğünden kronik hastalık yönetimi öz etkililik düzeylerinin düşük çıktığı düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada bireylerdeki hastalık sayısı arttıkça kronik hastalık yönetimi öz etkililik düzeylerinin düştüğü saptanmıştır (Sarhan ve ark., 2022). Çin'de yapılan bir çalışmada iki kronik hastalığa sahip olan

bireylerin kronik hastalık yönetimi öz etkililik düzeyleri tek kronik hastalığı olan bireylere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır (Chen ve ark., 2023). Başka bir çalışmada kronik hastalık sayısı arttıkça kronik hastalıklara uyum sosyal alt boyut puanında azalma saptanmıştır (Erbaş, 2021). Yapılan bir çalışmada öz etkililik düzeyi ile yaş ve hastalık sayısı arasında ilişki saptanmamıştır (İncirkuş ve Nahcivan, 2020).

Bireylerdeki hastalık sayısı arttıkça, sağlık davranışlarının kontrolü sorumluluğunun da artması ve hastalık ve semptom yönetiminin zorlaşmasından kaynaklı kronik hastalık yönetimi öz etkililik düzeylerinin düşük çıktığı düşünülmektedir. Yapılan başka bir çalışmada bireylerin öz yeterlilik düzeyinin yüksek olmasının, öz bakım faaliyetlerine bağlılık ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Amer ve ark., 2018). Hastalık sayısının artması ile bireylerde kontrolün zorlaşmasından ve kesin iyileşme sağlanamadığından kaynaklı stres ve anksiyeteye sebebiyet verebileceğinden spiritüel ve psikolojik tutum alt boyut puanlarının düşük çıktığı düşünülmektedir. KOAH'lı bireylerde öz etkililik düzeyinin psikososyal uyum üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (Acar, 2021). Aynı zamanda çalışmamızdaki yaş ortalaması ($61,53 \pm 14,68$) diğer çalışmalara ($54,25 \pm 15,43$; $57,9 \pm 16,4$) oranla yüksek bulunmuştur (Bakan ve İnci, 2020; Stock ve ark., 2021). Düşük öz etkililik düzeyinin, çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalamasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda bireylerin öz-etkililik ölçeği psikolojik, davranışsal alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamalarında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu çalışma ile benzer şekilde, yapılan çalışmalarda cinsiyetler arası kronik hastalık yönetimi öz etkililik düzeylerinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Cramm ve Nieboer, 2015; İncirkuş ve Nahcivan, 2020; Yılmaz ve Kara, 2021). Shakya (2018)'nin çalışmasında ise erkeklerin kronik hastalık yönetimi öz etkililik düzeylerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yaşanılan bölgedeki sağlık algısı cinsiyetler arasında benzerlik oluşturduğundan bir farklılık görülmediği düşünülmektedir.

Bu çalışmada bireylerin KHYÖEÖ psikolojik tutum alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamalarının evli bireylerde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalar, bu çalışma ile benzer şekilde, evli olanların daha yüksek öz etkililiğe sahip olduğunu göstermektedir (Cramm ve Nieboer, 2015; Demirbaş ve Kutlu, 2020; Gruber-Baldini ve ark., 2017). Khairy ve ark. (2021)'nin çalışmasında ise bireylerin medeni durumunun kronik hastalık yönetimi öz etkililik düzeyleri üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır. Bu çalışmada evli bireylerin kronik hastalık yönetimi öz etkililik düzeylerinin yüksek bulunması, evli bireylerin yaşamlarında

eşlerinden gördükleri fiziksel ve psikolojik destekten kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan bireylerin KHYÖEÖ psikolojik alt boyut ve toplam puan ortalamalarının, bireylerin eğitim düzeyi yükseldikçe anlamlı düzeyde artış gösterdiği saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada bireylerin eğitim düzeyindeki artışın, öz etkililik düzeyini arttırdığı saptanmıştır (Shakya, 2018). Eğitim düzeyi yükseldikçe bireylerin hastalıkları kabullenip problemlere çözüm üretebilme yeteneklerinin artmasına ve hastalığın getirmiş olduğu değişikliklere uyum sağlayabilmelerine bağlı olarak psikolojik alt boyut puanlarının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan, bir işte çalışan bireylerin KHYÖEÖ psikolojik, davranışsal alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamasının çalışmayanlara göre yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda işsiz olan bireylerin kronik hastalık yönetimi öz etkililik düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Barham ve ark., 2019; Khairy ve ark., 2021; Riaz ve ark., 2017). Öz etkililik düzeyindeki farkın, çalışan bireylerin sosyoekonomik düzeylerinin çalışmayanlara oranla da yüksek olduğu ve yüksek sosyoekonomik düzeyin yaşam kalitesini arttırarak öz etkililik düzeyini yükseltmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

KHYÖEÖ psikolojik, davranışsal alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamalarının mesleği olanlarda mesleği olmayanlara göre artış gösterdiği saptanmıştır. Riaz ve ark. (2017)'nin çalışmasında meslekler arası farklılıkların öz etkililik düzeyini etkilediği saptanmıştır. Bireylerin mesleği, bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyoekonomik durum başta olmak üzere yaşam tarzını büyük oranda etkilemektedir. Meslek sahibi olanlarda sağlıklı yaşam biçimi davranış farkındalıklarının ve yaşam standartlarının yüksek olması, bireylerin problemler ile baş etme becerilerini de etkilediği düşünülmektedir.

KHYÖEÖ psikolojik, davranışsal alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamasının gelir durumuna göre değişmediği saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda da bireylerin gelir durumuna göre hastalık yönetimi öz etkililik düzeyinde bir farklılık saptanmamıştır (Barham ve ark., 2019; Gruber-Baldini ve ark., 2017; Riaz ve ark., 2017). Bu sonucun, çalışmaya katılan bireylerin çoğunluğunun emekli olması ve dolayısıyla benzer sosyoekonomik statüye sahip olması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

KHYÖEÖ psikolojik, davranışsal alt boyut ve ölçek toplam puan ortalamalarının yaşanılan yere göre değişmediği saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada yaşanılan yerdeki farklılıkların kronik hastalık yönetimi öz etkililik düzeylerini etkilemediği saptanmıştır (Barham ve ark., 2019). Başka bir çalışmada ise şehirde yaşayan bireylerin köyde yaşayanlara oranla daha yüksek öz etkililiğe sahip olduğu saptanmıştır (Khairy ve ark., 2021). Çalışmamızdaki bireylerin çoğu ilde yaşamaktadır. Fakat günümüzde diğer yaşam alanlarında da sağlık başta olmak üzere diğer birçok sosyal imkana ulaşım kolay olduğundan öz etkililik düzeyinde farklılık olmadığı düşünülmektedir.

KHYÖEÖ psikolojik, davranışsal tutum alt boyut ve toplam puanının en yüksek KVH grubunda olduğu saptanmıştır. Allam ve ark. (2020)' nın çalışmasında diyabetes mellitus ve hipertansiyon komorbiditesine sahip bireylerin; Peters ve ark. (2019)' nın çalışmasında ise görme problemleri olan bireylerin; Daniali ve ark. (2017)' nın çalışmasında hipertansiyon tanısı olan bireylerin öz etkililik puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. İncirkuş ve Nahcivan (2020)' in çalışmasında ise hipertansiyon tanısı olan bireylerin kronik hastalık yönetimi öz etkililik düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Kronik hastalıklar arasında kronik hastalık yönetimi öz etkililik düzeylerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada KOAH tanısı olan bireylerin en düşük, artrit tanısı olan bireylerin ise en yüksek öz etkililik düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (Ceyhan ve Ünsal, 2018). Bireylerin kronik hastalık yönetimi öz etkililik düzeylerinin kronik hastalığın türünün yanında özellikle yaş ve hastalık süresi ile değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

5.4. Çoklu Kronik Hastalığa Sahip Olan Bireylerin Bağımsız Değişkenleri ile Hastalık Yönetimi Öz Etkililikleri Arasında İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Çalışmamız sonucunda KHUDÖ psikolojik alt boyut puanı ve toplam puan ile KHYÖEÖ psikolojik, davranışsal tutum alt boyut ve ölçek toplam puanı arasında pozitif yönlü anlamlı düzeyde ilişki saptanmıştır. Literatür incelendiğinde bireylerin hastalık süreçlerinde desteklenerek öz bakımları ve uyumlarının artırılmasının (Graff ve ark., 2016), bireylere sosyal ve psikolojik destek ile streslerinin azaltılması ve kendilerini rahatça ifade etmelerinin (Almeide ve ark., 2022; Rostagni ve Stutts, 2022) öz yeterliliklerini arttırdığının savunulduğu görülmektedir. Bu durumun bireyin hastalıklara uyumu arttıkça hastalık sürecini yönetmesine dair inancını da arttırmışından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

KHUDÖ toplam puanı ve psikolojik alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok yüksek bir ilişki saptanmıştır. Sosyal alt boyut puanı ile kronik hastalığa uyum

değerlendirme ölçeği toplam puanı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki saptanmıştır. Spiritüel (Manevi) alt boyut puanı ile kronik hastalığa uyum değerlendirme ölçeği toplam puanı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki saptanmıştır. Uyum fizyolojik, psikolojik, sosyal ve spiritüel olmak üzere birçok bileşeni içermektedir. Bireylerin hayatında sorun ya da uyumsuzluk yaşadıkları herhangi bir noktada yaşamlarının farklı boyutları da etkilenmektedir. Çalışma sonucumuzda kronik hastalıklara uyum değerlendirme ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının kendi içerisinde anlamlılık taşıdığını göstermektedir.

Psikolojik tutum alt boyut puanı ile davranışsal tutum alt boyut puanı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki saptanmıştır. Psikolojik tutum alt boyut puanı ile öz-etkililik ölçeği toplam puanı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok yüksek bir ilişki saptanmıştır. Davranışsal tutum alt boyut puanı ile öz-etkililik ölçeği toplam puanı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü yüksek bir ilişki saptanmıştır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde Kronik Hastalık Yönetimi İçin 6 Maddelik Öz-Etkililik Ölçeği 'nin ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışma örnekleri incelendiğinde genellikle ölçek geçerlilik güvenilirlik çalışmaları olduğu ve ölçeğin alt boyutları arasındaki ilişkileri gösteren istatistiksel ölçüm sonuçlarına yer verilmediği saptanmıştır. Bireylerin kendi sağlıkları üzerinde etkin rol alabildiklerinin belirli göstergeleri mevcuttur. Psikolojik ya da davranışsal olarak hastalık durumlarında neler yaptıkları ya da medikal tedavi dışında destekleyici tedavilerden ne düzeyde faydalandıkları bu göstergelerden bir kısmını oluşturmaktadır. Bireyler psikolojik olarak ne denli iyi olurlarsa hastalık durumları ile baş edip sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını o denli daha fazla hayatlarına yansıtmaktadırlar. Çalışma sonucumuzda da ölçek alt boyutları ve toplam puanı aralarında pozitif ilişki gösterip çalışma içerisinde ölçeğin tutarlılık oluşturduğu düşünülmektedir.

5.5. Çoklu Kronik Hastalığa Sahip Olan Bireylerin Öz Etkililiğini Yordayan Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması

İşçi olanların psikolojik tutum alt boyut puanı mesleği olmayanlara göre 1,184 daha fazladır. HT' si olan bireylerde yapılan bir çalışmada, çalışma durumu ile öz etkililik düzeyi arasında bir ilişki saptanmamıştır (Khairy ve ark., 2021). Mesleği olan bireylerin ekonomik, sosyal birçok anlamda bağımsız olmaları ve kendi sağlıkları üzerinde daha etkin karar verebildiklerinden kaynaklı işçi olanlarda çalışmayan bireylere göre, psikolojik tutum alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Kullanılan ilaç sayısı arttıkça davranışsal tutum alt boyut puanı 0,187 azalmaktadır. Literatürde ilaca sayısı ve kullanımına uyum ile öz etkililik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış (Chen ve ark., 2023; Kankaya ve ark., 2017) ve saptanmış (Eisele ve ark., 2020) olan çalışmalar mevcuttur. İlaç kullanımı bireylerin özellikle ileri yaşlarda yönetebilmesinin zor olduğu tedavi yöntemlerindedir. Hastalık sayısı arttıkça semptomları azaltmaya yönelik ilaç kullanımı da artmaktadır. Artan ilaç sayısı, bireylerin uzun yıllar boyunca ve çok sayıda ilaç kullanmaları gerekliliği, bu sürecin yönetiminde günlük kullanım sıklığına bağlı olarak biten ilaçları yeniden temini ve sağlık kurumlarına erişim gibi çeşitli faktörlerle ilişkili olmasının, bireylerin psikolojik tutum ve öz etkililik ölçeği toplam puanlarını etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Bekarların KHYÖEÖ toplam puanı evlilere göre 0,691 daha fazladır. Yapılan benzer çalışmalarda medeni durum ile kronik hastalık yönetimi öz etkililik düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Gruber-Baldini ve ark., 2017; Peters ve ark., 2019). Medeni duruma göre ortaya çıkan öz etkililik düzeylerindeki farklılığın bireysel faktörlerden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

İlçede yaşayanların KHYÖEÖ toplam puanı köyde yaşayanlardan 0,786 daha fazla olduğu bulundu. Yaşanılan bölgeye göre ekonomik şartlar ve sağlık hizmetlerine ulaşım gibi faktörlerin değişiklik göstermesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Psikolojik alt boyut puanı arttıkça psikolojik tutum alt boyut puanının 0,152; davranışsal tutum alt boyut puanının 0,074; KHYÖEÖ toplam puanının 0,126 arttığı bulundu.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamızda yer alan sorulara dayalı olarak aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Araştırmaya katılan hasta bireylerin %64,8'i kadın, %83'ü evli ve %71,7'si ilkokul mezunu olarak bulundu. Katılımcıların yarısından fazlasının herhangi bir işte çalışmadığı ve gelir durumlarının da orta düzeyde olduğu belirlendi. Katılımcıların en fazla ilde en az ise kasabada yaşadıkları, çoğunun çocuk sahibi olduğu ve ortalama olarak üç çocuğa sahip oldukları bulundu. Katılımcıların ilk aldıkları tanıya göre sahip oldukları hastalıklar sırasıyla; Diyabetes Mellitus, Hipertansiyon, Kalp Hastalıkları ve diğer hastalıklar olarak bulunmuş olup hastalıkların görülme süreleri en az 3 ay, en fazla ise 720 ay olarak saptandı. Katılımcıların hastalıkların medikal tedavisi için en fazla oral yol ile ilaç kullandığı bulundu.
- Çalışmamızda kronik hastalıklara uyum düzeyi ortalamanın üzerinde ($62,48 \pm 9,81$) bulundu. Kadınlarda erkeklere ve evlilerde bekarlara göre KHÜDÖ spiritüel (manevi) alt boyut puan ortalaması daha yüksek bulundu. Evlilerde kronik hastalıklara uyum psikolojik, sosyal alt boyut ve ölçek toplam puanı, bekarlarda spiritüel uyum daha yüksek bulundu. Üniversite ve üzeri mezunlarda kronik hastalıklara uyum psikolojik alt boyut ve toplam puan daha yüksek bulundu. Geniş ailelerde çekirdek ailelere ve kasabada yaşayan bireylerde diğer yerleşim alanlarında (köy, ilçe, il) yaşayan bireylere oranla kronik hastalıklara uyum ölçeği fizyolojik alt boyut puanı ve ölçek toplam puan ortalaması daha yüksek bulundu. Çalışanlarda kronik hastalıklara uyum psikolojik alt boyut ve ölçek toplam puanı daha yüksek bulundu. Memur olanlarda ve gelir durumu iyi olanlarda kronik hastalıklara uyum psikolojik, sosyal alt boyut puanı ve ölçek toplam puanı daha yüksek bulundu. Kronik hastalıklara uyum psikolojik alt boyut ve ölçek toplam puanı 4 ve üzeri kronik hastalığı olanlarda daha düşük bulundu. Kronik hastalıklara uyumun ilk tanı olarak en yüksek olduğu hastalık diğer hastalıklar olarak bulundu.
- Çalışmamızda bireylerin öz etkililik düzeylerinin ortalamanın altında ($4,58 \pm 2,01$) olduğu saptanmıştır. Öz etkililik ölçeği psikolojik alt boyut ve ölçek toplam puanı evlilerde bekarlara göre daha yüksek bulunmuştur. İlkokul mezunu olanlarda öz etkililik ölçeği psikolojik alt boyut puanı üniversite ve üzeri eğitim seviyesinde olanlara oranla daha düşük bulunmuştur. Çalışan ve mesleği (işçi, esnaf, memur) olan bireylerde çalışmayan ve mesleği olmayanlara göre öz etkililik düzeyinin anlamlı derecede yüksek

olduğu saptanmıştır. Öz etkililik düzeyinin ilk tanı olarak en yüksek olduğu hastalık KVH olarak bulundu.

- Çalışmamızda bireylerin kronik hastalıklara uyumları arttıkça, öz etkililik psikolojik tutum, davranışsal tutum alt boyut ve ölçek toplam puanının arttığı saptandı.
- Bireylerin yaş ile KHYÖEÖ psikolojik tutum alt boyut puanının azaldığı saptandı. Kullanılan ilaç sayısı arttıkça KHUDÖ psikolojik alt boyut puanı ve KHYÖEÖ psikolojik ve davranışsal tutum alt boyut ve toplam puanının azaldığı saptandı.
- Bekarların KHYÖEÖ toplam puanının evlilere göre 0,691 daha fazla olduğu; ilçede yaşayanların KHYÖEÖ toplam puanının köyde yaşayanlardan 0,786 daha fazla olduğu bulundu. Psikolojik alt boyut puanı arttıkça KHYÖEÖ toplam puanının 0,126 arttığı bulundu.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunuldu:

Hemşireler için;

- Çalışmamızda hastalık sayısı fazla olan bireylerin uyum ve öz etkililik düzeyleri daha düşük çıktığından, hastalık sayısı fazla olan bireylere eğitim hemşireleri öncülüğünde uyum programları ve hastalık süreçlerine yönelik eğitimlerin planlanması,
- Çalışmamızda DM' si olan bireylerin hastalığa uyum ve öz etkililik düzeyleri düşük çıktığından dolayı diyabet hemşireleri tarafından bu grup hastalardaki bireysel farklılıklar göz önüne alınarak (eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, gelir düzeyi) eğitimlerin, uyum programlarının ve düzenli takiplerin daha sık yapılması,
- Bireylerin öz etkililik düzeylerini saptayarak gerekli planlamaları yapabilmek adına hemşirelerin, hemşirelik süreci kapsamında daha sık sağlığı geliştirici hemşirelik tanıları ve girişimlerini ele almaları,
- Çalışmamızda kronik hastalıklara uyumun öz etkililik düzeyini etkilediği saptandığından, hemşirelerin, fizyolojik uyumu arttırmak için hemşirelik süreci kapsamında hasta bireyleri kendi bakım uygulamalarına daha fazla dahil etmeleri,
- Çalışmamızda bireylerin kullandığı ilaç sayısı arttıkça davranışsal öz etkililiklerinin azaldığı tespit edildiğinden, hekimler ve hasta bireyler ile iş birliği içerisinde ilaç düzenlemeleri ve düzenli takiplerin yapılması,
- Çalışmamızda psikolojik uyumun öz etkililiği etkilemesinden ötürü hasta bireylerin hastalık sürecince sosyal desteklerinin artırılması önerilmektedir.

Araştırmacılar için;

- Bireylerin kronik hastalıklara uyum düzeyleri yaşanılan yere göre değişiklik gösterdiğinden farklı bölgeler ve yerleşim alanlarında yaşayan bireylerin dahil edildiği çok merkezli çalışmaların yapılması,
- Bireylerin kronik hastalığa uyum, öz etkililik ve etkileyen faktörleri inceleyen nitel çalışmaların yapılması,
- Çalışmamızda yer alan kronik hastalık gruplarında bireylerin sahip olduğu hastalığa göre uyum ve öz etkililik düzeyleri değişiklik gösterdiğinden, diyabetes mellitus, hipertansiyon ve kalp hastalıkları gibi hastalık tanısı olan bireylerde uyum ve öz etkililiği değerlendiren çalışmaların yapılması önerilmektedir.





7. KAYNAKLAR

- Abebe, F., Schneider, M., Asrat, B., & Ambaw, F. (2020). Multimorbidity of chronic non-communicable diseases in low-and middle-income countries: a scoping review. *Journal of Comorbidity*, 10. <https://doi.org/10.1177/2235042X20961919>
- Academy of medical sciences (Royaume uni). (2018). Multimorbidity: a priority for global health research. *Academy of Medical Sciences*. <https://acmedsci.ac.uk/file-download/82222577>
- Acar, G. (2021). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde öz-etkililik ve ilaç kullanmaya ilişkin sağlık inançlarının psikososyal uyum üzerine etkisi (Tez No: 685532) [Yüksek lisans tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Agustiyowati, R. T. H., Sitorus, R., Waluyo, A., & Besral, B. (2018). The effectiveness of roy's adaptation model for patients with chronic kidney disease undergoing pre-dialysis in Indonesia. *Jurnal Ners*, 13 (2), 150-155. <http://dx.doi.org/10.20473/jn.v13i2.7836>
- Akan, D. D., Çaydam, Ö. D., & Pakyüz, S. Ç. (2020). Hipertansiyon tanısı olan hastalarda bilgi düzeyi ve ilaç tedavisine uyumunun değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(2), 241-249. <https://doi.org/10.17049/ataunihem.527473>
- Akbari, A., Shamsaei, F., Sadeghian, E., Mazdeh, M., & Tapak, L. (2022). Effect of progressive muscle relaxation technique on self-esteem and self-efficacy in multiple sclerosis patients: A clinical trial study. *Journal of Education and Health Promotion*, 11(8), 1-10. http://dx.doi.org/10.4103/jehp.jehp_272_21
- Akdoğan, E., & Kaya, E. (2022). Kronik hastalığa sahip olan bireylere bakım veren hasta yakınlarının hastalık süreci yönetimine ilişkin davranışlarının incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(2), 373-388. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2099673>
- Akpınar, N. B., & Ceran, M. A. (2019). Kronik hastalıklar ve rehabilitasyon hemşireliği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 140-152. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/642339>
- Akyirem, S., Forbes, A., Wad, J. L., & Due-Christensen, M. (2022). Psychosocial interventions for adults with newly diagnosed chronic disease: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 27(7), 1753-1782. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1359105321995916>
- Alcan, A. O., Korkmaz, F. D., & Çakmakçı, H. (2017). Koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 25(1), 45-51. <http://dx.doi.org/doi:10.5606/tgkdc.dergisi.2017.13336>
- Alimohammadi, N., Maleki, B., Abbasi, S., Shakerian, B., & Hemati, Z. (2018). The effect of adaptation training on controlling maladaptation behaviors in adolescents with asthma based on roy adaptation model. *Tanaffos*, 17(2), 103. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6320562/pdf/Tanaffos-17-103.pdf>
- Allam, M. M., El-Zawawy, H. T., Ismail, I. I., & Ghazy, R. M. (2020). Cross-cultural reliability of an arabic version of the self-efficacy for managing chronic disease 6-item scale in arab patients with diabetes mellitus. *Primary Care Diabetes*, 14(4), 305-310. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2019.11.001>
- Almeida, J. A. B., Florêncio, R. B., Lemos, D. A., Leite, J. C., Monteiro, K. S., & et al. (2022). Self-efficacy instruments for individuals with coronary artery disease: a systematic review protocol. *British Medical Journal Open*, 12(7), e062794. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062794>
- Amer, F. A., Mohamed, M. S., Elbur, A. I., Abdelaziz, S. I., & Elrayah, Z. A. (2018). Influence of self-efficacy management on adherence to self-care activities and treatment outcome among diabetes mellitus type 2. *Pharmacy Practice (Granada)*, 16(4). <https://dx.doi.org/10.18549/pharmpract.2018.04.1274>
- Aramrat, C., Choksomngam, Y., Jiraporncharoen, W., Wiwatkunupakarn, N., Pinyopornpanish, K., et al. (2022). Advancing multimorbidity management in primary care: a narrative review. *Primary Health Care Research & Development*, 23, e36. <https://doi.org/10.1017/S1463423622000238>

- Aslan, H., Çetkin, T., & Demir, R. (2021). Effects of chronic illness adaptation on the healthy lifestyle behaviours of patients in internal services. *Cukurova Medical Journal*, 46(3), 1140-1149. <https://doi.org/10.17826/cumj.913997>
- Aydemir, T., & Çetin, Ş. (2019). Kronik hastalıklar ve psikososyal bakım. *Journal of Anatolian Medical Research*, 4(3), 109-115. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/867753>
- Aydın, T. (2017). İzmir ilinde multimorbidite oluşturan hastalıklar ve bunların görülme sıklığı (Tez No:482913) [Uzmanlık tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Bähler, C., Huber, C. A., Brügger, B., & Reich, O. (2015). Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: a claims data based observational study. *BioMed Central Health Services Research*, 15, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0698-2>
- Bakan, G., & Inci, F. H. (2020). Predictor of self-efficacy in individuals with chronic disease: Stress-coping strategies. *Journal of Clinical Nursing*, 30(5-6), 874-881. <https://doi.org/10.1111/jocn.15633>
- Bakır, G. G., & Zengin, N. (2023). Diyabetli bireylerde kronik hastalık öz yönetimi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 5(1), 9-17. <https://doi.org/10.33308/2687248X.202351289>
- Bakır, G. K., & Akın, S. (2019). Yaşlılıkta kronik hastalıkların yönetimi ile ilişkili faktörler. *Sağlık ve Toplum*, 29(2), 17-25. <http://openaccess.maltepe.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12415/7860/3-Yaşlılıkta-Kronik-Hastalıkların-Yönetimi-İle-İlişkili-Faktörler.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Asian Journal of Social Psychology*, 2(1), 21-41. <https://doi.org/10.1111/1467-839X.00024>
- Barham, A., Ibraheem, R., & Zyoud, S. E. H. (2019). Cardiac self-efficacy and quality of life in patients with coronary heart disease: a cross-sectional study from Palestine. *BioMed Central Cardiovascular Disorders*, 19(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12872-019-01281-7>
- Bilgiç, Ş., & Pehlivan, E. (2023). Kronik hastalığa sahip bireylerin hastalığa uyumunun yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 63-76. <https://doi.org/10.47115/jshs.1088222>
- Bozbay, D. S., Yıldırım, A. B., & Dönmez, L. (2019). Bir tıp fakültesi hastanesi kardiyoloji kliniği'nde yatan hastaların kronik hastalık uyumu ve ilgili bazı değişkenlerin incelenmesi. In 3. International 21. National Public Health Congress. <https://2019.uhsk.org/ocs236/index.php/UHsk21/UHsk/paper/view/222>
- Brides, V., Rapadas, J. A. M., Sabella, W. R., Sanchez, A., ThelShorette, J. M., et al. (2012). Compliance of treatment management among diabetes patients. *Advancing Nursing Research*, 4(1), 143-167. <https://www.asianscientificjournals.com/new/publication/index.php/anrj/article/view/204>
- Bulut, S., Kafadar, D., Yakupoğlu, E., & Okuyan, E. (2020). Koroner arter hastalığı tanılı hastalarda tedaviye uyumun polifarmasi ve multimorbidite ile ilişkisinin değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 20(4), 777-789. <https://doi.org/10.5505/amj.2020.67044>
- Candan, Ç. (2021). Kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım yönetimi ile bakım veren aile üyelerinin bakım yükü arasındaki ilişki (Tez No: 664819) [Yüksek lisans tezi, Pamukkale Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022, July 21). <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>
- Ceyhan, Y. Ş., & Ünsal, A. (2018). Farklı kronik hastalığı olan bireylerin öz-etkililik düzeylerinin karşılaştırılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(4), 263-273. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/752433>
- Chan, S. W. C. (2021). Chronic disease management, self-efficacy and quality of life. *Journal of Nursing Research*, 29(1), e129. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000422>
- Chan, Y. Y., Teh, C. H., Lim, K. K., Lim, K. H., Yeo, P. S., et al. (2015). Lifestyle, chronic diseases and self-rated health among Malaysian adults: results from the 2011 National Health and Morbidity Survey (NHMS). *BioMed Central Public Health*, 15, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2080-z>
- Chang, A. K., & Lee, E. J. (2015). Factors affecting self-care in elderly patients with hypertension in Korea. *International Journal of Nursing Practice*, 21(5), 584-591. <https://doi.org/10.1111/ijn.12271>

- Chang, A. Y., Gómez-Olivé, F. X., Payne, C., Rohr, J. K., Manne-Goehler, J., et al. (2019). Chronic multimorbidity among older adults in rural South Africa. *British Medical Journal Global Health*, 4(4), e001386. <https://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001386>
- Chen, J., Tian, Y., Yin, M., Lin, W., Tuersun, Y., et al. (2023). Relationship between self-efficacy and adherence to self-management and medication among patients with chronic diseases in China: A multicentre cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*, 164, 111105. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.111105>
- Çalıklıuşu, H. R., Usluer, İ. N., & Tanrıverdi, M. (2023). Kronik hastalıklarda koruyucu rehabilitasyon yaklaşımları ve fiziksel aktivite. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*, 28(2), 225-234. <https://doi.org/10.21673/anadoluklin.1233191>
- Çınar, S. (2009). Hemodiyaliz Hastalarında psikososyal uyum ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 6(1-2), 22-28. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/423049>
- Daniali, S. S., Darani, F. M., Eslami, A. A., & Mazaheri, M. (2017). Relationship between self-efficacy and physical activity, medication adherence in chronic disease patients. *Advanced Biomedical Research*, 6, 1-7. <https://doi.org/10.4103/2277-9175.190997>
- Değirmenci, G. A. (2019). Kronik hastalığa uyum değerlendirme ölçeği geliştirme ve uygulama (Tez No: 538750) [Doktora tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Delpino, F. M., de Lima, A. P. M., da Silva, B. G. C., Nunes, B. P., Caputo, E. L., et al. (2022). Physical activity and multimorbidity among community-dwelling older adults: A systematic review with meta-analysis. *American Journal of Health Promotion*, 36(8), 1371-1385. <https://doi.org/10.1177/08901171221104458>
- Demirbaş, N., & Kutlu, R. (2020). Çoklu ilaç kullanan yetişkin bireylerin tedaviye uyumu ve öz-etkililik düzeyleri. *Ankara Medical Journal*, 20(2), 269-280. <https://doi.org/10.5505/amj.2020.16362>
- Demirkol, M. E., & Tamam, L. (2016). Psikiyatrik bozukluklarda tedavi uyumu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(1), 85-93. <https://doi.org/10.18863/pgy.49806>
- Du, X., Wang, D., Du, H., Zou, Q., & Jin, Y. (2021). The correlation between intimate relationship, self-disclosure, and adaptability among colorectal cancer enterostomy patients. *Medicine*, 100(19). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000025904>
- Duran, Ş. B., & Keser, Ö. Ü. İ. (2021). Kronik Hastalıkların Tedavi ve Bakımında Umut Terapisinin Kullanımı. *Journal of Social Research and Behavioral Sciences*, 7(13). <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=1016997>
- Ebrahimi Belil, F., Alhani, F., Ebadi, A., & Kazemnejad, A. (2018). Self-efficacy of people with chronic conditions: A qualitative directed content analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 7(11), 411. <https://doi.org/10.3390/jcm7110411>
- Ebrahimoghli, R., Janati, A., Sadeghi-Bazargani, H., Hamishehkar, H., Ghaffari, S., et al. (2020). Epidemiology of multimorbidity in Iran: An investigation of a large pharmacy claims database. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 29(1), 39-47. <https://doi.org/10.1002/pds.4925>
- Eisele, M., Harder, M., Rakebrandt, A., Boczor, S., Marx, G., et al. (2020). Association of depression and anxiety with adherence in primary care patients with heart failure—cross-sectional results of the observational RECODE-HF cohort study. *Family Practice*, 37(5), 695-702. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmaa042>
- Erbaş, E. N. (2021). Covid-19 pandemi sürecinde kronik hastalığı bulunan erişkinlerin sağlık anksiyetesi ile kronik hastalıklara uyum durumlarının ilişkisi (Tez No: 688691) [Uzmanlık tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Eslami, A., Daniali, S. S., Mohammadi, K., Reisi-Dehkordi, N., & Mostafavi-Darani, F. (2017). Cultural adaptation and psychometric properties of the persian version of self-efficacy in chronic disease patients. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22(1), 57. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.202065>
- Fan, X., & Lv, F. (2016). Psychosocial factors associated with self-efficacy for managing chronic disease in patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(4), 255-261. <https://doi.org/10.1177/1474515114566157>

- Farley, H. (2020). Promoting self-efficacy in patients with chronic disease beyond traditional education: A literature review. *Nursing Open*, 7(1), 30-41. <https://doi.org/10.1002/nop2.382>
- Feng, X., Tan, X., Riley, B., Zheng, T., Bias, T., & Sambamoorthi, U. (2018). Polypharmacy and multimorbidity among Medicaid enrollees: a multistate analysis. *Population Health Management*, 21(2), 123-129. <https://doi.org/10.1089/pop.2017.0065>
- Global Burden Disease (2015). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 388, 1659–724. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31679-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31679-8)
- Global Burden of Disease (2019). Global Burden of Disease Collaborative Network, Global Burden of Disease Study 2019. Results (2020, Institute for Health Metrics and Evaluation – IHME) <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
- Graff, L. A., Sexton, K. A., Walker, J. R., Clara, I., Targownik, L. E., & Bernstein, C. N. (2016). Validating a measure of patient self-efficacy in disease self-management using a population-based IBD cohort: The IBD self-efficacy scale. *Inflammatory bowel diseases*, 22(9), 2165-2172.a <https://doi.org/10.1097/MIB.0000000000000856>
- Gravetter, F. J., & Wallnau, L. B. (2014). Statistics for the behavioral sciences. Cengage Learning. <https://vulms.vu.edu.pk/Courses/PSY516>
- Gruber-Baldini, A. L., Velozo, C., Romero, S., & Shulman, L. M. (2017). Validation of the PROMIS® measures of self-efficacy for managing chronic conditions. *Quality of Life Research*, 26, 1915-1924. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1527-3>
- Güdük, Ö., Namoğlu, S. S., & Tekin, B. N. (2022). Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yakınlarının bakım yükü, stres ve algıladığı sosyal destek ilişkisi: Kesitsel bir çalışma. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 544-53. <https://doi.org/10.5336/healthsci.2021-85223>
- Gürdoğan, M., & Gürdoğan, E. P. (2019). Hipertansiyon hastalarında tedaviye uyum ve ilişkili faktörler. *Medical Network Kardiyoloji*, 26(3), 147-153. https://www.researchgate.net/profile/Eylem-Guerdogan/publication/354611592_pdf
- Hargraves, I. G., & Montori, V. M. (2019). Aligning care with patient values and priorities. *JAMA Internal Medicine*, 179(12), 1697-1698. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.4230>
- Hladek, M. D., Gill, J., Bandeen-Roche, K., Walston, J., Allen, J., et al. (2020). High coping self-efficacy associated with lower odds of pre-frailty/frailty in older adults with chronic disease. *Aging & Mental Health*, 24(12), 1956-1962. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1639136>
- Hosseini, A., Jackson, A. C., Chegini, N., Dehghan, M. F., Mazloun, D., Haghani, S., & Bahramnezhad, F. (2022). The effect of an educational app on hemodialysis patients' self-efficacy and self-care: A quasi-experimental longitudinal study. *Chronic Illness*, 17423953211073365. <https://doi.org/10.1177/17423953211073365>
- Hsieh, P. L., Yang, F. C., Hu, Y. F., Chiu, Y. W., Chao, S. Y., et al. (2020). Continuity of care and the quality of life among patients with Type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study in Taiwan. *In Healthcare*, 8(4), 486. <https://doi.org/10.3390/healthcare8040486>
- Istek, N., & Karakurt, P. (2016). Effect of activities of daily living on self-care agency in individuals with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes Mellitus*, 6(04), 247. <http://dx.doi.org/10.4236/jdm.2016.64026>
- İncirkuş, K., & Nahcivan, N. (2020). Validity and reliability study of the Turkish version of the self-efficacy for managing chronic disease 6-item scale. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 50(5), 1254-1261. <https://doi.org/10.3906/sag-1910-13>
- İnel, A. M., Atik, D., & Çarpar, A. (2021). Diyabeti olan yetişkinlerin koşulsuz kendini kabul ve kronik hastalığa uyumlarının değerlendirilmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 4(2), 153-162. <https://doi.org/10.38108/ouhcd.889699>
- Jiao, C., Leng, A., Nicholas, S., Maitland, E., Wang, J., et al. (2020). Multimorbidity and mental health: the role of gender among disease-causing poverty, rural, aged households in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 8855. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238855>

- Jin, Y., Ma, H., & Jiménez-Herrera, M. (2020). Self-disgust and stigma both mediate the relationship between stoma acceptance and stoma care self-efficacy. *Journal of advanced nursing*, 76(10), 2547-2558. <https://doi.org/10.1111/jan.14457>
- Kankaya, H., Özer, S., Korkmaz, M., Karabulut, Ö., & Kurt, E. (2017). Yaşlı hipertansif hastalarda ilaç tedavisine uyum öz-etkililiği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 1-10. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/391724>
- Kara, D., & Yılmaz, E. (2020). Açık kalp cerrahisi yapılan hastalarda öz yeterliliğin ilaç uyumu ve yaşam kalitesine etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 34(1), 55-62. <https://www.researchgate.net/profile/Emel-Yilmaz6/publication/340136399>
- Karatepe, H. K., & Atik, D. (2021). Stress and adaptation to the illness of women with cardiovascular system illness in covid-19 pandemia. *Acta Medica Mediterranea*, 1309-1316. <https://www.actamedicamediterranea.com/archive/2021/medica-3>
- Karaytuğ, M. O., Tamam, L., Demirkol, M. E., & Namlı, Z. (2022). Bipolar bozukluk tanılı hastalarda tedaviye uyum ve ilişkili faktörler. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 31(1), 21-27. <https://doi.org/10.17827/aktd.1055451>
- Kasar, K. S., & Erzincanlı, S. (2021). Kalp yetersizliği olan hastalarda ilaç uyumunun değerlendirilmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 12(28), 94-99. <https://doi.org/10.5543/khd.2021.28247>
- Kavuran, E., & Camcı, G. B. (2022). Tip 2 diyabetli hastaların Roy Adaptasyon Modeli'ne göre hastalığa uyumlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi: Tanımlayıcı çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 14(2), 454-463. <https://doi.org/10.5336/nurses.2021-83249>
- Kaymaz, T. T., & Akdemir, N. (2016). Diyabetli bireylerde hastalığa psikososyal uyum. *Journal of Psychiatric Nursing*, 7(2), 61-67. https://jag.journalagent.com/phd/pdfs/PHD_7_2_61_67.pdf
- Kaynak, G. K. (2022). Kronik hastalıklarda öz yeterlilik algısı: Türkiye'de gerçekleştirilen çalışmalar üzerine bir derleme. *Oltu Beşeri ve Sosyal Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(2), 79-86. <https://doi.org/10.5152/OJFHSS.2022.22714>
- Kernick, D., Chew-Graham, C. A., & O'Flynn, N. (2017). Clinical assessment and management of multimorbidity: NICE guideline. *British Journal of General Practice*, 67(658), 235-236. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X690857>
- Khairy, S., Aslan, A., Samara, A. M., Mousa, I., Alkaiyat, A. S., et al. (2021). Factors associated with self-efficacy in patients with hypertension: a cross-sectional study from Palestine. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 40(1), 2-10. <https://doi.org/10.1186/s41043-021-00225-2>
- Kılıçaslan, A. K., Yıldız, S., Emir, B. S., & Kurt, O. (2022). Adli psikiyatri servisinde tedavi gören hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 85(3), 378-387. <https://doi.org/10.26650/IUITFD.1052535>
- Kızılcı, S., Mert, H., Küçükgülü, Ö., & Yardımcı, T. (2015). Hemşirelik fakültesi öğrencilerinin öz etkililik düzeyinin cinsiyet açısından incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(2), 95-100. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/753241>
- Koch, G., Wakefield, B. J., & Wakefield, D. S. (2015). Barriers and facilitators to managing multiple chronic conditions: a systematic literature review. *Western Journal of Nursing Research*, 37(4), 498-516. <https://doi.org/10.1177/0193945914549058>
- Koşar, C., & Besen, D. B. (2015). Kronik hastalıklarda hasta aktifliği: Kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(1), 45-51. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/753266>
- Köse, A. (2021). Türkiye'de kronik hastalıklar ve multimorbidite sıklığındaki değişim (Tez No: 733410) [Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Le Reste, J. Y., Nabbe, P., Rivet, C., Lygidakis, C., Doerr, C., et al. (2015). The European general practice research network presents the translations of its comprehensive definition of multimorbidity in family medicine in ten European languages. *PLoS One*, 10(1), e0115796. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115796>
- Lorig, K. R., Sobel, D. S., Ritter, P. L., Laurent, D., & Hobbs, M. (2001). Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Effective Clinical Practice*, 4(6), 256-262. <https://www.researchgate.net/publication/11589140>

- Lovino, P. (2022). The role of self-efficacy in the self-care of patients with chronic conditions (Doctoral dissertation, Australian Catholic University). https://acuresearchbank.acu.edu.au/download/ffc815891a0d739d42d0e2192d1a319a4ce188477d60c8c1d19c9a13cef68799/4008400/lovino_2022_The_role_of_self_efficacy_in.pdf
- Makovski, T. T., Schmitz, S., Zeegers, M. P., Stranges, S., & van den Akker, M. (2019). Multimorbidity and quality of life: Systematic literature review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 53, 100903. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.04.005>
- Mansouri, A., Baraz, S., Elahi, N., Malehi, A. S., & Saberipour, B. (2019). The effect of an educational program based on Roy's adaptation model on the quality of life of patients suffering from heart failure: A clinical trial study. *Japan Journal of Nursing Science*, 16(4), 459-467. <https://doi.org/10.1111/jjns.12255>
- Marconcin, P., Tomé, G., Carnide, F., Yázig, F., Campos, P., et al. (2021). Translation, cultural adaptation and validation of the self-efficacy to manage chronic disease 6-item scale for european Portuguese. *Acta Reumatologica Portuguesa*, 46(1), 15-22. <https://doi.org/10.1038/npjpcrm.2016.87>
- Mason, B., Nanton, V., Epiphaniou, E., Murray, S. A., Donaldson, A., et al. (2016). 'My body's falling apart.' Understanding the experiences of patients with advanced multimorbidity to improve care: serial interviews with patients and carers. *British Medical Journal Supportive & Palliative Care*, 6(1), 60-65. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2013-000639>
- Mert, K., Kadioğlu, H., & Aksayan, S. (2018). Öz Etkililik Yeterlik Ölçeği-Çocuk Formu'nun geçerlik ve güvenilirliği. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 7(3), 135-139. http://jag.journalagent.com/kocaelitip/pdfs/KTD-69672-ORIGINAL_ARTICLE-MERT.pdf
- Mohamed, S. S., Salem, G. M., & Mohamed, H. A. (2017). Effect of self-care management program on self-efficacy among patients with colostomy. *Am J Nurs Res*, 5(5), 191-199. <http://dx.doi.org/10.12691/ajnr-5-5-5>
- Moise, N., Khodneva, Y., Jannat-Khah, D. P., Richman, J., Davidson, K. W., et al. (2018). Observational study of the differential impact of time-varying depressive symptoms on all-cause and cause-specific mortality by health status in community-dwelling adults: the regards study. *British Medical Journal Open*, 8(1), e017385. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017385>
- Mokraoui, N. M., Haggerty, J., Almirall, J., & Fortin, M. (2016). Prevalence of self-reported multimorbidity in the general population and in primary care practices: a cross-sectional study. *BioMed Central Research Notes*, 9(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s13104-016-2121-4>
- Muth, C., Blom, J. W., Smith, S. M., Johnell, K., Gonzalez-Gonzalez, A. I., et al. (2019). Evidence supporting the best clinical management of patients with multimorbidity and polypharmacy: a systematic guideline review and expert consensus. *Journal of Internal Medicine*, 285(3), 272-288. <https://doi.org/10.1111/joim.12842>
- Nasiriziba, F., Saati, M., & Haghani, H. (2020). Correlation between self-efficacy and self-esteem in patients with an intestinal stoma. *British Journal of Nursing*, 29(16), 22-29. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.16.S22>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Guideline. Multimorbidity: clinical assessment and management. 21 September 2016. www.nice.org.uk/guidance/ng56
- Newman, D., Levine, E., Kishore, S. P. (2019). Prevalence of multiple chronic conditions in New York State, 2011-2016. *PLoS One*, 14(2), e0211965. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211965>
- Nguyen, H., Manolova, G., Daskalopoulou, C., Vitoratou, S., Prince, M., et al. (2019). Prevalence of multimorbidity in community settings: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of Comorbidity*, 9. <https://doi.org/10.1177/2235042X19870934>
- Ok, E., & Sayılan, S. (2022). Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde depresyon ve tedavi uyumu. *Gümüüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 610-616. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.975649>
- Oktar, D., Çam, C., Zencirci, S. A., Aygar, H., Dağtekin, G., et al. (2021). Aile sağlığı merkezlerine başvuran kişilerde kronik hastalık, multimorbidite ve yaşam kalitesi ilişkisinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Public Health*, 19(2), 116-128. <https://doi.org/10.20518/tjph.765900>
- Okur, E., & Nural, N. (2022). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bir hastanın hastalığa uyumu ve hemşirelik girişimleri: Olgu sunumu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 31(4), 314-320. <https://doi.org/10.17942/sted.1041259>
- Oral, B., Gün, İ., & Çetinkaya, F. (2020). Evaluation of health-related life quality of patients with chronic hepatitis admitted to a medical faculty hospital. *Viral Hepatit Dergisi*, 26(3), 151. <https://doi.org/10.4274/vhd.galenos.2020.2020.0011>

- Özdelikara, A., Taştan, A., & Atasayar, B. Ş. (2020). Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ve uyumun değerlendirilmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 42-49. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1170436>
- Özdemir, Ü., & Taşçı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/66941>
- Pati, S., Swain, S., Hussain, M. A., Van Den Akker, M., Metsemakers, J., et al. (2015). Prevalence and outcomes of multimorbidity in South Asia: a systematic review. *British Medical Journal Open*, 5(10), e007235. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007235>
- Peters, M., Potter, C. M., Kelly, L., & Fitzpatrick, R. (2019). Self-efficacy and health-related quality of life: a cross-sectional study of primary care patients with multi-morbidity." *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(37), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1103-3>
- Peyman, N., Shahedi, F., Abdollahi, M., Doosti, H., & Zadehahmad, Z. (2020). Impact of self-efficacy strategies education on self-care behaviors among heart failure patients. *The Journal of Tehran University Heart Center*, 15(1), 6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7360864/pdf/JTHC-15-6.pdf>
- Picco, L., Achilla, E., Abdin, E., Chong, S. A., Vaingankar, J. A., et al. (2016). Economic burden of multimorbidity among older adults: impact on healthcare and societal costs. *BioMed Central Health Services Research*, 16, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1421-7>
- Prathapan, S., Fernando, G. V. M. C., Matthias, A. T., Bentota M.A.C.Y., Abeygunawardhana, H. M. G., & Somathilake, B. G. G. K. (2020). The rising complexity and burden of multimorbidity in a middle-income country. *PLoS One*, 15(12), e0243614. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243614>
- Puth, M. T., Weckbecker, K., Schmid, M., & Münster, E. (2017). Prevalence of multimorbidity in Germany: impact of age and educational level in a cross-sectional study on 19,294 adults. *BioMed Central Public Health*, 17(1), 826. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4833-3>
- Ramos, L. R., Tavares, N. U. L., Bertoldi, A. D., Farias, M. R., Oliveira, M. A., et al. (2016). Polypharmacy and Polymorbidity in Older Adults in Brazil: a public health challenge. *Revista de Saude Publica*, 50. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006145>
- Riaz, S., Haq, N., Ahmed, F., Nasim, A., Tahir, M., et al. (2017). Reliability and validity of Urdu version of the self-efficacy for managing chronic disease 6-item scale for patients with hypertension in Quetta, Pakistan. *Asian Journal of Research in Medical and Pharmaceutical Sciences*, 2(1), 1-8. <https://www.researchgate.net/publication/320809055>
- Rostagni, O. M., & Stutts, L. A. (2022). Gratitude, self-efficacy, and health-related quality of life in individuals with Parkinson's Disease. *Psychology, Health & Medicine*, 1-7.y <https://doi.org/10.1080/13548506.2022.2058032>
- Ruiz-Roso, M. B., de Carvalho Padilha, P., Mantilla-Escalante, D. C., Ulloa, N., Brun, P. et al. (2020). Covid-19 confinement and changes of adolescent's dietary trends in Italy, Spain, Chile, Colombia and Brazil. *Nutrients*, 12(6), 1807. <https://doi.org/10.3390/nu12061807>
- Sadler, E., Wolfe, C. D., Jones, F., & McKeivitt, C. (2017). Exploring stroke survivors' and physiotherapists' views of self-management after stroke: a qualitative study in the UK. *British Medical Journal Open*, 7(3), e011631. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011631>
- Sağlık Bakanlığı. (2017). Türkiye bulaşıcı olmayan hastalıklar çok paydaşlı eylem planı 2017-2025. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/346695/BOH_TR.pdf
- Sağlık Bakanlığı. (2021). Türkiye bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri kohort çalışması. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/kalpvedamar/raporlar_ist/v9s_NCD.kohort_27.10.2021.pdf
- Sakarya, S. (2019). Kronik hastalıklar bağlamında birinci basamakta multimorbiditenin epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri*, 6-11. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-kronik-hastaliklar-baglaminda-birinci-basamakta-multimorbiditenin-epidemiyolojisi-86584.html>
- Sarhan, S. A., Kamal, D. E., Hamed, M. S., & Mostafa, D. I. (2022). Validity and reliability of the Arabic version of the Self-Efficacy for Managing Chronic Disease scale in rheumatoid arthritis patients." *Clinical Rheumatology*, 41(10), 2967-2975. <https://doi.org/10.1007/s10067-022-06183-2>

- Seo, H. W. (2019). Effects of the frequency of ostomy management reinforcement education on self-care knowledge, self-efficacy, and ability of stoma appliance change among Korean hospitalised ostomates. *International Wound Journal*, 16, 21-28. <https://doi.org/10.1111/iwj.13047>
- Shahed, S., Vanaki, Z., & Tahmasebi, M. (2016). Effect of an educational-supportive program based on Roy adaptation model on marital satisfaction in mastectomy patients receiving chemotherapy. *Evidence Based Care*, 6(1), 71-78. <https://doi.org/10.22038/EBCJ.2016.6744>
- Shakya, D. (2018). Self-efficacy among patients with chronic diseases and its associated factors. *Journal of Kathmandu Medical College*, 7(3), 82-88. <https://doi.org/10.3126/jkmc.v7i3.22675>
- Skou, S. T., Mair, F. S., Fortin, M., Guthrie, B., Nunes, B. P., et al. (2022). Multimorbidity (Primer). *Nature Reviews Disease Primers*, 8(1), 48. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00376-4>
- Stock, S., Altin, S., Nawabi, F., Civello, D., Shukri, A., et al. (2021). A cross-sectional analysis of health literacy: patient-versus family doctor-reported and associations with self-efficacy and chronic disease. *BioMed Central Family Practice*, 22, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01527-4>
- Şahin, F., & Çakmak, M. (2022). Birinci basamak sağlık hizmet sunumunda algılanan sosyal destek ile psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkinin araştırılması. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 26(3), 95-101. <https://doi.org/10.54308/tahd.2022.83803>
- Şendur, E. G., & Çağlar, S. (2023). Kronik hastalıklarda sağlık okuryazarlığı ve tedaviye uyum. *Sağlık & Bilim 2023: Hemşirelik-I*, 87. https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=4ti3EAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA87&dq=kronik+hastalık+yönetimi+engelleri&ots=S7mfsCEtao&sig=1ZAX_GHuod-RzLT-lqGfSAmZnw&redir_esc=y#v=onepage&q=kronik%20hastalık%20yönetimi%20engelleri&f=false
- Şentürk, S. G. (2021). Kronik hastalıkların yönetiminde öz yönetim stratejilerinin önemi ve hemşirenin rolü. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 9-13. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1476455>
- Şişman, F. N., & Kutlu, Y. (2016). Yaşlılarda Uyum Güçlüğüne Değerlendirme Ölçeği'nin (YUGDÖ) geliştirilmesi ve psikometrik özellikleri. *Journal of Psychiatric Nursing*, 7(1), 25-33. <https://doi.org/10.5505/phd.2016.82905>
- Takcı, M. A., & Yıldırım, G. (2021). Diyabet hastalarına sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin sağlık inancına, öz etkililik algısına ve karar verme düzeyine etkisi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 11(1), 73-82. <https://doi.org/10.31020/mutftd.752988>
- Topçu, S., & Oğuz, S. (2017). Self-efficacy and quality of life after stroke İnme sonrası öz etkililik ve yaşam kalitesi. *Journal of Human Sciences*, 14(2), 1388-1396. <http://dx.doi.org/10.14687/jhs.v14i2.4503>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (24 Haziran 2020). Tük Ölüm İstatistikleri <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (06 Temmuz 2022). Dünya nüfus günü raporu. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dunya-Nufus-Gunu-2022-45552>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (08.12.2021). Sağlık Harcamaları İstatistikleri <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2020-37192>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (26 Nisan 2019). Tük Ölüm İstatistikleri <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626>
- UK, N. G. C. (2016). Multimorbidity: assessment, prioritisation and management of care for people with commonly occurring multimorbidity. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK385543/pdf/Bookshelf_NBK385543.pdf
- Van Wilder, L., Rammant, E., Clays, E., Devleeschauwer, B., Pauwels, N., & De Smedt, D. (2019). A comprehensive catalogue of EQ-5D scores in chronic disease: results of a systematic review. *Quality of Life Research*, 28, 3153-3161. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02300-y>
- Vancampfort, D., Koyanagi, A., Ward, P. B., Rosenbaum, S., Schuch, F. B., et al. (2017). Chronic physical conditions, multimorbidity and physical activity across 46 low-and middle-income countries. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0463-5>

- Vicdan, A. K., & Birgili, F. (2018). The validity and reliability study for developing an assessment scale for adaptation to chronic diseases. *Journal of Current on Health Sector*, 8(2), 135-144. <https://doi.org/10.26579/jocrehes.8.2.13>
- Vicdan, A. K., & Karabacak, B. G. (2016). Effect of treatment education based on the Roy adaptation model on adjustment of hemodialysis patients. *Clinical Nurse Specialist*, 30(4), 1-13. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000215>
- Violán, C., Foguet-Boreu, Q., Fernández-Bertolín, S., Guisado-Clavero, M., Cabrera-Bean, M., et al. (2019). Soft clustering using real-world data for the identification of multimorbidity patterns in an elderly population: cross-sectional study in a Mediterranean population. *British Medical Journal Open*, 9(8), e029594. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029594>
- World Health Organization (2020). Noncommunicable disease Surveillance, Monitoring and reporting. <http://www.who.int/ncds/surveillance/ncd-capacity/en/>
- World Health Organization (WHO). (2022, September 16). Weekly epidemiological record Relevé épidémiologique hebdomadaire, 2011. <https://www.who.int/wer/2011/wer8636/en/>
- World Health Organization. (2016). World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs sustainable development Goals. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206498>
- World Health Organization. (2018). Noncommunicable diseases country profiles 2018. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512>
- World Health Organization. (2019). Dünya Sağlık İstatistiklerine Genel Bakış 2019 : SDG'ler için Sağlık İzleme , Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri . Cenevre. <https://www.who.int>
- World Health Organization. (2022, September 16). Noncommunicable diseases, 2019. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- World Health Organization. (2022, September 16). Noncommunicable disease keys facts. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Yılmaz, C. K., & Kara, F. Ş. (2021). The effect of spiritual well-being on adaptation to chronic illness among people with chronic illnesses. *Perspect Psychiatr Care*, 57, 318-325. <https://doi.org/10.1111/ppc.12566>
- Yılmaz, E., Aslan, A., & Ergin, E. (2018). Kolonoskopi yapılacak hastalarda bağırsak temizliğine öz etkililik düzeylerinin etkisi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(4), 192-198. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/614494>
- Yılmazel, G., & Duman, N. B. (2018). Yaşlı kadınlarda polifarmasi ve komorbiditeler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27(2), 80-85. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/474366>
- Yuan, Y., Xu, H. W., Zhang, S., Wang, Y., Kitayama, A., et al. (2021). The mediating effect of self-efficacy on the relationship between family functioning and quality of life among elders with chronic diseases. *Nursing Open*, 8(6), 3566-3574. <https://doi.org/10.1002/nop2.906>
- Yüce, U., & Taşçı, S. (2020). Bakım verici stresi ve reiki enerji terapisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 12(1). <https://doi.org/10.5336/nurses.2019-71077>
- Zahmatkesh, Z., Peyman, N., Tehrani, H., & Esmaily, H. (2020). The Relationship between Postpartum Depression and Self-efficacy and Mental Health Literacy. *Journal of Health Literacy*, 5(1), 32-38. <https://doi.org/10.22038/JHL.2020.46110.1097>
- Zulman, D. M., Chee, C. P., Wagner, T. H., Yoon, J., Cohen, D. M., et al. (2015). Multimorbidity and healthcare utilisation among high-cost patients in the US Veterans Affairs Health Care System. *British Medical Journal Open*, 5(4), e007771. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-007771>



8. EKLER

EK 1 Hasta Bilgi Formu

1. Yaşınız.....

2. Cinsiyetiniz

Kadın Erkek

3. Medeni Durumunuz

Evli Bekar

4. Eğitim Durumunuz

İlköğretim Ortaöğretim Lise Üniversite ve üzeri

5. Yaşadığınız Yer

Köy Kasaba İl İlçe

6. Çalışma Durumunuz

Çalışıyor (İşinizi lütfen belirtiniz)..... Çalışmıyor

7. Gelir Durumunuz

İyi Orta Kötü

8. Çocuk sahibi olma durumunuz

Evet (Kaç tane lütfen belirtiniz)..... Hayır

9. Aile yapınız

Çekirdek aile Geniş aile

10. Mevcut hastalıklarınız:

Hastalık 1	
Hastalığınızın adı nedir?	
Ne kadar süredir hastalığınız var?	
Hastalık 2	
Hastalığınızın adı nedir?	
Ne kadar süredir hastalığınız var?	
Hastalık 3	
Hastalığınızın adı nedir?	
Ne kadar süredir hastalığınız var?	

11. İlaç kullanma durumunuz

Evet (Kaç tane ilaç kullanıyorsunuz? Lütfen belirtiniz)..... Hayır

12. İlaçları hangi yolla uyguluyorsunuz?

- Oral (Ağızdan)
- Subkutan (Karından, koldan)
- IV (Damar içine)
- IM (Kas içine enjeksiyon)
- Deriye uygulama (Krem şeklinde)
- İnhalasyon (Buhar şeklinde)
- Göze, burna, kulağa
- Diğer (Belirtiniz).....

EK 2 Kronik Hastalıklara Uyumu Değerlendirme Ölçeği (KHÜDÖ)

Bu ölçek, kronik hastalıklara (kalp, böbrek, şeker vb.), uyumu değerlendirmeye yönelik hazırlanmıştır. Ölçekte kronik hastalıklara uyum ile ilgili önermeler bulunmaktadır. Bu önermeleri yanıtlamanız için hazırlanmış ölçek aşağıdadır. Ölçekte; “Her zaman, Bazen, Hiçbir zaman” ifadeleri yer almaktadır. Önermelerde doğru ya da yanlış yoktur, size uygun olan yanıt işaretleyiniz.

Aşağıdaki önermeleri kronik hastalığınızı/hastalıklarınızı göz önüne alarak yanıtlayınız	Her zaman	Bazen	Hiçbir zaman
1. Hastalığımla ilgili kendi yapmam gereken takipleri (kan şekeri, tansiyon, kilo ölçümü vb.) düzenli olarak yapıyorum			
2. Hastalığımla ilgili tedavi için verilen ilaçlarımı düzenli kullanıyorum			
3. Önerilen beslenme düzenime/diyetime uyuyorum			
4. Hastalığımla ilgili sağlık kontrollerime düzenli olarak gidiyorum			
5. Hastalığım nedeniyle kendimi mutsuz hissediyorum			
6. Hastalığım nedeniyle kendimi diğer insanlardan eksik hissediyorum			
7. Bu hastalığın üstesinden gelebileceğimi düşünüyorum			
8. Hastalığıma rağmen şu anki sağlık durumumdan memnunum			
9. Hastalığım nedeniyle fiziksel görünümümün değişmesini normal karşılıyorum			
10. Keşke, hastalığımdan öncesine dönebilsem diyorum			
11. Hayata tutunmak için çabalıyorum			
12. Hastalığım nedeniyle kendimi yalnız hissediyorum			
13. Hastalığıma rağmen kendime yeni hedefler belirliyorum			
14. Aileme yük olduğumu düşünüyorum			
15. Hastalığım nedeniyle ailedeki rollerimi (anne, baba, eş) yerine getiremiyorum			
16. Hastalığıma rağmen evdeki iş bölümü eskisi gibi devam ediyor			
17. Hastalığım mesleğimi yapmamı engelliyor			
18. Hastalığım nedeniyle ekonomik zorluklar yaşıyorum			
19. Hastalığım nedeniyle insanlara ve çevreme faydalı olamamak beni üzüyor			
20. Hastalığımla ilgili sorunlarımı ailemle konuşup paylaşabiliyorum			
21. Hastalığımdan sonra eşimin/çocuklarımla/ebeveynlerim bana karşı ilgisi azaldı			
22. Ailem duygu ve düşüncelerime hâlâ önem veriyor			
23. Hastalığımdan sonra arkadaşlarım eskisi gibi beni aramıyor			
24. Hastalığımla ilgili çevremdeki insanlardan destek görüyorum			
25. Manevi uygulamalar yapmak (dua etmek, namaz kılmak, meditasyon, yoga vb.) beni rahatlatıyor			
26. Dini inançlarım hastalığımla daha iyi baş etmemi sağlıyor			
27. Ölümünden sonraki yaşama olan inancım beni rahatlatıyor			

EK 3 Kronik Hastalık Yönetimi İçin 6 Maddelik Öz-Etkililik Ölçeği

Bu ölçek, kronik hastalıkların (kalp, böbrek, şeker vb.), yönetiminde öz etkililiği değerlendirmeye yönelik hazırlanmıştır. Ölçekte; “Hiç emin değilim ve tamamen eminim” ifadelerini içeren 0 ile 10 arasında bir skala yer almaktadır. 10 tamamen eminim, 0 ise hiç emin değilim ifadesinin karşılığı olmaktadır. Önermede yer alan ifadelerden size uygun olduğunu düşündüğünüz ifadeye karşılık gelen sayıyı yuvarlak içerisinde alınız . Önermelerde doğru ya da yanlış yoktur, size uygun olan yanıtı işaretleyiniz.

1. Yorgunluğumun yapmak istediklerimi etkilemesini önleyebilirim.	Hiç emin değilim 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tamamen eminim
2. Fiziksel rahatsızlık ve ağrımın yapmak istediklerimi etkilemesini önleyebilirim.	Hiç emin değilim 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tamamen eminim
3. Duygusal sıkıntımın yapmak istediklerimi etkilemesini önleyebilirim.	Hiç emin değilim 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tamamen eminim
4. Sağlık problemleri ve diğer belirtilerimin yapmak istediklerimi etkilemesini önleyebilirim.	Hiç emin değilim 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tamamen eminim
5. Doktora daha az gitmek için, sağlığım ile ilgili çeşitli görev ve aktiviteleri yapabilirim.	Hiç emin değilim 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tamamen eminim
6. Hastalığının günlük yaşamıma olan etkilerini azaltmak için, ilaç almaktan başka şeyler de yapabilirim.	Hiç emin değilim 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tamamen eminim

EK 4 Etik Kurul İzni



T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı: 27

Toplantı Tarihi: 02.11.2022

Karar Sayısı:2022/302:(Başvuru ID:11731) N.E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Gülden BASİT'in "Çoklu Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalığa Uyumluluğu ile Hastalık Yönetimi Öz Etkinlikleri Arasındaki İlişki" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili başvurusu görüşüldü. Arş. Gör. Asude GÜNEY'in yüksek lisans tez çalışmasının N.E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Gülden BASİT'in sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacıya aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Gülden BASİT

Yardımcı Araştırmacılar: Arş. Gör. Asude GÜNEY

ASLI GİBİDİR

02.11.2022



Prof. Dr. Emine GEÇKİL
Etik Kurulu Başkanı

EK 5 Kurum İzni



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-12866609-300-272837
Konu : Araştırma İzni (Asude GÜNEY)

22.11.2022

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği 22.11.2022 tarihli ve E-14567952-900-272246 sayılı yazısı.

İlgi yazıyla, Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Gülden BASİT 'in danışmanlığını yürüttüğü 228441014002 numaralı yüksek lisans öğrencisi Asude GÜNEY 'in "Çoklu Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalığa Uyumluları ile Hastalık Yönetimi Öz Etkililikleri Arasındaki İlişki" başlıklı tez çalışmasını Meram Tıp Fakültesi Hastanesinde yapması uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. K. Esra NURULLAHOĞLU ATALIK
Enstitü Müdürü

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : 02PV-960M-08DU Belge Doğrulama Adresi :
<https://ebyssorgu.erbakan.edu.tr>

Adres: Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası, 42080, Meram / KONYA Bilgi İçin : HAKAN BİRSEN

Telefon No : 0 332 223 7954 Fax No : 0 332 223 7952 Sürekli İşçi e-Posta : İnternet Adresi :
<http://www.erbakan.edu.tr> Telefon No: 0 332 223 7954



EK 6 Ölçek Kullanım İzinleri

A **Asude Güney** Alıcı: kubraincirkus 11 Eki 2022 Sal 08:33 ☆ ↶ ⋮

Kübra Hocam merhabalar. Ben Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalında görev yapan Arş. Gör. Asude GÜNEY. Yüksek lisans tez için geçerlilik ve güvenilirliğini sizin yapmış olduğunuz " Kronik Hastalık Yönetimi İçin 6 Maddelik Öz-Etkililik Ölçeği" ni kullanmak için izninizi rica ediyorum. Zaman ayırdığınız için şimdiden teşekkür ederim. İyi günler iyi çalışmalar.

k **KUBRA INCIRKUS** Alıcı: ben 17 Eki 2022 Pzt 11:18 ☆ ↶ ⋮

Sayın Araş.Gör. Asude GÜNEY,

Prof.Dr. Nursen NAHCIVAN hocamla birlikte Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yaptığımız "Kronik Hastalık Yönetimi İçin 6-Maddelik Öz-Etkililik Ölçeği"ni yüksek lisans tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ekte gönderdiğim makalemizden ölçekle ilgili bilgilere ulaşabilir ve kaynak olarak da onu kullanabilirsiniz.

Çalışmanızda başarılar dilerim.

Dr. Öğr. Üyesi Kübra İNCIRKUŞ
T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı,
Balkan Yerleşkesi Merkez/Edirne

a **ayşe kacaroğlu vicdan** Alıcı: ben 12 Eki 2022 Çar 23:07 ☆ ↶ ⋮

Sayın Asude Güney
Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Doç.Dr. Ayşe Kacaroğlu Vicdan
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı