



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN SOSYAL
SORUN ÇÖZME BECERİLERİNİN YAŞAM KALİTESİ
VE KLİNİK SONUÇLARA ETKİSİ**

**Dr. Seda ÖZKAN BAŞER
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Sevgi ÖZCAN**

ADANA-2016



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN SOSYAL
SORUN ÇÖZME BECERİLERİNİN YAŞAM KALİTESİ
VE KLİNİK SONUÇLARA ETKİSİ**

**Dr. Seda ÖZKAN BAŞER
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Sevgi ÖZCAN**

ADANA-2016

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam sürecinde bilgilerini ve desteklerini her zaman hissettiğim başta tez danışmanım ve hocam, Doç. Dr. Sevgi ÖZCAN'a, eğitim sürecimdeki katkı ve emeklerinden dolayı Prof. Dr. Esra SAATÇI'ya, Prof. Dr. Nafiz BOZDEMİR'e, Prof. Dr. Ersin AKPINAR'a ve Doç. Dr. Hatice KURDAK'a, yoğun eğitimim ve tez çalışmam boyunca sevgisini, desteğini ve sabrını esirgemeyen başta sevgili eşim Emre BAŞER'e, değerli aileme ve yardımları için Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın tüm araştırma görevlilerine ve personeline teşekkür ederim.

Dr. Seda ÖZKAN BAŞER

İÇİNDEKİLER

	Sayfa no
TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLO LİSTESİ	IV
KISALTMA LİSTESİ	VI
ÖZET ve ANAHTAR SÖZCÜKLER	VII
ABSTRACT-KEY WORDS	VIII
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kronik Hastalıklar	3
2.2. Kronik Hastalıklar ve Aile Hekimliği	4
2.3. Yaşam Kalitesi	10
2.4. Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi	13
2.5. Sosyal Sorun Çözme	14
2.5.1. Sorun Yönelimi	15
2.5.1.1. Soruna Olumlu Yönelim	15
2.5.1.2. Soruna Olumsuz Yönelim	15
2.5.2. Sorun Çözme Tarzı	16
2.5.2.1. Rasyonel Sorun Çözme	16
2.5.2.2. Kaçınan Tarz	16
2.5.2.3. Dikkatsiz-Dürtüsel Tarz	16
2.6. Kronik Hastalıklarda Sosyal Sorun Çözme	17
3. GEREÇ ve YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Tipi	20
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	20
3.3. İzinler	20
3.4. Veri Toplama Araçları	21
3.4.1.Sosyodemografik Anket Formu	21
3.4.2.Sosyal Sorun Çözme Envanteri Kısa Formu	21
3.4.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi	23
Kısa Formu	
3.4.4. Klinik Parametreler	25
3.5. Araştırmanın Uygulanması	26
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	26
4. BULGULAR	28
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	28

4.2. Katılımcıların Egzersiz, Beslenme, Tütün ve Alkol Alışkanlıkları	29
4.3. DM ve HT Gruplarının Hastalıkla İlgili Özellikleri	30
4.4. Katılımcıların Sosyal Sorun Çözme ve Yaşam Kalitesi Puanları	31
4.5. DM ve HT Gruplarının Sosyal Sorun Çözme ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri ile İlişkisi	32
4.6. DM ve HT Gruplarının Sosyal Sorun Çözme ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Egzersiz, Beslenme, Tütün ve Alkol Alışkanlıkları ile İlişkisi	44
4.7. DM ve HT Gruplarının Sosyal Sorun Çözme ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Klinik Parametrelerle İlişkisi	49
4.8. Sosyal Sorun Çözme, Yaşam Kalitesi ve Klinik Parametreler Arasındaki Korelasyon	50
5. TARTIŞMA	55
5.1. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sosyal Sorun Çözme Becerileri ve Yaşam Kaliteleri Sağlıklı Bireylerden Farklı mıdır?	55
5.2. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sosyal Sorun Çözme Becerileri ve Yaşam Kaliteleri ile Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri Arasında Bir İlişki Var mıdır?	58
5.3. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sosyal Sorun Çözme Becerileri ve Yaşam Kaliteleri ile Beslenme, Egzersiz, Sigara, Alkol Alışkanlıkları Arasında Bir İlişki Var mıdır?	62
5.3.1. Sosyal Sorun Çözme ve Alışkanlıklar İlişkisi	62
5.3.2. Yaşam Kalitesi ve Alışkanlıklar İlişkisi	63
5.4. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sosyal Sorun Çözme Becerileri ve Yaşam Kaliteleri ile Klinik Sonuçları Arasında Bir İlişki Var mıdır?	66
5.5. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sosyal Sorun Çözme Becerileri ile Yaşam Kaliteleri Arasında Bir İlişki Var mıdır?	69
5.6. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları	70
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	72
6.1. Sonuçlar	72
6.2. Öneriler	74
KAYNAKLAR	75
EKLER	83
EK-1. Bilgilendirme ve Aydınlatılmış Onam Formu	84
EK-2. Sosyodemografik Anket Formu	85
EK-3. Sosyal Sorun Çözme Envanteri- Kısa Formu (SSÇE-KF)	87
EK-4. WHOQOL-BREF(TR) Formu	89
EK-5. Etik Kurul Kararı	92
ÖZGEÇMİŞ	93

TABLO LİSTESİ

<u>Tablo no</u>		<u>Sayfa no</u>
Tablo 1.	Grupların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	28
Tablo 2.	Grupların egzersiz, beslenme, tütün ve alkol alışkanlıklarının karşılaştırılması	29
Tablo 3.	Diyet yapan katılımcıların diyet tipine uyumlarının gruplara göre karşılaştırılması	29
Tablo 4.	DM ve HT gruplarının komplikasyon, ek hastalık, ilaç, hastalıkla ilgili eğitim durumları	30
Tablo 5.	DM ve HT gruplarının yaş, tanı süresi, günlük kullandıkları ilaç sayısı, hastalıkla ilgili eğitim yeterlilik algıları ve klinik takip parametreleri	30
Tablo 6.	Grupların SSÇE toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması	31
Tablo 7.	Grupların yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması	31
Tablo 8.	DM hastalarının SSÇE toplam ve alt ölçek puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre ortalamaları ve bunlar ile ilişkisi	33
Tablo 9.	DM hastalarının SSÇE toplam ve alt ölçek puanlarının komplikasyon, ek hastalık, ilaç, hastalıkla ilgili eğitim alma ve birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanım durumlarına göre ortalamaları ve bunlar ile ilişkisi	34
Tablo 10.	DM hastalarının WHOQOL-BREF TR alt ölçek puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre ortalamaları ve bunlar ile ilişkisi	36
Tablo 11.	DM hastalarının WHOQOL-BREF TR alt ölçek puanlarının komplikasyon, ek hastalık, ilaç, hastalıkla ilgili eğitim alma ve birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanım durumlarına göre ortalamaları ve bunlar ile ilişkisi	37
Tablo 12.	HT hastalarının SSÇE toplam ve alt ölçek puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre ortalamaları ve bunlar ile ilişkisi	39
Tablo 13.	HT hastalarının SSÇE toplam ve alt ölçek puanlarının komplikasyon, ek hastalık, ilaç, hastalıkla ilgili eğitim alma ve birinci basamak kullanım durumlarına göre ortalamaları ve bunlar ile ilişkisi	40
Tablo 14.	HT hastalarının WHOQOL-BREF TR alt ölçek puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre ortalamaları ve bunlar ile ilişkisi	42
Tablo 15.	HT hastalarının WHOQOL-BREF TR alt ölçek puanlarının komplikasyon, ek hastalık, ilaç, hastalıkla ilgili eğitim ve birinci basamak kullanım durumlarına göre ortalamaları ve bunlar ile ilişkisi	43
Tablo 16.	DM hastalarının SSÇE toplam ve alt ölçek puanlarının egzersiz, beslenme, tütün ve alkol alışkanlıklarına göre ortalamaları ve bunlar ile ilişkisi	45
Tablo 17.	DM hastalarının WHOQOL-BREF TR alt ölçek puanlarının egzersiz, beslenme, tütün ve alkol alışkanlıklarına göre ortalamaları ve bunlar ile ilişkisi	46

Tablo 18.	HT hastalarının SSÇE toplam ve alt ölçek puanlarının egzersiz, beslenme, tütün ve alkol alışkanlıklarına göre ortalamaları ve bunlar ile ilişkisi	47
Tablo 19.	HT hastalarının WHOQOL-BREF TR alt ölçek puanlarının egzersiz, beslenme, tütün ve alkol alışkanlıklarına göre ortalamaları ve bunlar ile ilişkisi	48
Tablo 20.	SSÇE toplam ve alt ölçek puanlarının klinik parametreler ile ilişkisi	49
Tablo 21.	WHOQOL-BREF TR alt ölçek puanlarının klinik parametreler ile ilişkisi	49
Tablo 22.	HT hastalarında sosyal sorun çözme, yaşam kalitesi ve klinik parametreler arasındaki korelasyon	53
Tablo 23.	DM hastalarında sosyal sorun çözme, yaşam kalitesi ve klinik parametreler arasındaki korelasyon	54



KISALTMA LİSTESİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
WHOQOL	: World Health Organization – Quality of Life
SSÇ	: Sosyal Sorun Çözme
SSÇE	: Sosyal Sorun Çözme Envanteri
SSÇE-KF	: Sosyal Sorun Çözme Envanteri- Kısa Formu
RSC	: Rasyonel Sorun Çözme
DDT	: Dikkatsiz/Dürtüsel Tarz
KT	: Kaçınan Tarz
SOY	: Soruna Olumlu Yaklaşım
SOSY	: Soruna Olumsuz Yaklaşım
WONCA	: World Organization of National Colleges, Academies And Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians
AAFP	: American Academy of Family Physicians
HT	: Hipertansiyon
DM	: Diabetes Mellitus
TA	: Tansiyon Arteriyel
BGT	: Bozulmuş Glukoz Toleransı
SF 36	: 36-Item Short Form Health Survey
DASH	: Dietary Approaches to Stop Hypertension
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
DPP	: Diabetes Prevention Program

ÖZET

Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sosyal Sorun Çözme Becerilerinin Yaşam Kalitesi ve Klinik Sonuçlara Etkisi

Amaç: Kronik hastalığı olan bireylerin sosyal sorun çözme becerilerinin değerlendirilmesi ve bunun yaşam kaliteleri ile klinik sonuçlara etkisinin araştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Primer Hipertansiyon (n=90) ve Tip 2 Diabetes Mellitus (n=90) tanıları hastalar ile kronik hastalığı olmayan 90 birey (kontrol grubu) alındı. Sosyodemografik anket formu, Sosyal Sorun Çözme Envanteri Kısa Formu, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi Kısa Formu uygulandı. Klinik parametre olarak son HbA1c değerleri ve bir haftalık tansiyon ölçümlerinin ortalaması kullanıldı.

Bulgular: Sosyal sorun çözme becerilerinin, diyabetlilerde cinsiyet, çalışma durumu, komplikasyon varlığı, hastalıkla ilgili eğitim alma durumu, kullandığı ilaç türü ve alkol tüketiminden; hipertansiflerde ise yaş, kullandığı ilaç türü, aile hekimine gitme sıklığı, eğitim ve ekonomik düzeyden etkilendiği bulundu ($p<0,05$). Yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; diyabetlilerde yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ekonomik düzey, egzersiz ve diyet yapma durumu; hipertansiflerde ise ekonomik durum, komplikasyon varlığı, aile hekimine gitme sıklığı, ek hastalık varlığı, egzersiz yapma durumu açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$). Diyabet ve hipertansiyon gruplarının kontrol grubuna göre daha sık aile hekimlerine başvurduğu ($p=0,000$) bulundu. Gruplar arasında yaşam kalitesi-fiziksel sağlık dışındaki ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. Sosyal sorun çözme, yaşam kalitesi ve klinik parametreler arasındaki korelasyon analizlerinde; işlevsel sorun çözme tarzlarına sahip diyabetiklerin ve hipertansiflerin yaşam kaliteleri ile klinik parametrelerinin olumlu yönde etkilendiği saptandı.

Sonuç: Kronik hastalığı olan bireylerin sosyal sorun çözme becerileri, yaşam kaliteleri ve klinik sonuçları ile ilişkili bulunmuştur. Kronik hastalıkları olan bireylerin aile hekimlerine daha sık başvurdukları bulgusu gözönüne alındığında aile hekimlerinin bu konudaki bilgi, beceri ve tutumlarını değerlendirmeleri ve geliştirmeleri önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Diyabet, hipertansiyon, kronik hastalık, sosyal sorun çözme, yaşam kalitesi

ABSTRACT

The Impact of Social Problem Solving Skills on Quality of Life and Clinical Results of the Persons with Chronic Disease

Aim: This study aims to evaluate social problem solving skills of the persons with chronic disease, and to investigate the impact of these skills on their quality of life as well as clinical outcomes.

Materials and Method: This study incorporated the patients with primary hypertension (n=90) and Type 2 Diabetes Mellitus (n= 90) in addition to 90 individuals without any chronic disease (control group). Socio-demographic questionnaire form, Social Problem Solving Inventory-Short Form and World Health Organization Quality of Life Survey-Short Form were conducted. The latest HbA1c levels and average of one-week tension measuring results were taken as clinical parameters.

Results: Social problem solving skills were found to be affected by gender, employment status, the existence of complication, the status of receiving training about disease, type of medications used, and alcohol consumption in the patients with diabetes; and by age, type of medications used, frequency of seeing family physician, educational status and level of income in hypertensive patients ($p < 0,05$). Evaluating the quality of life, on the other hand, a significant difference was established between the groups in terms of age, gender, educational background, level of income, and the status of doing exercise and dieting in case of the patients with diabetes; and in terms of level of income, the existence of complication, frequency of seeing family physician, the existence of comorbidities, and the status of doing exercise in case of hypertensive patients ($p < 0,05$). It was found that both diabetes and hypertensive groups were visiting their family physicians more frequently as compared to the control group ($p = 0,000$). No statistically significant difference was determined between the groups in terms of scale scores with the exception of quality of life-physical health score. Correlation analyses among social problem solving skills, quality of life and clinical parameters indicated that among the diabetic and hypertensive patients adopting functional problem solving patterns, the quality of life and clinical parameters were being affected positively.

Conclusion: Social problem solving capabilities of the persons with chronic disease were confirmed to be associated with their quality of life and clinical outcomes. Given the fact that the persons with chronic disease visit family physician more frequently, it can be suggested that family physicians should review and improve their knowledge, skills and attitudes on this subject.

Key words: Diabetes, hypertension, chronic disease, social problem solving, quality of life

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Dünyada yaşam süresinin uzaması ve kronik hastalıklarla yaşanan sürenin artmasına paralel olarak sağlık profesyonellerinin kronik hastalığı olan hastalara hizmet sunma sıklığı ve süresi artmıştır. Kronik hastalığı olmayan bir bireyle karşılaştırıldığında, bir kronik hastalığı olan kişinin sağlık harcamaları iki kat, beş ve daha fazla kronik hastalığı olan kişinin sağlık harcamaları 14 kat daha fazladır⁽¹⁾.

Kronik hastalıklarla mücadele ve entegre sağlık hizmeti sunumu, multimorbidite ve ilişkili kompleks sağlık ihtiyaçlarının karşılanması, artan maliyetler, yaşlanan toplum gibi sorunlar sağlık sistemlerinin günümüzde karşılaştığı en zorlu sorunlardır. Bu sorunlarla baş etmek için güçlü bir birinci basamağa sahip olmanın en etkili yolların başında geldiği bildirilmiştir⁽²⁾. Bu bağlamda bütüncül, kapsamlı ve sürekli bir sağlık hizmetini kişisel gereksinimleri göz önünde tutarak sunabilecek hekim, hastasıyla süreç içerisinde güvene dayalı, iyileştirici niteliği olan kişisel bir ilişki kurmuş olan aile hekimidir⁽²⁾. Aile hekimliği disiplininin temel ilkeleri ve yeterlilikleri de kronik hastalıkların yönetim gereksinimleriyle oldukça örtüşmektedir⁽³⁾.

Kronik hastalıklar öldürmeyebilir; ancak uzun süreli oluşu, yetersiz hasta eğitimi, hasta uyumunun az olması ve bunlara bağlı akut alevlenmeler yaşanması sonucu kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi kaçınılmazdır. Ayrıca, kronik hastalıklar ve tedavisi, bireyin yaşam tarzında değişikliklere neden olduğu için de bireyin yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir.

Kronik hastalıklarda tedaviye uyumsuzluk, kronik hastalığın genellikle bir ömür boyunca tedaviyi gerektirmesi ve kişinin günlük yaşamına müdahaleci bir tıbbi uygulamanın entegre edilmesi çabası kaynaklanmaktadır. Uyumu arttırmada kişisel, çevresel, sosyal engelleri tanımak ve bu engelleri aşmak için etkili çözümler uygulamak gereklidir. Kronik hastalıklı bireyler hem hastalıkları ile ilgili sorunlarla başa çıkmak hem de günlük yaşam aktivitelerine devam etmek durumundadırlar. Bu nedenlerden dolayı kronik hastalığı olan bireylerin sorun çözme becerilerinin hastalıklarının kontrolü ve yaşam kaliteleri üzerine etkili olabileceği düşünülebilir⁽⁴⁾⁽⁵⁾.

Bu noktadan hareketle yapılan literatür taramasında ruhsal hastalıklarda sosyal sorun çözme becerileri ile ilgili çalışmalar çok olmasına karşın organik hastalıklarda sosyal sorun çözme becerilerinin değerlendirildiği çalışma sayısının oldukça az olduğu

dikkati çekmiştir^{(6) (7) (8) (9)}. Ülkemizde bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde ise; psöriazis, migren gibi hastalıklarda çalışıldığı^{(10) (11)} görülmüş ancak günümüzde daha yaygın görülen diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıklarda sosyal sorun çözme becerilerinin değerlendirildiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmada, kronik hastalığı olan bireylerin sosyal sorun çözme becerilerinin değerlendirilmesi ve bunun yaşam kaliteleri ile klinik sonuçlara etkisinin ortaya konulması amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Hastalıklar

Yirminci yüzyılın başlarında ölümlerin büyük çoğunluğu enfeksiyon hastalıkları nedeniyle olmakta iken; günümüzde teknoloji ve tıp alanındaki gelişmeler (antibiyotiklerin üretilmesi, aşıların geliştirilmesi, yaşam alanlarının daha sağlıklı hale gelmesi, temiz su ve gıda temin edilebilmesi vb.) sayesinde görülme sıklığı ve buna bağlı ölümler azalmıştır. Buna paralel olarak, insan ömrü uzamış ve kronik hastalıkların sıklığında artış olmaya başlamıştır. Akut hastalıklardan kronik hastalıklara gerçekleşen bu geçiş, kronik hastalık yönetiminde yetersizliğe, sağlık hizmetlerinde kalitenin düşmesine ve harcamaların artmasına; bütün bunların bir sonucu olarak da akut sağlık sorunlarının çözümüne odaklanmış olan sağlık hizmetlerinde değişime neden olmuştur⁽¹²⁾.

Kronik hastalıklar genellikle yavaş ilerleyen, birden fazla risk faktörünün neden olduğu, düzenli ve sürekli tedavi, bakım ve izlem gerektiren, bir ya da daha fazla sistemde geriye dönüşsüz yapı ve fonksiyon bozukluklarına yol açabilen ve kişide yeti yitimine neden olarak yaşam kalitesini etkileyen uzun dönem sağlık sorunları olarak tanımlanmaktadır⁽¹³⁾.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün kronik hastalıklarla ilgili Ocak 2015 durum raporuna göre; her yıl 38 milyon insan kronik hastalıklar nedeniyle ölmekte, bu ölümlerin neredeyse dörtte üçü az ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Kronik hastalıklara bağlı ölümlerin en sık sebebi her yıl 17,5 milyon insan ölümü ile kardiyovasküler hastalıklardır. 8,2 milyon ile kanser, 4 milyon ile solunum yolu hastalıkları, 1,5 milyon ile diyabet peşinden gelmektedir. Bu dört grup hastalık kronik hastalıklara bağlı ölümlerin %82'sini oluşturmaktadır⁽¹⁴⁾.

Kronik Hastalıklar Türkiye Raporu'na göre ise 22 milyon kişi kronik hastalıkların etkisi altındadır. On beş milyon kişi hipertansiyon, dört milyon kişi diabetes mellitus, üç milyon kişi kronik obstruktif akciğer hastalığı ve iki milyon kişi koroner kalp hastalığına sahiptir⁽¹⁵⁾.

Türkiye hastalık yükü çalışmasına göre; kronik hastalıklara bağlı ölümlerin en sık nedeni %47,73 ile kardiyovasküler hastalıklardır. Yüzde 13,07 ile kanser, %7,95 ile solunum yolu hastalıkları, % 2,22 ile diyabet diğer ölüm nedenleri arasındadır⁽¹⁶⁾.

Sağlık harcamalarının büyük bir kısmı (%60-80) da bu hastalıkların tedavisi için yapılmaktadır⁽¹⁷⁾.

Dünyada yaşam süresinin uzaması ve kronik hastalıklarla yaşanan sürenin artmasına paralel olarak sağlık profesyonellerinin kronik hastalığı olan hastalara hizmet sunma sıklığı ve süresi de artmıştır. Johns Hopkins Üniversitesi tarafından ortaya konan rapora göre kronik hastalık nedeniyle polikliniğe başvuruların oranı %72'dir. Aynı rapora göre kronik hastalığı olmayan bir bireyle karşılaştırıldığında bir kronik hastalığı olan kişinin sağlık harcamaları ikiye katlanırken, beş ve daha fazla kronik hastalığı olan kişinin sağlık harcamaları 14 kat daha fazladır. Bir kronik hastalığı olan kişi yılda ortalama üç farklı hekim tarafından görülürken, beş ve daha fazla kronik hastalığı olan kişi ortalama 15 hekime başvurmaktadır⁽¹⁾.

Kronik hastalıklı bireyler arasında polikliniğe başvuru oranlarının ve kronik hastalıklar için sağlık harcamalarının fazla olmasının hastalık yönetimindeki sorunlardan kaynaklanabileceği bildirilmiş ve kronik hastalıkların iyi yönetilememesinin nedenlerinin şunlar olabileceği belirtilmiştir⁽³⁾:

- Hekimler öncelikle akut sorunlarla ilgilenmekte, kronik sorunlarla ilgilenmeye yeterli zaman bulamamaktadır.
- Hekimlerin klinik pratikleri kanıta dayalı kılavuzlarla uyumlu değildir.
- Hastaya bağlı nedenler (tedaviye uymada sorunlar, sağlık/hastalık algısı, kendi kendine bakım beceri ve motivasyonu).
- Sağlık sistemine bağlı nedenler (sistemin kronik sorunlar yerine sadece akut sorunlara odaklı organizasyonu, yetersiz iş gücü, yetersiz finansman).

2.2. Kronik Hastalıklar ve Aile Hekimliği

Birinci basamak, sağlıkta eşitlik ve pozitif çıktılar sağlayan güçlü bir sağlık sistemi kurmak için köşe taşı olarak hizmet vermektedir. Geçen yüzyılda sağlık hizmetlerinde hastalık merkezli nedenlere odaklanmadan vazgeçilip; kültür, ırk, çevre, politika kökenli faktörlerin etkileşimini incelemeye doğru bir geçiş olmuştur. Bu geçiş, nüfusun sağlık hizmetlerini sürekli ve koordineli bir şekilde sağlayan birey merkezli ve toplum yönelimli birinci basamak hizmetleri olarak adlandırılmaktadır. DSÖ 2001 yılında evrensel birinci basamağa ulaşmanın küresel hedefi olarak 1978 Alma Ata Deklarasyonunca belirlenen altı niteliği (1. İlk tıbbi temas noktası olma, 2. Süreklilik, 3. Kapsamlılık, 4. Koordinasyon, 5. Birey veya aile merkezlilik, 6. Toplum yönelimli

olma) önermiştir. Bu altı niteliğin birinci basamak hizmetlerinin kapsamını belirleme ve birinci basamak kalitesinin izlenmesinde etkili olduğu kanıtlanmıştır⁽¹⁸⁾.

Birinci basamak, pozitif sağlık çıktıları, etkinlik ve verimlilik, sağlıkta eşitlik sağlayan güçlü bir sağlık sistemi kurmak için şarttır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde birinci basamağa erişimin gelişmiş olmasıyla daha iyi sağlık sonuçları, hastaneye yatışlar ve acil başvurularında azalma arasında ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Daha çok birinci basamak yönelimli sağlık hizmeti veren ülkelerde sağlık harcamalarının daha düşük ancak sağlık çıktılarının daha iyi olduğu gösterilmiştir⁽¹⁸⁾.

Kronik hastalıklarla mücadele ve entegre sağlık hizmeti sunumu, multimorbidite ve ilişkili kompleks sağlık ihtiyaçlarının karşılanması, artan maliyetler, yaşlanan toplum gibi sorunlar sağlık sistemlerinin günümüzde karşılaştığı en zorlu sorunlardır. Bu sorunlarla baş etmek için güçlü bir birinci basamağa sahip olmak en etkili yolların başında gelir. Bu anlamda bütüncül, kapsamlı ve sürekli bir sağlık hizmetini kişisel gereksinimleri göz önünde tutarak sunabilecek hekim, hastasıyla süreç içerisinde güvene dayalı, iyileştirici niteliği olan kişisel bir ilişki kurmuş olan aile hekimidir⁽²⁾. Aile hekimliği disiplininin temel ilkeleri ve yeterlilikleri kronik hastalıkların yönetim gereksinimleriyle oldukça örtüşmektedir⁽³⁾.

Kronik rahatsızlıkların uzun süreli bakımının büyük bölümünü aile hekimleri yönetir. Kronik hastalıklar ve buna bağlı gelişen komplikasyonlar ve komorbid durumlar nedeniyle sağlık bakımının maliyetinin giderek arttığı bir ortamda aile hekimi, hastasıyla işbirliği içerisinde sağlık sunumu ve kaynak kullanımı konusunda öncelikleri saptayabilecek eşsiz bir konumdadır. Birey olarak hastanın istek ve gereksinimleri ile bir bütün olarak toplumun gereksinimleri arasında bir çatışma söz konusu olabilir. Aile hekimi bunun farkında olmalı, ikisi arasında uygun bir denge sağlayabilmeli ve bunu hastaya anlatmalıdır.

Aile hekimleri olgularla değil, insanlar ve yaşam koşulları bağlamında onların sorunları ile ilgilenir. Sürecin başlangıç noktası hastadır. Hastanın kendi hastalığına nasıl yaklaştığını, onunla nasıl başa çıktığını anlamak, hastalıkla uğraşmak kadar önemlidir. Ortak payda; inanışları, korkuları, beklentileri ve gereksinimleri olan bireydir⁽¹⁹⁾.

Hasta merkezli yaklaşım ilk olarak McWhinney ve arkadaşları tarafından 1983'te tanımlanmış olup kişinin hastalıklarıyla ilişkili duygularını ortaya çıkararak, yaşam

şartları, ailesi ve fiziksel çevresinden nasıl etkilendiğini değerlendirmeyi hedeflemektedir. Mc Whinney hasta merkezli yaklaşımı “hekimin, hastalığı, hastanın gözünden görmek için, hastanın dünyasına girme çabası” olarak tariflemiştir⁽²⁰⁾.

Hasta merkezli yaklaşımda; hasta, hekim otoritesi gölgesinde kalmaktan korunmuştur. Hekim bir taraftan hastalığı ararken; diğer taraftan hastalığın hastadaki algısını, hastanın yaşamını nasıl değiştirdiğini, onun için ne anlam ifade ettiğini öğrenmeye çalışır. Hasta merkezli yaklaşımda temel amaç; hastalığı değil, hastayı tedavi etmektir⁽²¹⁾. Hasta merkezli yaklaşım, hekim merkezli bakımın getirmiş olduğu sorunlara ve aşırı paternalistik hasta-hekim ilişkisine tepki olarak doğmuştur. Yapılan çalışmalar hastaların çoğunun tıbbi kararlara aktif olarak katılmak istediğini göstermekte; ancak yaşlı ve eğitim düzeyi düşük bireyler paylaşılan karar vermeyi daha az tercih etmektedir⁽²²⁾. Hasta merkezli yaklaşım ile klinik sonuçların daha iyi; tanısal test maliyetlerinin ve sevk oranlarının daha düşük; tekrar başvuru oranlarının daha az; hekimi ziyaret süresi aynı kalırken klinisyenlerin ve hastaların memnuniyetinin daha fazla ve malpraktislerin de daha az olduğu yönünde kanıtlar bulunmaktadır⁽²³⁾⁽²⁴⁾.

Kronik hastalıklı bireylerin bakımında hasta merkezli yaklaşımlar, hastalığın yönetimini kolaylaştırabilir, hasta ve hekimin memnuniyetini artırabilir, hasta katılımını ve sorumluluk alma kapasitesini arttırabilir, hastanın anksiyetesini azaltabilir ve yaşam kalitesini iyileştirebilir niteliktedir. Hasta merkezli bakım, aynı zamanda daha az tanısal test ihtiyacı ve gereksiz sevkleri önleme yoluyla hastaneye başvuru oranlarını azaltarak verimliliği arttırmaktadır⁽²¹⁾.

WONCA Europe tarafından tanımlanan ve 2011 yılında revize edilen aile hekimliliğinin ilkelerine 12. madde olarak ‘hastanın güçlendirilmesi’ eklenmiştir. Hastanın güçlendirilmesi, kişinin kendi yönetimini sağlayan davranış değişikliklerini kolaylaştırmak için tasarlanmış bir süreçtir. Bu yaklaşım hastaların kişisel olarak anlamlı ve gerçekçi hedefler seçmesine yardımcı olur⁽²⁵⁾. Hastalıkla geçirilen yaşamın kalitesinin arttırılması açısından hastaların güçlendirilmesi giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Kronik hastalıklar gibi uzun süreli bakım gereksinimi olan hastalıklarda kişilerin güçlendirilmesinde amaç, hastalıkları ile ilgili kendi yaşamlarındaki kontrollerini kazanmalarını sağlamak; dolayısıyla yaşam kalitelerini arttırmaktır. Aile hekimleri, hastanın hastalıkları karşısında güçlendirilmesine destek vermek ve öz yeterlilik kazanmasını sağlamak konusunda stratejik bir öneme sahiptir. Sürekli bakım,

multidisipliner bir yaklaşım, güven üzerine kurulmuş güçlü bir ilişki, birey merkezli yaklaşım hastanın güçlendirilmesini amaçlayan sürekli eğitim süreci için başlangıç noktasını oluşturur⁽¹⁹⁾.

Kronik hastalıklarda hastalıklarının kontrolü (beslenme, egzersiz, kendi kendine kan basıncı takibi, kan şekeri ölçümü, ilaçların kullanımı vb.) ile ilgili karar verme sorumluluğunun çoğu hastalardadır ve bu hastalara öğretilir. Hastaların, bu süreçte karşılaştıkları sorunları çözerken uygun kararlar verebilmeleri için sorun çözme becerilerinin işlevsel olması gerekir. Bu nedenle, kronik hastalıklı bireylerde değerlendirilmesi ve güçlendirilmesi gereken alanlardan biri sorun çözme becerileridir. Birinci basamak sağlık çalışanları, hastaların hastalıklarını başarılı bir şekilde kendi kendine yönetme açısından destekleme konusunda merkezi bir role sahiptir. Sağlık çalışanları öncülüğünde geliştirilen öz yönetim desteği kan basıncı, vücut kitle indeksi, HbA1c gibi önemli hastalık çıktılarında iyileşme ile ilişkili bulunmuştur⁽²⁶⁾. Kronik hastalık tedavi ekibi içinde yer alan sağlık profesyonellerinin rolü, en kısa zamanda bireyin kendi bakımını üstlenmesini sağlamak ve bu süreç içerisinde yaşam kalitesini koruyarak en üst düzeye çıkarmak olmalıdır⁽¹³⁾.

Sorunların hangi bağlamda ortaya çıktığı ve bu sorunlarla başvuran hastaların kişisel özellikleri kinikte karar verme süreçlerini etkiler. Bu nedenle hastalara ve içinde yaşadıkları topluma ilişkin bilgilere hakim olan aile hekiminin kronik hastalarla ilgili süreçleri yönetmesi daha kolay olacaktır. Nitekim, aile hekimlerinin bireyin hem akut hem de kronik sorunlarını aynı anda yönetebilmesi, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi stratejilerini uygun bir şekilde uygulayarak sağlığı ve iyilik durumunu geliştirebilme becerilerine sahip olması beklenir. Amerikan Aile Hekimliği Akademisi (AAFP) kapsamlı bakımı: “Sürekli kapsamlı bakım hizmet uygulaması, bir hastanın birden fazla fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarını aile, yaşam olayları ve çevre ilişkisi içinde belli bir sürede eşzamanlı olarak önleme ve yönetmedir.” şeklinde tanımlamaktadır⁽²⁷⁾. Dolayısıyla aile hekiminin gerek sağlık sorunlarının yelpazesi olarak her çeşit sağlık sorununa yaklaşım sunabilmesi, gerekse her bir sağlık sorunu için koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini bir arada sunabilmesi “Kapsamlı Bakım” tanımının içerisinde değerlendirilmelidir. Önlemenin tedavi etmekten çok daha akılcı olduğu kolaylıkla kabul edilebilen ama aynı kolaylıkla uygulanamayan bir gerçektir. Kronik hastalıklarda en acil ve en önemli adım hastalığın gelişimini önleyici tedbirler

almaktır. Aile hekimlerinin bu bağlamda sağlık danışmanlığı ve hastalıkların erken teşhisi için de fırsatları vardır. Risk faktörleri taşıyan kişilerin belirlenmesi ve bu kişilerde diyabet, hipertansiyon gibi yaşam tarzı değişiklikleri ile önüne geçilebilecek ve kontrol altına alınabilecek kronik hastalıklarda yaşam tarzı değişiklikleri programlarına katılımlarının sağlanmasında aile hekimliği oldukça önemli rol oynaymaktadır⁽²⁸⁾.

Kronik hastalıkların büyük çoğunluğu birinci basamakta yönetilmekte; ancak yeterince tedavi edilememektedir. Hastalar hekime genellikle akut semptom ve endişelerinin çözümü için başvurmakta, bu durum acil olmadığını düşündükleri kronik hastalıklarının optimal yönetimine engel olmaktadır. Ayrıca klinisyenlerin akut, kronik ve koruyucu hizmetlerin hepsini vermek için yeterli zamanı yoktur. Bu konuda yapılan bir çalışmada 2500 nüfusu olan bir aile hekiminin sık görülen kronik sorunları iyi şekilde yönetebilmek için günde 10,6 saate gereksinimi olduğu; başka bir çalışmada da koruyucu hizmetlerin günde fazladan 7,4 saat alacağı gösterilmiştir. Bütün bunlar sık görülen kronik hastalıklı bireylere sürekli yüksek kalitede hizmet verilmesine engel olmaktadır⁽²²⁾.

Hastaların sağlık gereksinimleriyle onların içinde yaşadıkları toplumun sağlık gereksinimlerini, var olan kaynakların kullanımı açısından bir denge içinde uzlaştırabilmek gerekir. Diğer uzmanlar genelde bir tek hastayla ilgilenirken aile hekimleri hem hastadan hem de toplumdaki sorumludur. Bu, hekime başvuran (ör. sağlam çocuk muayenesi, aşılama, akut ve kronik her türlü rahatsızlıklar) hastalar kadar başvurmayan hastaların da (ör. aşılanmamış, tansiyonu hiç ölçülmemiş) ele alınması demektir. Aile hekimlerinin üstlendiği bu sorumluluk sayesinde özellikle sinsice ilerleyen kronik hastalıkların erken tespiti, tedavisi ve gelişebilecek komplikasyonların önüne geçilmesi mümkündür. Bu da kaynakların daha etkin kullanımına ve dolayısıyla sağlık harcamalarının azaltılmasına yardımcı olacaktır.

Belirli bir hastalık pekçok kişinin sahip olduğu genel bir hastalık olabilir; ancak o hastalığa ait hastalık deneyimi her birey için özeldir. Tanı almamış asemptomatik bir hasta kendini rahatsız hissetmeyebileceği gibi; hiçbir hastalığı olmayan endişeli kişiler kendilerini rahatsız hissedebilir. Bu ayrımın farkında olan ve hastalık olmasa da rahatsızlık hissinin olabileceği gerçeğini kabul eden hastalar ve hekimler gereksiz patolojik araştırmaları daha az tercih ederler. Hastalığı doku ve organların anormal durum ya da fonksiyonu şeklinde patofizyoloji terimleri ile tanımlayan biyomedikal

model, hastalığın biyolojik boyutunu anlamak için kavramsal bir çerçevedir ve hastanın rahatsızlığını açıklamada yetersiz kalmaktadır. Bu modelde odak nokta kişi değil bedendir⁽²⁰⁾. Biyomedikal model pekçok eleştiri almasına rağmen özellikle 20. yüzyılda tıp fakültesi eğitim programlarında oldukça iyi bir öğretim aracı olarak kullanılmış, hastaların kişisel yönlerine pek değinilmemiştir. Aile hekimlerinin pekçoğu da yakın zamana kadar biyomedikal modele göre eğitilmiştir. Ancak aile hekimleri uygulamada hastalarının herhangi bir tanı kriterini karşılamayan rahatsızlıkları olduğunu, günlük hayatın getirdiği ve duygusal değişkenliklerin karışımından oluşan sorunlar yaşadıklarını görmüşlerdir. Biyomedikal model ile çözülemeyen hastaların tartışma konusu olmasıyla birlikte bu modelden uzaklaşmış ve bireyleri biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleriyle bir bütün olarak ele alan biyopsikososyal model ön plana çıkmıştır⁽²⁹⁾. Sir William Osler “Bir hastanın hastalığının türünden çok bir hastalığın, ne tür bir hastada olduğunu bilmek daha önemlidir.” diyerek biyomedikal yaklaşımın ötesinde bir yöntem gerekliliğine dikkatleri çekmiştir. 1977’de Engel’in önerdiği biyopsikososyal model; hastalıkların psikolojik, sosyolojik ve biyolojik durumların birbiriyle etkileşimiyle ortaya çıktığını savunmaktadır. Engel’e göre bedenimiz; biyolojik, psikolojik ve sosyal etkilerin karmaşık etkileşimleri sonucunda şekillenmektedir. Hastalık ve sağlık, sadece fizyolojik parametrelerden değil; aynı zamanda sosyal ve psikolojik parametrelerden de etkilenmekte ve bu üç alanın bütüncül etkisinin bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır⁽³⁰⁾. 1986 yılında Ian R. McWhinney, Engel’in modelini bir adım ileriye götürerek, klinik yöntemin doktor-merkezli değil hasta-merkezli olması gerektiğini vurgulamış ve hasta merkezli yaklaşımın temelinde doktorun hastasının dünyasına girmesi ve hastalığı hastanın gözünden görebilmesi gerekliliğine değinmiştir.

Biyopsikososyal yaklaşım bütün disiplinleri ilgilendirmekle beraber daha çok aile hekimliği ile ilgili gibi görünmektedir. Aile hekimleri; hastaları ve onların aileleri ile kurduğu uzun vadeli ilişkiler ve yaşamları hakkında elde ettikleri bilgiler sayesinde hastaları soyutlanmış yakınma ve bulgular ile değil birey olarak düşünme eğilimindedirler. Hastanın yaşamındaki düşünce ve olayların hastalığının nedeni veya tetikleyicisi olabilmesi ve bu bilginin hasta için tedavi edici potansiyelinin olması biyopsikososyal yaklaşımın üstünlüğünü ortaya koymaktadır⁽²⁹⁾.

Aile hekimleri sağlık sorunlarını fiziksel, sosyal, kültürel ve varoluşsal boyutlarıyla ele almaktan sorumludur. Kronik hastalıklı bireylerde hastalığa bağlı depresyon, anksiyete gibi ruhsal sorunların gelişmesi oldukça muhtemeldir ⁽³¹⁾. Bu nedenle özellikle kronik hastalıklı bireyleri değerlendirirken hastanın Őikayetlerini sadece patolojik açıdan değil; psikososyal açıdan da değerlendirerek hastalık üzerindeki etkisinin göz ardı edilmemesi gerekir.

Hipertansiyon, kronik iskemik kalp hastalığı, diyabet, kronik nonspesifik akciğer hastalığı, osteoartrit gibi çoğunlukla aile hekimleri tarafından yönetilen kronik hastalıklar, aile hekimliği klinik spektrumunda önemli bir yere sahiptir. Kronik hastalıkların doğru tanı, tedavi ve yönetimi için standartlar ve kılavuzlar bakım kalitesinin korunması açısından çok önemlidir. Ancak komorbiditelerin varlığı, tek hastalık çalışmalarından elde edilen tedavi ve yönetim standartlarının değerini azaltmaktadır. Aile hekimleri genellikle hastalarının birden fazla kronik hastalığının olduğunun farkındadırlar. Bir aile hekimi olarak, tek başına ya da ilgili branş uzmanı ile işbirliği içinde, tek bir hastanın bütün hastalıklarıyla ilgilenmek gerekir. Bir hastalığın doğal seyri ya da uygulanan terapötik müdahaleler, eşlik eden ikinci hatta üçüncü hastalıkların, komorbiditelerin seyrini etkilemektedir ⁽³²⁾.

Kronik hastalıklar ldrmeyebilir; ancak uzun süreli oluşu, yetersiz hasta eğitimi, hasta uyumunun az olması ve bunlara bağlı akut alevlenmeler yaşanması sonucu kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi kaçınılmazdır. Ayrıca, kronik hastalıklar ve tedavisi, bireyin yaşam tarzında değerlişikliklere neden olduğu için bireyin yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir.

2.3. Yaşam Kalitesi

Herkes yaşamını daha iyi bir düzeye çıkarmayı, yaşamında bulunmayan, özlemine çektiği Őeylere sahip olmayı, kısaca refaha ve mutluluğa ulaşmayı ister. İşte bu yapıcı ve yaratıcı olma çabası, yaşamda kaliteyi aramadır. Yaşam kalitesi kişinin kendini geliştirmesi, kişisel yaşamını zenginleştirmesi ve hedeflerine varması ile ilgilidir. Kaliteli yaşam, kişinin kendini sorgulaması, tanınması, yaşamını barışçıl, dengeli ve uyumlu kılabilmesidir ⁽³³⁾.

Genel kabul görmüş tek bir yaşam kalitesi tanımı bulunmamaktadır. Yaşam kalitesi kişinin hem beden sağlığı, ruhsal durumu, sosyal ilişkileri, bağımsızlık düzeyi ve kişisel inançlarından hem de kendi çevresi ile olan ilişkilerinden karmaşık bir Şekilde

etkilenmektedir. DSÖ yaşam kalitesini “kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargıları bağlamında amaçları, beklentileri, standartları, endişeleri ile ilgili olarak, hayattaki konumlarını algılama biçimi” şeklinde tanımlamaktadır ⁽³⁴⁾. Yaşam kalitesi; “yaşam şartları içerisinde elde edilebilecek kişisel doyumun seviyesini etkileyen, hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren bir kavram” şeklinde de tanımlanabilmektedir ⁽³⁵⁾. Yaşam kalitesi; yaşam doyumunu, öznel iyilik hali, mutluluk, işlevsel yeterlilik, sosyal iyilik gibi bileşenlerden oluşmaktadır. Aslında yaşam kalitesinin, DSÖ sağlık tanımında geçen bedensel, zihinsel ve sosyal tam “iyilik hali”nin bir derecesi olduğu söylenebilir. Pozitif sağlık DSÖ’nün 21.yy hedeflerinin odak noktasını oluşturmaktadır. Bu bağlamda üretken nüfusun sağlığını iyileştirme çalışmaları sonucu yaşam kalitesinin artırılması ana hedeflerin başında gelmektedir ⁽³⁶⁾.

Geleneksel sağlık hizmet modellerinde amaç, hastalıkların tedavisi ve özellikle ağrının sonlandırılmasıyken günümüzde sağlık hizmetlerinin amacı; sağlığın sürdürülmesi ve iyileştirilmesine yardımcı olacak bireysel yaşam biçimi felsefesinin oluşturulabilmesi şeklinde değişmiştir ⁽³⁷⁾. Sağlık bakım hizmetleri giderek toplum ve birey merkezli hale gelmektedir. Artık istenen sadece hastalıkların tedavi edilmesi değil; hastaneye yatışların azaltılması, iletişim ve sorunlarla baş etme becerilerinin geliştirilmesi, hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve üretkenliğini yeniden kazandırarak sürdürmesini sağlamaktır.

Sağlık hizmetleriyle ilgilenen kişilerin dikkatleri her geçen gün daha çok tedavi çıktıları üzerine yönelmektedir. Bu çıktıların ölçümü ve kavramsallaştırılması bazı çelişkiler içerir. Günümüzde yaşam kalitesi ölçümlerinin, sağlık müdahalelerinin sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılması anlamlı olarak kabul görmektedir. En çok kullanılan belirteçler, hastalık modelinden geliştirilmektedir. Hastalık modeli, belirti ve bulgularda ortaya çıkan patolojik bozukluğu tanımlayan bir kavramdır. Bir hastalığın seyri, kişinin hastalık sürecinde duyduğu ağrıyla, yaşamsal işlevleri ve duygularındaki değişikliği algılayışıyla belirlenir. Hastalıklar patolojik bozukluklar sonucunda gelişebilir fakat mutlaka böyle olması da gerekli değildir. Kişi, kendisini hasta hissetmesine karşın, tıbbi olarak hastalığa ilişkin bir bulguya rastlanılmayabilir. Sağlık durumu ölçümlerinde her iki durum da hesaba katılmalıdır. Geçen yüzyılda üzerinde en çok durulan, hekimin hastanın ne hissedebileceğine dair klinik ölçümlere

dayanan düşünceleri değil, hastanın kendini nasıl hissettiği konusu olmuştur. Hastanın tedaviye yanıt vermesi ya da mortalite hızları yeterli değildir. Özellikle kronik veya hayatı tehdit eden hastalıklarda tedavi, hastanın fiziksel olduğu kadar sosyal ve psikolojik durumlarında da gerçekleştirilebilir. Tedavi, hastanın kaliteli bir yaşam sürmesine yardımcı olabildiği ölçütlerle değerlendirilir⁽³⁷⁾.

Hekimler klinikte hastayı değerlendirirken, tıp eğitimleri sırasında en çok ağırlık verdikleri biyomedikal alana vurgu yaparlar. Kendilerini daha yetersiz hissettikleri psikososyal alan biraz geri planda kalmaktadır. Halbuki yaşam kalitesi konularını ele alarak hastayı değerlendirmek, onu bir “bütün” olarak ele alma ve tedavi etme duygusunu egemen kılar. Bu durum, hekimlerin omuzlarındaki yaşam kurtarma yükünü biraz hafifletmiş olur. Ancak bu görevi yerine getirirken, kanıt temelli yaklaşımlara dayanmaları çok önemlidir. Hekimlerin bir kısmı hastalarının psikososyal yönlerini ele alabildiklerini ve fark edebildiklerini iddia ederler. Ayrıca, yaşam kalitesi ile ilgili makalelerden elde ettikleri verilerden çok, bireysel deneyimlerinden yola çıkarak hastayı değerlendirmek daha akılcı ve daha pratik gelmektedir. Yaşam kalitesinin hasta hekim ilişkisine taşınması bir kazanımken, bunun yayınlanmış verilerden yola çıkarak yapılması daha büyük bir kazanım olacaktır. Hastaların yaşam kalitesinden yola çıkarak hazırlanan tedavi seçenekleri, hastaları çok daha fazla memnun edecektir. Böylece, hasta elde edeceği iyilik durumunu, varacağı sonucu bilecek ve tedavi onun bireysel gereksinimlerine yanıt verecektir. Hekimlerin günlük uygulamalarına yaşam kalitesi konularını dahil etmesi büyük bir aşama sağlamaktadır. Rutin uygulamada göz ardı edilen hasta gözüyle hastalık yaşantısının daha iyi anlaşılmasını sağlamaktadır. Hasta hekim ilişkisine yaşam kalitesinin entegre edilmesi, geçmişten gelen paternalistik bakış açısından vazgeçilerek daha bütüncül bir bakış açısına yönelme sağlayacak; hastanın beklentilerine daha yaklaşmış olacaktır. Hastanın hastalıkla aşırı uğraşı önlenerek yaşamın diğer alanlarına yönelmesi sağlanmış olacaktır. Hastayı değerlendirirken ona ait yaşam kalitesi verilerinin kullanılması ile hem hastalık hem de hastanın hastalık yaşantısı ortaya konabilir. Hasta bütüncül bir bakış açısıyla ele alınmış olur. Hasta ile hekim ortak bir zeminde buluşur. Böylece, hastanın başvuru nedeni iyileştirilirken, yeni gelişebilecek diğer sorunlardan (örneğin psikososyal sorunlar) da uzaklaşmış olur. Hasta-hekim arasındaki ilişki gelişir ve daha gerçekçi bir zemine oturur. Hastalıkla ilişkili yaygın ama göz ardı edilen sorunlar ortaya konmuş olur. Bu sayede hastanın

öncelikleri belirlenmiş ve hekimle hasta uyumu artmış olur. Hastanın doğru biçimde yönlendirilmesi kuşkusuz hastanın hastalığında iyileşme sağlayacaktır. Sağlıkta yaşam kalitesi bir biçimde Liyezon Psikiyatrisi gibi hizmet vermektedir⁽³⁸⁾.

2.4. Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi

Çoğu filozofa göre yaşamın temel amacı, en yüksek düzeye ulaşmak, yaşamın izin verdiği en iyi duruma gelerek en yüksek yaşam kalitesine sahip olmaktır. İlk olarak Priestley'in 1943 yılındaki "Cumartesi Işıkları (Daylight on Saturday)" adlı oyununda kullanılan "Yaşam Kalitesi" terimi, tıp literatüründe ilk olarak Long'un 1960 yılında yayınladığı "On the Quantity and Quality of Life" isimli makalesinde geçmiştir. Yaşam kalitesi kavramına ilginin son yıllarda artmasının bir nedeni, teknolojik gelişmeye paralel olarak sağlık alanında da önemli ilerlemeler kaydedilmesi ve buna bağlı olarak, beklenen yaşam süresinin uzaması, kronik hastalıklar ile daha uzun süre birlikte yaşama zorunluluğu doğmasıdır. Ayrıca, etkili ilaçların piyasaya sürülmesiyle hastanın tedavi sırasındaki konforu, bu ilaçlar arasındaki farkın belirleyicisi olmuştur. İletişimin artması ve internetin yaygın kullanılması ile birlikte artık hastalar hekime başvurmadan önce hastalıkları ile ilgili pek çok bilgiye ulaşabilmektedir. Artık hasta-hekim ilişkisi, hekimin otoriter bir figür olarak sağlıkta tek karar verici olduğu ilişki tipinden, hastanın da hekim kadar söz hakkı olduğu eşit bir ilişki biçimine dönüşmüştür. Ayrıca doktorların sadece hastayı yaşatması değil, yaşamaya devam eden bireylerin yaşam kalitesine de önem vermesi gerektiği fikri egemen olmuştur. Uzun, kompleks tedavi ve takip protokolleri gerektiren; bireylerin yaşamlarında bazı değişikliklere neden olabilen kronik seyirli rahatsızlıkların, kısa ve uzun dönemde kişinin ruh sağlığını, yaşam kalitesini ve iyilik halini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir⁽²⁸⁾.

Günümüzde tıbbi tedavinin değerlendirilmesinde fiziksel ve fizyolojik parametrelerin ölçümü ile saptanabilen yakınmaların azaltılması, yaşam süresinin uzatılması gibi göstergelerin yetersiz kaldığı düşünülmektedir. Bu nedenle hastanın bakış açısını da içeren yeni kriterlerin bu değerlendirmeye dahil edilmesi gerekliliği doğmuştur. Tıbbi bakım ve tedavinin birincil amacı sadece yaşam süresini uzatmak ve kür sağlamak değil, beraberinde yaşam kalitesinin de sağlanması olmalıdır⁽³⁹⁾. Nitekim, geleneksel bakımda, kronik hastalıkların psikososyal yönünün incelenmesi ihmal edilmiş iken son yıllarda kronik hastalık bakımında, psikososyal faktörlerin rolü giderek kabul görmekte, bakımda odak nokta metabolik esenlikten hastaların psikososyal

yönlerine ve yaşam kalitesine doğru kaymaktadır⁽⁴⁰⁾.

Kronik hastalıklara bağlı olarak fiziksel ve zihinsel sınırlılıklar, sakatlıklar bireyin bağımsızlığını da sınırlandırmakta; uzun süreli bakım gereksinimi, sağlığın algılanmasını ve sosyal etkinlikleri kısıtlamaktadır. Ayrıca kronik bir hastalığın varlığı, geri kalan yaşamın hastalıkla geçeceği gerçeği nedeniyle uyumu bozmakta; fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerin hastalık süresi, tedavi tipi, hastalığa özel semptomların deneyim sıklığı, hastalığa uyum ve hastalığa ilişkin verilen eğitim olduğu bilinmektedir⁽⁴¹⁾.

2.5. Sosyal Sorun Çözme

D'Zurilla and Goldfried (1971) sosyal sorun çözme (SSÇ) kişinin günlük yaşamda karşılaştığı sorunlu durumlarda etkili başa çıkma yolunu bulmak için giriştiği ve ürettiği bilişsel, duyuşsal ve davranışsal süreç olarak tanımlamaktadır. D' Zurilla ve Goldfried' e göre sorun, içinde bulunulan durumlar, olaylar değil, o olay ya da duruma verilen tepkinin uygunsuz ya da etkisiz oluşu sonucunda yaşanan durumdur. Yani sorunu yaratan unsur, verilen tepkinin uygunsuzluğu ya da etkisizliğidir. Bu noktada “durum sorun değil, çözüm sorundur” diyerek sorun çözme sürecinde çözümün önemine vurgu yapılmıştır⁽⁴²⁾.

D' Zurilla ve Goldfried'in kişilerin gündelik hayatta karşılaştıkları sosyal sorunlar karşısında sahip oldukları yönelim biçimi ve sorun çözme tarzlarını belirlemek üzere 1971' de oluşturdukları “beş aşamalı sorun çözme yaklaşımı” sorun çözme literatüründe bir dönüm noktası olarak kabul görmektedir. Bu yaklaşıma göre sorun çözmede izlenen beş aşama;

- Soruna genel yönelim (olumsuz veya olumlu),
- Sorunun tanımlanması ve formüle edilmesi,
- Alternatiflerin oluşturulması,
- Karar verme,
- Çözümün uygulanması ve doğruluğunu kanıtlama.

Ancak sosyal sorun çözme sadece bu basamaklarının ardı ardına izlenmesiyle sonuca kolaylıkla erişilebilecek bir süreç değildir. Bu beş basamaklı süreci etkileyen çeşitli etmenler söz konusudur. Bunlar kişinin algılama biçimi, tutumları, duyguları,

sorunu değerlendirme biçimi, becerileri gibi çeşitli faktörlerdir. Söz konusu bu faktörler sorun çözme sürecini kolaylaştırıcı fonksiyonda olabildikleri gibi engelleyici de olabilmektedir. Sorun çözmeye, kişi varolan durumu değiştirebilmeyi amaçladığı gibi değiştirilemeyecek bir durum karşısında hissettiği duygusal rahatsızlığın derecesini azaltmayı da gerçekleştirebilmekte ya da aynı anda her ikisini ortaya koyabilmektedir.

SSÇ iki ana unsurdan oluşur:

1. Sorun yönelimi
2. Sorun çözme tarzı

2.5.1. Sorun Yönelimi

Sorun yönelimi, sosyal sorun çözmeye motivasyonel bir fonksiyon gören metakognitif bir süreçtir. Bu süreç kişinin kendi sosyal sorun çözme becerilerinde olduğu kadar yaşamındaki sorunları değerlendirme şekli ve genel farkındalığını yansıtan, işlevsel ya da işlevsel olmayan bir dizi bilişsel-duygusal şemadan oluşmaktadır⁽⁴³⁾. Bireyin günlük yaşamda karşılaştığı sorunlara ve sorunları çözmeye becerisine ilişkin farkındalığını ve ona atfettiği değeri yansıtır⁽⁴⁴⁾.

“Soruna Olumlu Yönelim” ve “Soruna Olumsuz Yönelim” olmak üzere iki başlıkta incelenir:

2.5.1.1. Soruna Olumlu Yönelim (SOY): Bireyin sorunları bir şans olarak algılama ve sorunları çözebileceği inancını içeren işlevsel ve yapıcı bilişsel-motivasyonel bir bakış açısıdır. Olumlu sorun yönelimi olan kişilerin genel özellikleri aşağıda özetlenmiştir⁽⁴³⁾ :

- a. Karşılaşılan bir sorunu yararlanılacak bir fırsat ya da üstesinden gelinecek bir durum olarak görme,
- b. Sorunların çözülebilir olduğuna inanma,
- c. Sorunları kendi sorun çözme yetenekleri ile etkili bir şekilde çözebileceğine inanma,
- d. Sorun çözenin zaman ve çaba gerektirdiği gerçeğini kabullenme,
- e. Sorunlardan kaçmak yerine onları çözmeye çalışma.

2.5.1.2. Soruna Olumsuz Yönelim (SOSY): Bireyin sorunları kişinin iyilik hali için bir tehlike olarak görme; sorunu başarılı bir şekilde çözebileceği konusunda şüphe duyma ve sorunla karşılaştığında hayal kırıklığına uğrama, üzülmeyi içeren işlevsel

olmayan veya engelleyici bilişsel motivasyonel bir bakış açıdır. Soruna olumsuz yönelimli bireylerin genel özellikleri aşağıda verilmiştir:

- a. Sorunları kişinin iyilik haline yöneltilmiş bir tehdit olarak algılama,
- b. Sorunların çözülemez olduğuna inanma,
- c. Sorunları başarıyla çözebilme yeteneklerinden şüphe duyma,
- d. Sorunlarla karşılaşıldığında kişinin kendisini engellenmiş ve mutsuz hissetmesi.

2.5.2.Sorun Çözme Tarzı

Sorun çözme tarzı bir kişinin yaşamındaki sorunları anlama ve onlarla başa çıkma yolları ya da etkili çözüm bulmaya çalıştığı bilişsel ve davranışsal aktivitelerdir ⁽⁴³⁾. “Sorun Çözme Tarzları” Rasyonel Sorun Çözme, Dürtüsel/Dikkatsiz Tarz ve Kaçınan Tarz olmak üzere üç başlıkta incelenmektedir.

2.5.2.1. Rasyonel Sorun Çözme (RSC): Sorunlu durumlar ile uğraşmanın işlevsel veya yapıcı yoludur. Bu, işlevsel sorun çözme ilkelerinin akılcı, planlı, sistematik ve yetenekli bir şekilde uygulanması anlamına gelir. RSC ilkeleri:

- Sorunun tanımlanması,
- Hedefin belirlenmesi,
- Olası çözüm seçeneklerinin oluşturulması,
- Karar verme,
- Çözümlerin uygulanması,
- Denetlenmesi basamaklarını içerir.

2.5.2.2. Kaçınan Tarz (KT): Erteleme, pasiflik, harekete geçmeme ve bağımlılıkla karakterize işlevsel olmayan sorun çözme tarzıdır. Bu tarza sahip bireyler hayatlarındaki sorumluluklardan kaçarlar, sorunları çözme girişimini ertelerler, sorunlar ve çözümleri ile ilgili sorumluluk almazlar.

2.5.2.3. Dikkatsiz/dürtüsel Tarz (DDT): Dürtüsel, aceleci ve eksik girişimlerle karakterize, işlevsel olmayan sorun çözme tarzıdır. Bu tarza sahip kişiler, sorun çözme sürecinde dürtüsel davranma, dikkatsizlik, acelecilik, bir işi tamamlamadan yarıda bırakma gibi davranışlarda bulunurlar. Bunların yanı sıra bu tarza sahip kişiler, genellikle çok az sayıda alternatif çözüm yolları saptayabilirler. Çoğunlukla akıllarına gelen ilk iyi fikre göre hareket ettikleri için alternatif çözüm yollarını ve sonuçlarını

derinlemesine değil de hızlı bir biçimde gözden geçirirler. Sonuç olarak bu tarzı benimsemiş olan kişiler, genellikle dikkatsizce ve sistematik olmayan bir biçimde davranışta bulunurlar. Ayrıca uygulamaya koydukları çözümün sonuçlarını değerlendirme konusunda da yine dikkatsizce davrandıkları gibi bu konuda değerlendirme yapmada da yetersizlik gösterirler⁽⁴⁵⁾.

Yeterli SSÇ yetisine sahip bireyler yaşantılarındaki çeşitli stresörlere karşı bu konuda yetersiz olan bireylerden daha dirençlidirler. Bundan dolayı SSÇ becerilerinde eksiklik olan insanlar psikolojik stresle karşılaşmaya daha eğilimlidirler^{(8) (46)}. Etkisiz sorun çözme yeteneklerine sahip bireyler stres dönemlerinde genellikle duygu odaklı ve kaçınan tarzda başa çıkma yöntemlerine başvururlar⁽⁴⁷⁾.

2.6. Kronik Hastalıklarda Sosyal Sorun Çözme

Yapılan çalışmalar etkisiz sorun çözme becerileri ile depresyon, anksiyete ve distres arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir^{(48) (49)}. Bununla birlikte etkisiz sorun çözme becerileri sağlığı tehlikeye sokan davranış göstergeleri (sedanter yaşam, madde kötüye kullanımı) ile de ilişkili bulunmuştur⁽⁵⁾. Sosyal sorun çözme becerilerinin kişinin engellilik, iyilik hali gibi durumlarının⁽⁵⁾ ve tedaviye bağlılığının⁽⁵⁰⁾ anlamlı bir göstergesi olabileceği bildirilmiştir. Görme kayıplı yaşlı hastalarla⁽⁵¹⁾ ve çok sayıda engelliliği olan hastalarla^{(52) (53)} yapılan çalışmalarda olumsuz sorun yönelimi yüksek depresyon puanlarıyla ilişkili bulunmuştur. Disfonksiyonel sorun çözme tarzının, özellikle majör depresif bozukluk için tanı ölçütlerini karşılayan bireylerin özelliği olabileceği bildirilmiştir^{(54) (55) (56)}.

Yıpratıcı koşulları olan kişilerin yaşam kaliteleri ve fonksiyonlarının göstergeleri kişilerin kendilerini değerlendirdikleri ölçümlere dayanmaktadır. Bu ölçümler engellilik veya hastalık şiddetinin objektif göstergelerinden bağımsız olarak sorun çözme tarzından etkilenmiş olabilir^{(57) (58)}. Bununla tutarlı olarak Rath ve arkadaşları travmatik beyin hasarlı kişilerde inefektif sorun çözme becerisi ile psikososyal bozulma arasında anlamlı ilişki bulmuştur⁽⁵⁹⁾. Benzer sonuç kronik ağrı rehabilitasyon programındaki kişilerde de⁽⁶⁰⁾ olumsuz sorun yöneliminin, sağlık denetim odağı değişkenine göre psikososyal bozulmanın daha güçlü bir belirleyicisi olduğu bildirilmiştir⁽⁶¹⁾. Travmatik beyin hasarlı bireylerde sosyal sorun çözme becerilerinin, genellikle bu hasta grubunda kullanılan birçok nöropsikiyatrik ölçümden daha iyi bir belirleyici olabileceği bildirilmiştir⁽⁶²⁾. Bazı çalışmalar sosyal adaptasyon ile sosyal sorun çözme arasında

anlamli iliŒi olduğunu göstermiŒtir ⁽⁶³⁾. Prospektif bir alıŒmada yatarak rehabilitasyon programına alınan inmeli hastaların taburculuğundan sonra 13 hafta boyunca bakım veren aile bireylerinde iyilik halinin göstergesi olarak olumlu sorun yaklaŒımı bulunmuŒtur ⁽⁵²⁾. Buna ters olarak kesitsel bir alıŒmada bakım verenlerin ruh sağlığı ve yaŒam doyumları olumsuz sorun yönelimi ile iliŒkili bulunmuŒtur ⁽⁶⁴⁾. Dreer ve arkadaşları (2005) görme azlığı nedeniyle ayaktan rehabilite edilen bireylerin yaŒam doyumunu ile sorun çözme tarzları arasında iliŒki bulmuŒtur ⁽⁵¹⁾.

Etkili sorun çözme tarzları daha optimal bir profil ile iliŒkiliyken; inefektif sorun çözme tarzları bunun tam tersi klinik tablolarla iliŒkilidir ⁽⁶⁵⁾. Prospektif bir alıŒmada bir yıl boyunca bakım veren aile bireylerinde sağlık sorunlarına karŒı negatif sorun yönelimi bulunmuŒtur ⁽⁶⁶⁾. Oysa ciddi engelliliği olan hastalara bakım veren aile bireyelerine yapılan kesitsel bir alıŒmada bu bulgu bulunamamıŒtır ⁽⁶⁴⁾. Grant ve arkadaşları (2006) genel sağlık ve olumlu yaklaŒım arasında anlamli bir iliŒki bulmuŒtur. Birçok ölçülmeyen faktör bu tutarsız sonuçlara neden olabilir. İnme geçiren hastalara bakım veren aile bireyleri arasında yapılan bir alıŒmada efektif sorun çözme tarzı ile iliŒki doyumunu arasında pozitif yönde anlamli iliŒki bulunmuŒtur ⁽⁶⁷⁾. Dikkatsiz/dürtüsel tarz bakım vericilerle yaŒayan ve ciddi engelliliği olan bireylerde engellerinin ortaya çıktığı ilk yıl içinde basınç yarası geliŒmesi diğer bireylerden daha olasıdır ⁽⁶⁸⁾. Bakıcının işlevsel olmayan sorun çözme tarzının konjestif kalp yetmezlikli bireyleri sıkıntıya soktuğu ve yaŒam doyumunu azalttığı tespit edilmiŒtir. ⁽⁶⁹⁾ ⁽⁷⁰⁾

Kronik hastalığı (örn:diyabet) veya bedensel sakatlığı (örn: spinal kord hasarı) olanlar öz bakım, terapi, diyet, semptomları izleme gibi kiŒisel sağlığı korumaktan sorumludur. Bu konulardaki başarısızlık sağlık bakımının maliyetinde artışa yol açan (acil servis ziyaretler, hastaneye yatıŒ) komplikasyonlara ve yoğun giriŒimlere (ampütasyonlar, deri flep ameliyatları) yol açabilir ⁽⁵⁾. Başarısızlık tedaviye uyumsuzluk, kasıtlı olarak işbirliği yapmama veya tıbbi bilgisizlik gibi faktörlere bağlı bir sorundur. KiŒinin günlük yaŒamına müdahaleci bir tıbbi uygulamanın entegrasyonunun mücadelesi olarak da anlaŒılabilir. Uyumu arttırmada kiŒisel, çevresel, sosyal engelleri tanımak ve bu engelleri aŒmak için etkili çözümler uygulamak gereklidir ⁽⁴⁾.

SS becerisi özellikle kronik sağlık sorunları olan bireylerle alakalı görünmektedir. Bu bireyler hem hastalıkları ile ilgili sorunlarla başa çıkmak hem de günlük yaŒam aktivitelerine devam etmek durumundadırlar. Kanıtlar sorun çözme

becerisi zayıf olan bireylerin ikincil komplikasyon geliştirmede daha yüksek riske sahip olduğunu göstermektedir ⁽⁵⁾. Gereksinimlerin belirlenmesi ve giderilmesi, duyarlı ve komplikasyonlara açık olan bireyler için stratejik, toplum temelli eğitim programlarının biçimlendirilmesi açısından önemli olacaktır. SSC modeli ve bunu destekleyen literatür baz alındığında SSC becerilerinin değerlendirilmesi ve eğitim verilmesi yönünde öneriler bulunmaktadır ⁽⁵⁾. SSC beceri eğitimlerinde danışanların etkili birer sorun çözücü olabilmeleri için işlevsel olmayan algılama ve sorun çözüme tarzlarının (soruna olumsuz yönelme ve dikkatsiz/dürtüsel tarz ve kaçınan tarz) yerine işlevsel bakış açısı ve sorun çözüme tarzı (SOY ve RSC) kazanabilmelerine yönelik uygulamalar yapılmaktadır ⁽⁴²⁾.

Literatür taramasında depresyon, anksiyete, intihar, şizofreni gibi ruhsal hastalıklarda sosyal sorun çözüme becerileri ile ilgili çalışmalar çok olmasına karşın organik hastalıklarda SSC becerilerinin değerlendirildiği çalışma sayısının oldukça az olduğu saptanmıştır ^{(6) (7) (8) (9)}. Ülkemizde bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde ise psöriazis, migren gibi hastalıklarda çalışıldığı görülmüş ^{(10) (11)} ancak günümüzde daha yaygın görülen diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıklarda SSC becerilerinin değerlendirildiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmada, kronik hastalığı olan hastaların SSC becerilerinin değerlendirilmesi ve bunun yaşam kaliteleri ile klinik sonuçlara etkisinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Araştırmanın soruları:

1. Kronik hastalığı olan bireylerin sosyal sorun çözüme becerileri ve yaşam kaliteleri sağlıklı bireylerden farklı mıdır?
2. Kronik hastalığı olan bireylerin sosyal sorun çözüme becerileri ve yaşam kaliteleri ile sosyodemografik ve hastalık özellikleri arasında bir ilişki var mıdır?
3. Kronik hastalığı olan bireylerin sosyal sorun çözüme becerileri ve yaşam kaliteleri ile beslenme, egzersiz, sigara, alkol alışkanlıkları arasında bir ilişki var mıdır?
4. Kronik hastalığı olan bireylerin sosyal sorun çözüme becerileri ve yaşam kaliteleri ile klinik sonuçları arasında bir ilişki var mıdır?
5. Kronik hastalığı olan bireylerin sosyal sorun çözüme becerileri ile yaşam kaliteleri arasında bir ilişki var mıdır?

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, kronik hastalığı olan bireylerin sosyal sorun çözme becerilerinin değerlendirilmesi ve bunun yaşam kaliteleri ile klinik sonuçlara etkisinin ortaya konulması amaçlanarak yapılan tanımlayıcı ve analitik tipte gözlemsel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini 1 Mart-30 Haziran 2015 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Hipertansiyon polikliniğine başvuran Primer Hipertansiyon (HT) ve Dahiliye Endokrinoloji polikliniğine başvuran Tip 2 Diabetes Mellitus (DM) tanılı hastalar oluşturdu. Her gruptan 90'ar olmak üzere toplam 180 hasta ve kontrol grubu olarak kronik hastalığı olmayan 90 bireyin çalışmaya alınması planlandı. Çalışmaya alınacak hastaların dahil etme ve dışlama kriterleri aşağıdaki gibi belirlendi.

Dahil etme kriterleri:

- 18 yaşından büyük, 65 yaşından küçük olmak,
- Tip 2 DM ve/veya Primer HT hastası olmak,
- Tanı süresinin en az bir yıl olması.

Dışlama kriterleri:

- Okur- yazar olmamak,
- Depresyon, psikotik bozukluk, bipolar bozukluk ya da mental retardasyon tanısı almış olmak,
- Tip 2 DM, primer HT ve metabolik sendromun diğer bileşenleri (insülin direnci, dislipidemi, koroner arter hastalığı, obezite, non alkolik hepatosteatoz) dışında kronik hastalık olması.

3.3. İzinler

Çalışma öncesi alınan izinler:

1. Aile Hekimliği Anabilim Dalı Akademik Kurul kararı
2. Dahiliye Endokrin Bilim Dalı Akademik Kurul kararı
3. Dahiliye Nefroloji Bilim Dalı Akademik Kurul kararı

4. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulu Onayı

3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmaya katılan kişilere toplam üç anket uygulandı:

1. Sosyodemografik bilgiler, hastalık ve alışkanlıklarla ilgili bilgilerin saptanması amacıyla tarafımızca oluşturulan anket formu (14 soru),
2. Sosyal Sorun Çözme Envanteri-Kısa Formu (25 soru),
3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi Kısa Türkçe Formu (27 soru).

3.4.1. Sosyodemografik Anket Formu

Sosyodemografik ve hastalıklarla ilgili verileri toplamak için tarafımızca oluşturulan 14 soruluk anket formu kullanıldı. Anketin ilk beş sorusunda kişilerin sosyodemografik bilgilerini sorgulayan doğum yılı, cinsiyeti, çalışıp çalışmadığı, öğrenim durumu, ekonomik durumu ile ilgili sorular sorulmaktadır. Sonraki beş soruda hastalık tanı süresi, başka bir hastalığı olup olmadığı, varsa neler olduğu, ilaç kullanımı, ne sıklıkta aile hekimine gittiği, hastalığı ile ilgili aldığı eğitim, kimden aldığı ve eğitimin yeterlilik düzeyini sorgulayan sorular yer almaktadır. Eğitimin yeterlilik düzeyinin 10'lu likert ölçeği (1 çok kötü-10 çok iyi) ile değerlendirilmesi istenmiştir. Son dört soru ise alışkanlıklar ile ilgilidir. Kişilerin düzenli egzersiz (haftada en az üç gün toplam 150 dakika) yapıp yapmadığı, alkollü içecek içip içmediği, tütün ürünü tüketip tüketmediği, özel bir beslenme türü uygulayıp uygulamadığı sorgulanmıştır. Özel beslenme; yağsız, tuzsuz, kalori kısıtlı, şekerli ve diğer olarak alt başlıklara ayrılarak her alt başlık için uyguladıkları beslenme şekline uyumlarının 10'lu likert ölçeği ile değerlendirilmesi istenmiştir (1 çok kötü-10 çok iyi).

3.4.2. Sosyal Sorun Çözme Envanteri Kısa Formu

Araştırmada sosyal sorun çözme becerileri ile ilgili verileri toplamak amacıyla D' Zurilla ve ark. (2002) tarafından geliştirilen Sosyal Sorun Çözme Envanteri-Kısa Formu (Social Problem Solving Inventor-Short Form) kullanılmıştır⁽⁷¹⁾. Sosyal Sorun Çözme Envanteri- Kısa Formu (SSÇE-KF) "sorun yönelimi" ve "sorun çözme tarzları" olmak üzere iki boyuttan oluşmaktadır. Sorun yönelimi boyutunda, soruna olumlu yönelim ve soruna olumsuz yönelim olmak üzere iki alt ölçek yer almaktadır. Sorun çözme tarzı

boyutu ise, rasyonel (akılcı) sorun çözme, dikkatsiz/dürtüsel tarz, kaçınan tarz olmak üzere üç alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçme aracı toplamda 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçekte toplam 25 madde yer almaktadır. Maddeler 0 (hiç uygun değil) ile 4 (tamamen uygun) arasında olmak üzere beşli olarak derecelendirilmektedir. Her bir alt ölçeye ait toplam puan elde edilebildiği gibi ölçekten genel toplam puan da elde edilebilmektedir. Ölçme aracında tersten puanlanan maddeler yoktur. Her bir alt ölçeye ait toplam puan elde etmek için o alt ölçeye giren maddelere ait puanların toplanması yeterlidir. Ancak ölçekten genel toplam puan elde edebilmek için özel bir formülün uygulanması gerekir. Genel toplam puan için uygulanması gereken formül şöyledir:

$$\text{SSÇE-KF Genel Toplam Puan} = \text{SOY tp} + \text{RSC tp} + (20 - \text{SOSY tp}) + (20 - \text{DDT tp}) + (20 - \text{KT tp})$$

SOY tp: Soruna Olumlu Yönelim Toplam Puanı; RSC tp: Rasyonel Sorun Çözme Toplam Puanı; SOSY tp: Soruna Olumsuz Yönelim Toplam Puanı; DDT tp: Dikkatsiz/Dürtüsel Tarz Toplam Puanı; KT tp: Kaçınan Tarz Toplam Puanı

Ölçekten alınan en düşük puan 0, en yüksek puan ise 100' dür. Yüksek puan sosyal sorun çözme becerisinin "iyi düzeyde olduğunu" gösterirken düşük puanlar ise sosyal sorun çözme becerisinin düşük düzeyde olduğunu gösterir. Alt ölçeklerden Soruna Olumlu Yönelim ve Rasyonel Sorun Çözme sosyal sorun çözmeye yapıcı (işlevsel) yaklaşımı; Soruna Olumsuz Yönelim, Dikkatsiz/Dürtüsel Tarz ve Kaçınan Tarz ise yapıcı olmayan (işlevsel olmayan) yaklaşımı temsil etmektedir. Her bir alt ölçeye ilişkin açıklamalar aşağıda sunulmuştur:

1. Soruna Olumlu Yönelim (SOY): Sosyal sorun çözmeyi bilişsel olarak kurgulamayı ifade eden yapılandırmacı bir yaklaşım olarak tanımlanabilir. Bu alt ölçekte sorunların üstesinden gelinebileceğine/başa çıkabileceğine ilişkin olumlu bakış açısı, öz- yeterlik, pozitif sonuç beklentisi gibi özellikler ölçülmektedir. Bu alt ölçekte toplam 5 madde (Madde 4, 5,13, 15 ve 22) bulunmaktadır.

2. Soruna Olumsuz Yönelim (SOSY): Bu alt ölçekte sosyal sorun durumlarında işlevsel olmayan bilişsel-duygusal şemalar sorunları tehdit edici unsur olarak algılama, düşük öz-yeterlik, olumsuz sonuç beklentisi, düşük engellenme eşiği gibi özellikler yer

almaktadır. Bu alt ölçekte toplam 5 madde (Madde 1, 3, 7, 8 ve 11) bulunmaktadır.

3. Rasyonel (Akılcı) Sorun Çözme (RSC): Sorun çözme tarzlarından yapıcı olanıdır. Etkili sorun çözme becerilerinin uygulanmasında gerçekçi, sistematik ve üzerinde düşünülüp tartışılmış uygulamalarda bulunmak gibi özellikleri içermektedir. Bunlar sorunların tanımlanması ve formüle edilmesi, alternatiflerin oluşturulması, karar verme, çözümün uygulanması ve doğrulanmasıdır. Bu alt ölçekte toplam 5 madde (Madde 12, 16, 19, 21 ve 23) bulunmaktadır.

4. Dürtüsel/Dikkatsiz Tarz (DDT): İşlevsel olmayan sorun çözme tarzlarından biridir. Sorun çözme sürecinde sınırlandırılmış, dürtüsel, dikkatsiz, acele ve tamamlanmamış (yarım kalmış) davranışlardan oluşur. Bu alt ölçekte toplam 5 madde (Madde 2, 14, 20, 24 ve 25) bulunmaktadır.

5. Kaçman Tarz (KT): İşlevsel olmayan sorun çözme tarzlarından bir başkasıdır. Erteleme, pasif davranma ya da tepkide bulunmama, sorun çözümede sorumluluğu başkalarına atma kaçınan tarzda görülen davranış örnekleridir. Bu alt ölçekte toplam 5 (Madde 6,9, 10, 17 ve 18) madde bulunmaktadır.

Bu envanterin Türkçe'ye uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik analizleri Eskin ve Aycan (2009) tarafından yapılmıştır. Ölçek için elde edilen, iç tutarlık ve test-tekrar test güvenilirlik katsayıları iyi ile mükemmel arasında değişmektedir. İç tutarlık katsayıları .62 ile .92 arasında bulunmuştur. Olumlu Sorun Yönelimi alanında .67; Negatif Sorun Yönelimi alanında .78; Akılcı Sorun Çözme Tarzı alanında .75; Dürtüsel/Dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı alanında .62; Kaçınan Sorun Çözme Tarzı alanında ise .75 iç tutarlık güvenilirlik katsayılarına sahiptir. Test-tekrar test güvenilirlik katsayıları ise .60 ile .84 arasında değişmektedir. Olumlu Sorun Yönelimi alanında .61; Olumsuz Sorun Yönelimi alanında .73; Rasyonel Sorun Çözme Tarzı alanında .66; Dürtüsel/Dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı alanında .66; Kaçınan Sorun Çözme Tarzı alanında ise .72 test-tekrar test güvenilirlik katsayılarına sahiptir⁽⁷²⁾.

3.4.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi Kısa Formu

Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen ve kültürler arası karşılaştırmalara olanak veren geniş kapsamlı World Health Organization – Quality of Life (WHOQOL)

ölçeğinin kısa formu kullanılmıştır. Önce dünya çapında 15 merkezde yapılan pilot çalışmalar sonucu, 100 soruluk 6 alt boyuttan oluşan WHOQOL-100 oluşturulmuş, daha sonra WHOQOL-100'den 24 bölümün her biri için birer soru alınarak ve genel sağlık ve yaşam kalitesiyle ilgili iki soru eklenerek 26 soruluk WHOQOL-BREF oluşturulmuştur. Ölçek, kişinin hastalığın yarattığı somut ve fiziksel bulguları nasıl algıladığını ve yaşadığını, hastalık ile fiziksel aktivite, sosyal ilişkiler ve çevrenin nasıl bir ilişki içinde olduğunu ölçen bedensel (7 soru) , ruhsal (6 soru), sosyal (3 soru), çevre (8 soru) alanlarını içermektedir. Her bir alana ilişkin açıklamalar aşağıda sunulmuştur:

1. Fiziksel Alan: Gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü ile ilgili sorular (3,4,10,15,16,17,18) yer almaktadır.

2. Ruhsal Alan: Olumlu ve olumsuz duygular, benlik saygısı, beden imgesi ve dış görünüş, kişisel inançlar ve dikkat ile ilgili sorulardan (5,6,7,11,19,26) oluşmaktadır.

3. Sosyal İlişkiler Alanı: Diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşam ile ilgili sorulardan (20, 21, 22) oluşmaktadır.

4. Çevre Alanı: Ev ortamı, fiziksel güvenlik ve emniyet, maddi kaynaklar, sağlık hizmeti alabilme, boş zamanları değerlendirme, fizik çevre ve ulaşım ile ilgili sorular (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25, 27) bulunmaktadır. ⁽⁷³⁾

WHOQOL-BREF, Fidaner ve arkadaşları (1999) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçeğin Türkçe versiyonunun iç tutarlılığı oldukça yüksek düzeyde bulunmuştur. Sağlıklı grupta bedensel sağlık boyutunda .76, psikolojik sağlık boyutunda .67, sosyal ilişkiler boyutunda .56 ve çevre boyutunda .74 Cronbach alfa iç tutarlılık katsayılarına sahiptir. Test tekrar test güvenilirliği .51 ile .81 arasında değişmektedir (Fidaner ve ark. 1999). Türkçe versiyonuna eklenen bir ulusal soru (27. soru) ile çevre (TR) alanı oluşturulmuştur. Çevre (TR) alanı sosyal baskı ile ilgili bir soru içermektedir. Türkçe versiyonu bu şekilde 5 alandan oluşmaktadır.

Ölçek son 15 gün dikkate alınarak yanıtlandırılmaktadır. Cevaplar 5'li Likert (hiç memnun değilim=1... çok memnunum=5) ile derecelendirilmektedir. 3, 4, 26 ve ulusal

soru olan 27. soru incelendiğinde olumsuz çerçevelendirilmiş sorular olduğu için tersten kodlanması gereken sorulardır ⁽⁷⁴⁾. Bu ölçeğin toplam skoru yoktur. Her alan kendi içinde puanlandırılır. O alanı oluşturan maddelere verilen puanların ortalamasının 4 ile çarpılması ile alan puanları elde edilir. 4 ile çarpmanın nedeni WHOQOL 100 ile doğrudan karşılaştırılabilir bir değer elde etmektir. Alan puanları 4-20 arasında değişmektedir. Yüksek puan yaşam kalitesinin yüksekliğine işaret eder. Alan puanlarını 0-100 arasında puanlandıran bir yöntem daha bulunmaktadır ⁽⁷⁵⁾. Çalışmada 4-20 arasındaki puanlandırma esas alınmıştır. Ölçek, hasta örneklem grubuna uygulanabileceği gibi sağlıklı gruba da uygulanabilmektedir ⁽⁷⁶⁾.

3.4.4. Klinik Parametreler

Klinik sonuçların değerlendirilmesi için:

- Diyabetli hastalarda son 3 ay içindeki HbA1c ölçümleri,
- Hipertansif hastalarda evde kan basıncı ölçümlerinin son bir haftalık ortalaması kullanıldı.

Glisemik kontrolün takibinde pek çok yöntem kullanılmakla birlikte en sık kullanılanı HbA1c ölçümüdür ⁽⁷⁷⁾. A1c ölçümünden önceki ortalama üç aylık glukoz kontrolünü yansıtır. A1c'nin %50'si son bir ayda, %30'u ölçümünden önceki ikinci ayda ve geri kalan %20'si ölçümünden önceki üçüncü ayda oluşan glisemik değişiklikleri yansıttığı belirtilmektedir ⁽⁷⁸⁾. Kılavuzlara göre glisemik kontrolde hedef değer HbA1c ≤ 7 olarak belirlenmiştir ^{(78) (79)}.

Hipertansif kişilerde majör kardiyovasküler sonuçların (ölümcül ve ölümcül olmayan inme, miyokard enfarktüsü, kalp yetmezliği ve diğer kardiyovasküler ölüm) riskini azaltmak için kan basıncının düşürülerek hedef değerlerde tutulması oldukça önemlidir. Evde kan basıncı izleminin en büyük avantajı tıbbi bir ortamdan uzak çok sayıda kan basıncı ölçümü sağlamasıdır ve bu da tıbbi ortamlarda ölçülen kan basıncına göre gerçek kan basıncının çok daha güvenilir şekilde değerlendirilmesini sağlar. Bu nedenle çalışmaya dahil edilen hipertansif hastaların evde son bir haftalık TA ölçümleri hastalardan istenmiş ve çalışmada bu değerlerin ortalamaları kullanılmıştır. Çalışmaya katılan hipertansiyon hastalarının genel özellikleri ve kılavuzlar dikkate alınarak TA hedef değeri $<140/90$ mmHg olarak belirlenmiştir ^{(80) (81)}.

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Polikliniğe muayeneye gelen hastalardan dahil etme-dışlama kriterlerine uyanlara muayene sonrası çalışma hakkında bilgi verilerek bu çalışmaya katılmaya gönüllü olanlara anketler verildi ve kendilerinin doldurması istenilerek toplandı. Eksiksiz doldurulan anketler değerlendirmeye alındı.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Öncelikle katılımcıların sosyodemografik özellikler, alışkanlıklar ve birinci basamak hizmetleri kullanım durumlarına ait değişkenlerin sayı ve yüzdesi DM, HT ve kontrol grubu için ayrı ayrı hesaplanmıştır. Bazı gruplarda sayı yetersizliğinden dolayı "Aile hekimine gitme sıklığı" değişkeni ayda bir, üç ayda bir, altı ayda bir ve daha seyrek şeklinde üç gruba ayrılarak yeniden kodlanmıştır. DM ve HT hastalarının komplikasyon, ek hastalık, ilaç, hastalıkla ilgili eğitim durumlarına ait değişkenlere ait sayı ve yüzdeleri hesaplanmıştır. İlaç kullanımı değişkeninde bazı gruplarda sayı yetersizliği söz konusu olunca DM hastaları için sadece hap kullanan, sadece insülin kullanan, hem hap hem insülin kullanan; HT hastaları için sadece hap kullanan, hem hap hem insülin kullanan, ilaç kullanmayan şeklinde gruplandırılarak çalışılmıştır. Diyet yapan katılımcıların uyguladıkları beslenme tipine göre uyumlarına verdikleri puanların ortalama ve standart sapmaları; DM ve HT hastalarının yaş, tanı süresi, hastalıkla ilgili eğitim yeterlilik algıları ve klinik takip parametrelerinin ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum değerleri hesaplanmıştır.

Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığını ortaya koymak amacıyla Kolmogorov Smirnov testi kullanılmıştır. Sosyodemografik özellikler, alışkanlıklar ve birinci basamak hizmetleri kullanım durumunun DM, HT ya da kontrol grubuna bağlı olup olmadığını belirlemek amacıyla kıkare testi uygulanmıştır. Diyet yapan katılımcıların diyet tipine göre uyumlarının DM, HT ya da kontrol grubuna bağlı olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Walli-H testi uygulanmıştır.

SSÇ, yaşam kalitesi ve klinik parametreler arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla korelasyon yapılmıştır. Korelasyon analizi sonucunda parametrik değişkenler için Pearson, non parametrik değişkenler için Spearman korelasyon katsayılarına dikkate alınmıştır. Korelasyon katsayısı 0-0,25 arasında ise çok zayıf ilişki; 0,26-0,50 arasında ise orta derecede ilişki; 0,51-0,75 arasında ise iyi derece ilişki; 0,76-1,00 arasında ise çok iyi derecede ilişki olduğu belirtilmiştir⁽⁸²⁾.

DM ve HT hastalarının SSÇE genel ve alt ölçek puanları ile WHOQOL-BREF TR alt ölçek puanlarının sosyodemografik özellikler, alışkanlıklar, komplikasyon, ek hastalık, ilaç, hastalıkla ilgili eğitim ve birinci basamak kullanım durumlarını gösteren değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere normal dağılım gösteren değişkenler için bağımsız grup t testi ve ANOVA; göstermeyenler için Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis-H testleri uygulanmıştır.

SSÇE ve WHOQOL-BREF ölçek ortalamalarının DM, HT ve kontrol gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla ANOVA ve Kruskal Wallis-H testleri uygulanmıştır. SSÇE ile WHOQOL-BREF ölçeklerinin genel ve alt ölçek puanlarının klinik parametrelere (HbA1c ve TA) bağlı olup olmadığı bağımsız grup t testi ve Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmiştir.

Verilerin analizi SPSS 20 paket programı kullanılarak yapılmıştır⁽⁸³⁾. İstatistiksel olarak anlamlılık için $p < 0,05$ değeri alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya alınan 270 katılımcının hastalık durumuna göre sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de görülmektedir. DM, HT ve kontrol grupları arasında yaş, cinsiyet, çalışma durumu, öğrenim durumu ve ekonomik durum açısından istatistiksel olarak bir farklılık yoktur ($p>,05$). Aile hekimine gitme sıklığı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş olup ($p=,000$) DM ve HT gruplarının kontrol grubuna göre daha sık aile hekimine gittikleri görülmüştür.

Tablo 1. Grupların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

		DM (n=90)		HT (n=90)		Kontrol (n=90)		p*
		n	%	n	%	n	%	
Yaş	≤50	28	31,1	29	32,2	29	32,2	,983
	>50	62	68,9	61	67,7	61	67,7	
Cinsiyet	Kadın	46	51,1	58	64,4	56	62,2	,149
	Erkek	44	48,9	32	35,6	34	37,8	
Çalışma durumu	Çalışıyor	23	25,6	27	30,0	28	31,1	,685
	Çalışmıyor	67	74,4	63	70,0	62	68,9	
Öğrenim durumu	Okula gitmemiş	6	6,7	16	17,8	16	17,8	,179
	İlkokul mezunu	28	31,1	24	26,7	27	30,0	
	Ortaokul mezunu	14	15,6	11	12,2	15	16,7	
	Lise mezunu	15	16,7	22	24,4	14	15,6	
	Üniversite mezunu	27	30,0	17	18,9	18	20,0	
Ekonomik durumu	Düşük	24	26,7	21	23,3	25	27,8	,966
	Orta	56	62,2	58	64,4	54	60,0	
	İyi	10	11,1	11	12,2	11	12,2	
Aile hekimine gitme sıklığı	Ayda	39	43,4	36	40,0	20	22,2	,000
	3 ayda	36	40,0	29	32,2	14	15,6	
	6 ayda ve daha seyrek	15	16,7	25	27,8	56	62,2	

*Ki kare

4.2.Katılımcıların Egzersiz, Beslenme, Tütün ve Alkol Alışkanlıkları

Çalışmaya alınan katılımcıların egzersiz, beslenme, tütün ve alkol alışkanlıklarının gruplara göre dağılımı Tablo 2’de verilmiştir. Egzersiz yapma ($p=,016$) ve özel bir diyet uygulama açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=,000$).

Tablo 2. Grupların egzersiz, beslenme, tütün ve alkol alışkanlıklarının karşılaştırılması

		DM		HT		Kontrol		P*
		n	%	n	%	n	%	
Egzersiz	Evet	43	47,8	30	33,3	25	27,8	,016
	Hayır	47	52,2	60	66,7	65	72,2	
Diyet	Evet	53	58,9	41	45,6	23	25,6	,000
	Hayır	37	41,1	49	54,4	67	74,4	
Tütün	Hiç içmedim	45	50,0	50	55,6	47	52,2	,551
	İçtim bıraktım	32	35,6	22	24,4	26	28,9	
	Halen içiyorum	13	14,4	18	20,0	17	18,9	
Alkol	Hiç içmiyorum	75	83,3	78	86,7	73	81,1	,597
	İçiyorum	15	16,6	12	13,4	17	18,9	

*Ki kare

Diyet yaptığını belirten katılımcıların yaptıkları diyet tipine göre uyumlarına verdikleri puanların ortalama ve standart sapmaları Tablo 3’te verilmiştir. Diyet tipine göre uyum puanlarının gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur ($p>,05$).

Tablo 3. Diyet yapan katılımcıların diyet tipine uyumlarının gruplara göre karşılaştırılması

	DM (n=53) Ort ± SS	HT (n=41) Ort ± SS	Kontrol (n=23) Ort ± SS	p
Yağsız	6,4 ± 2,1	5,8±2,7	4,7±2,5	,122
Tuzsuz	5,8 ± 2,4	5,8±2,3	4,9±2,2	,336
Şekersiz	6,3 ± 2,9	5,6±2,6	5,1±2,9	,326*
Kalori kısıtlı	5,5 ± 2,4	4,6±2,6	5,5±1,8	,367*

*Kruskall Wallis

4.3. DM ve HT Gruplarının Hastalıkla İlgili Özellikleri

Tablo 4'te DM ve HT hastalarının komplikasyon, ek hastalık, ilaç, hastalıkla ilgili eğitim durumlarına göre dağılımları görülmektedir.

Tablo 4. DM ve HT gruplarının komplikasyon, ek hastalık, ilaç, hastalıkla ilgili eğitim durumları

		DM		HT	
		n	%	n	%
Komplikasyon	Var	28	31,1	9	10,0
	Yok	62	68,9	81	90,0
Ek hastalık	Var	64	71,1	20	22,2
	Yok	26	28,9	70	77,8
İlaç kullanımı	İlaç kullanmayan	2	2,2	11	12,2
	Sadece hap	55	61,1	73	81,1
	Sadece insülin	11	12,2	0	0
	Hap +insülin	22	24,4	6	6,7
Hastalığı ile ilgili eğitim aldı mı?	Evet	44	48,9	28	31,1
	Hayır	46	51,1	62	68,9
Eğitimi kim(ler)den aldı?	Aile hekimi	10	11,1	7	7,8
	Hemşire	13	14,4	7	7,8
	Diğer uzman hekim	25	27,8	17	18,9
	Diğer	8	8,9	1	1,1

DM ve HT hastalarının yaş, tanı süresi, günlük kullandıkları ilaç sayısı, hastalıkla ilgili eğitim yeterlilik algıları ve klinik takip parametrelerinin ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum değerleri Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. DM ve HT gruplarının yaş, tanı süresi, günlük kullandıkları ilaç sayısı, hastalıkla ilgili eğitim yeterlilik algıları ve klinik takip parametreleri

	DM		HT	
	Ort ± ss	Min- maks	Ort ± ss	Min- maks
Yaş	54,2 ± 8,2	35-65	54,1 ± 8,4	35-65
Tanı süresi	125,4 ± 83,3	12-372	102,8 ± 98,1	12-480
İlaç sayısı	3,9 ± 2,4 (n=35)	0-10	2,6 ± 2,0 (n=67)	1-11
Eğitimin yeterliliği	5,8 ± 2,6 (n=44)	1-10	5,7 ± 2,3 (n=28)	2-10
HbA1c	7,19 ± 1,53	4,86 - 12,91	-	-
TA sistolik	-	-	133,3 ± 13,6	109,0-165,0
TA diastolik	-	-	80,5 ± 7,0	55,0-100,0

4.4. Katılımcıların Sosyal Sorun Çözme ve Yaşam Kalitesi Puanları

Tablo 6’da katılımcıların gruplara göre SSÇE genel ve alt ölçek puanları görülmektedir. Üç grup arasında SSÇE genel ve alt ölçek puanları açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>,05$).

Tablo 6. Grupların SSÇE toplam ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

	DM Ort±SS	HT Ort±SS	Kontrol Ort±SS	Total Ort±SS	p
SOY	13,54±3,88	13,36±4,05	12,30±3,95	13,07±3,98	,078
SOSY	8,28±4,45	8,31±4,33	8,58±4,21	8,39±4,32	,879
RŞÇ	13,79±3,71	13,60±3,83	12,66±3,63	13,35±3,74	,096*
DDT	7,33±3,96	7,80±4,10	7,31±4,11	7,48±4,05	,767*
KT	6,94±4,90	5,44±4,25	6,36±4,88	6,25±4,71	,122*
SSÇE	64,78±12,74	65,40±14,27	62,71±13,17	64,30±13,41	,373

* Kruskal Wallis

Tablo 7’de katılımcıların WHOQOL-BREF TR’ye verdikleri cevaplar doğrultusunda hesaplanan bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre alanı puanları ile grupların alan puanları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığı gösterilmiştir. Buna göre üç grup arasında bedensel alan açısından anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=,022$). Yapılan analiz sonucunda bu farklılığın DM ve kontrol grubu arasında kontrol grubu lehine gerçekleştiği belirlenmiştir. Kontrol grubunun bedensel alan puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 7. Grupların yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması

	DM Ort±SS	HT Ort±SS	Kontrol Ort±SS	Total Ort±SS	p
Bedensel Alan	13,87±2,54	14,30±2,65	14,91±2,62	14,36±2,63	,022*
Ruhsal Alan	14,65±2,38	14,61±3,15	14,76±2,91	14,67±2,82	,949*
Sosyal Alan	13,87±3,05	14,37±3,25	14,70±3,12	14,31±3,14	,172*
Çevre Alan	13,55±2,26	14,23±2,57	14,35±2,42	14,04±2,43	,099*

* Kruskal Wallis Test

4.5. DM ve HT Gruplarının Sosyal Sorun Çözme ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri İle İlişkisi

Tablo 8’de, DM hastası olan katılımcıların sosyal sorun çözme becerisi genel ve alt ölçek puanlarının sosyodemografik özellikleri oluşturan yaş, cinsiyet, meslek, öğrenim durumu ve ekonomik durum değişkenlerine göre ortalamaları verilmiştir. Bu değişkenlere göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan analizlerde:

- DM hastalarının SSÇE-RSÇ alt ölçeğinin cinsiyet ve meslek değişkenleri açısından anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur (sırasıyla $p=,009$, $p=,032$). Cinsiyet değişkenindeki söz konusu farklılık erkekler lehine, meslek değişkenindeki söz konusu farklılık çalışanlar lehine gerçekleşmiştir. Erkeklerin ve çalışanların RSÇ puanları anlamlı olarak daha yüksektir.

- Geri kalan değişkenlerde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>,05$).

Tablo 9’da gösterilen, DM hastası olan katılımcıların sosyal sorun çözme becerisi genel ve alt ölçek puanlarının komplikasyon, ek hastalık, ilaç, hastalıkla ilgili eğitim alma ve aile hekimine gitme sıklığı değişkenlerine göre ortalamalarını vermek ve bu değişkenlere göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan analizlerde:

- DM hastalarının SSÇE genel puanının komplikasyon ve hastalıkla ilgili eğitim değişkenleri açısından anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur (sırasıyla $p=,048$, $p=,047$). Komplasyonu mevcut olan hastaların ve hastalıkları ile ilgili eğitim alanların SSÇE genel puanları anlamlı olarak daha yüksektir.

- SOSY puanının ilaç kullanımı değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p=,029$). Hem OAD hem de insülin kullanan grubun SOSY puanları anlamlı olarak daha düşüktür.

- Geri kalan değişkenlerde ölçek puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>,05$).

Tablo 8. DM hastalarının SSÇE toplam ve alt ölçek puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre ortalamaları ve bunlar ile ilişkisi

		SOY	SOSY	RŞÇ	DDT	KT	SSÇE Toplam
		Ort ± SD	Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss
Yaş	≤50	12,85±4,29	8,53±3,97	13,42±3,22	6,50±3,45	6,17±3,92	65,07±11,56
	>50	13,85±3,67	8,16±4,67	13,95±3,92	7,70±4,14	7,29±5,28	64,64±13,33
	p	,262	,714	,498**	,239**	,447**	,884
Cinsiyet	Erkek	13,36±3,95	8,13±4,19	14,75±3,52	7,47±4,21	7,29±5,33	65,20±11,67
	Kadın	13,71±3,85	8,41±4,72	12,86±3,68	7,19±3,74	6,60±4,48	64,36±13,81
	p	,746**	,770	,009**	,738	,799**	,758
Meslek	Çalışıyor	13,95±4,09	8,34±3,85	15,21±2,99	7,00±4,10	6,52±5,19	67,30±10,99
	Çalışmıyor	13,40±3,82	8,25±4,66	13,29±3,82	7,44±3,94	7,08±4,83	63,91±13,25
	p	,558	,931	,032	,649**	,543**	,273
Öğrenim	Okula gitmemiş	12,16±3,65	7,83±4,79	14,83±5,19	6,66±5,53	7,66±4,63	64,83±9,86
	İlkokul mezunu	13,78±4,21	9,57±4,93	13,17±3,30	8,14±3,89	7,17±4,42	62,07±13,62
	Ortaokul mezunu	13,35±4,28	8,21±4,90	13,85±4,03	7,07±3,40	8,07±5,63	63,85±11,97
	Lise mezunu	14,33±3,90	7,33±4,32	13,60±4,37	7,93±4,38	6,33±5,10	66,33±12,88
	Üniversite mezunu	13,25±3,50	7,59±3,62	14,25±3,35	6,44±3,75	6,29±5,14	67,18±12,94
	p	,805	,449	,796	,550	,677*	,650
Ekonomik durum	Düşük	13,70±4,54	8,12±4,86	14,20±3,70	8,66±5,01	8,20±5,33	62,91±15,17
	Orta	13,58±3,57	8,37±4,56	13,50±3,69	7,05±3,46	6,57±5,00	65,08±12,15
	İyi	12,90±4,20	8,10±2,80	14,40±4,03	5,70±3,12	6,00±2,40	67,50±9,83
	p	,853	,966	,395*	,287*	,359*	,602*

* Kruskal Wallis ** Mann-Whitney U

Tablo 9. DM hastalarının SSÇE toplam ve alt ölçek puanlarının komplikasyon, ek hastalık, ilaç, hastalıkla ilgili eğitim alma ve birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanım durumlarına göre ortalamaları ve bunlar ile ilişkisi

		SOY	SOSY	RSC	DDT	KT	SSÇE Toplam
		Ort ± SD	Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss
Komplikasyon	Var	13,92±4,10	7,10±4,63	13,92±3,79	6,32±3,46	5,71±3,97	68,71±10,97
	Yok	13,37±3,79	8,80±4,29	13,72±3,70	7,79±4,11	7,50±5,20	63,00±13,16
	p	,531	,094	,812	,086**	,110	,048
Ek hastalık	Var	13,50±4,10	7,87±4,50	13,73±3,72	7,37±3,88	7,04±4,82	64,93±13,03
	Yok	13,65±3,34	9,26±4,22	13,92±3,74	7,23±4,21	6,69±5,17	64,38±12,23
İlaç kullanımı	p	,866	,179	,828	,877	,649**	,853
	Sadece hap	13,54±3,98	9,09±4,49	13,85±3,62	8,14±4,33	7,45±5,14	62,70±11,93
	Sadece insülin	13,63±4,65	8,00±3,79	12,72±4,38	7,00±2,79	6,81±3,21	64,54±12,90
	Hap +insülin	13,22±3,35	6,13±4,10	13,77±3,57	5,77±3,02	5,72±4,69	69,36±13,45
	p	,940	,029	,652	,112*	,378*	,112
Hastalığı ile ilgili eğitim aldı mı?	Evet	13,86±4,01	7,81±4,59	14,27±3,76	6,65±3,92	6,15±4,88	67,50±12,46
	Hayır	13,23±3,77	8,71±4,30	13,32±3,63	7,97±3,93	7,69±4,85	62,17±12,59
	p	,449	,341	,222**	,087**	,138	,047
Aile hekimine gitme sıklığı	Ayda	12,94±3,65	8,20±4,23	12,94±4,40	7,76±3,91	6,92±4,50	63,00±11,53
	3 ayda	13,75±3,75	8,77±5,09	14,27±2,90	7,38±3,64	6,86±4,95	65,00±12,83
	6 ayda ve daha seyrek	14,60±4,68	7,26±3,26	14,80±3,16	6,06±4,77	7,20±6,02	68,86±15,27
	p	,349	,543	,155	,211*	,990*	,246*

* Kruskal Wallis ** Mann-Whitney U

Tablo 10’da gösterilen, DM hastası olan katılımcıların WHOQOL-BREF TR alt ölçek puanlarının sosyodemografik özellikleri oluşturan yaş, cinsiyet, meslek, öğrenim durumu ve ekonomik durum değişkenlerine göre ortalamalarını vermek ve bu değişkenlere göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan analizlerde:

- DM hastalarının WHOQOL-BREF TR-çevre alanı alt ölçek puanının yaş, öğrenim ve ekonomik durum değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği bulunmuştur (sırasıyla $p=,007$, $p=,038$, $p=,001$). Yaşı 50’nin üzerinde olan, üniversite mezunu olan ve ekonomik durumu iyi olan DM hastalarının çevre alan puanları daha yüksek bulunmuştur.

- Bedensel alan alt ölçek puanının cinsiyet değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği bulunmuştur ($p=,023$). Erkeklerin bedensel alan puanları anlamlı olarak daha yüksektir.

- Geri kalan değişkenlerde ölçek puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>,05$).

Tablo 11, DM hastası olan katılımcıların WHOQOL-BREF TR alt ölçek puanlarının komplikasyon, ek hastalık, ilaç, hastalıkla ilgili eğitim alma ve aile hekimine gitme sıklığı değişkenlerine göre ortalamalarını vermek ve bu değişkenlere göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Buna göre DM hastalarında hiçbir değişkende WHOQOL-BREF TR alt ölçek puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>,05$).

Tablo 10. DM hastalarının WHOQOL-BREF TR alt ölçek puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre ortalamaları ve bunlar ile ilişkisi

		Bedensel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevre Alanı
		Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss
Yaş	≤50	13,30± 2,48	14,26±2,82	13,85±3,12	12,46±2,57
	>50	14,12±2,55	14,82±2,15	13,88±3,04	14,04±1,93
	p	,144**	,414**	,937**	,007**
Cinsiyet	Erkek	14,49±2,40	15,07±2,03	14,06±2,73	13,65±1,82
	Kadın	13,27±2,56	14,24±2,62	13,69±3,34	13,44±2,63
	p	,023	,188**	,738**	,653**
Meslek	Çalışıyor	14,28±2,58	15,42±1,69	14,20±2,65	14,08±1,54
	Çalışmıyor	13,73±2,54	14,38±2,53	13,76±3,18	13,36±2,44
	p	,371	,098**	,671**	,481**
Öğrenim	Okula gitmemiş	13,90±1,56	13,88±2,87	15,88±1,70	13,25±0,94
	İlkokul mezunu	13,69 ±2,47	14,61±2,74	13,54±3,60	12,73±2,61
	Ortaokul mezunu	13,38 ±2,86	14,38±2,63	13,38±3,55	13,33±2,19
	Lise mezunu	13,18±3,15	14,40±2,38	13,95±2,40	13,71±2,23
	Üniversite mezunu	14,68 ±2,19	15,13±1,73	13,97±2,67	14,48±1,87
	p	,346	,687*	,470*	,038*
Ekonomik durum	Düşük	13,76±2,84	14,58±3,60	13,44±4,27	12,16±2,95
	Orta	13,90±2,39	14,59±1,80	13,96±2,34	13,83±1,66
	İyi	13,94±2,90	15,13±1,60	14,40±3,31	15,28±1,57
	p	,793*	,654*	,985*	,001*

*Kruskal Wallis ** Mann-Whitney U

Tablo 11. DM hastalarının WHOQOL-BREF TR alt ölçek puanlarının komplikasyon, ek hastalık, ilaç, hastalıkla ilgili eğitim alma ve birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanım durumlarına göre ortalamaları ve bunlar ile ilişkisi

		Bedensel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevre Alanı
		Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss
Komplikasyon	Var	13,48±2,82	14,80±1,80	13,38±3,02	13,68±1,95
	Yok	14,04±2,41	14,58±2,61	14,09±3,06	13,49±2,40
	p	,341	,874**	,316**	,875**
Ek hastalık	Var	13,74±2,67	14,55±2,64	13,53±3,18	13,59±2,49
	Yok	14,19±2,23	14,89±1,55	14,71±2,54	13,45±1,59
	p	,396**	,961**	,107**	,253**
İlaç kullanımı	Sadece hap	14,01±2,59	14,40±2,74	13,29±3,32	13,18±2,54
	Sadece insülin	13,76±2,87	14,30±1,37	14,06±1,72	13,81±1,65
	Hap +insülin	13,63±2,46	15,39±1,69	15,09±2,54	14,38±1,60
	p	,834	,213*	,140*	,321*
Hastalığı ile ilgili eğitim aldı mı?	Evet	13,89±2,54	14,86±2,03	14,16±2,39	13,90±1,78
	Hayır	13,85±2,57	14,44±2,68	13,59±3,57	13,20±2,61
	p	,639**	,513**	,839**	,391**
Aile hekimine gitme sıklığı	Ayda	13,97±2,69	14,59±2,51	14,58±3,00	13,88±1,93
	3 ayda	13,61±2,45	14,70±2,46	13,00±3,16	13,23±2,42
	6 ayda ve daha seyrek	14,20±2,48	14,66±1,93	14,13±2,50	13,45±2,67
	p	,787*	,945*	,074	,621*

* Kruskal Wallis **Mann-Whitney U

Tablo 12’de gösterilen HT hastalarının SSÇ becerisi genel ve alt ölçek puanlarının sosyodemografik özellikleri oluşturan yaş, cinsiyet, meslek, öğrenim durumu ve ekonomik durum değişkenlerine göre ortalamalarını vermek ve bu değişkenlere göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan analizlerde:

- HT hastalarının SSÇE-RSÇ alt ölçek puanının yaş değişkeni açısından aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=,002$). ≤ 50 HT hastalarının RSÇ alt ölçek puanları anlamlı olarak daha yüksektir.

- SSÇE-SOSY alt ölçek puanının öğrenim durumu değişkeni açısından aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=,043$). Lise ve üniversite mezunlarının SOSY alt ölçek puanları anlamlı olarak daha düşüktür.

- SSÇE genel puanı ve SOY, SOSY alt ölçek puanlarının ekonomik durum değişkeni açısından arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla $p=,049$, $p=,022$, $p=,001$). Ekonomik durumu iyi olan hastaların SSÇE genel puanı ve SOY alt ölçek puanı anlamlı olarak daha yüksektir. Ekonomik durumu kötü olan hastaların ise SOSY yaklaşım puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

- Geri kalan değişkenlerde ölçek puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>,05$).

Tablo 13’de gösterilen HT hastalarının SSÇ becerisi genel ve alt ölçek puanlarının komplikasyon, ek hastalık, ilaç, hastalıkla ilgili eğitim alma ve aile hekimine gitme sıklığı değişkenlerine göre ortalamalarını vermek ve bu değişkenlere göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan analizlerde:

- HT hastalarının SSÇE-KT alt ölçek puanının ilaç kullanımı değişkenine göre aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=,047$). Hem oral hap alan hem de insülin kullanan hastaların KT alt ölçek puanları anlamlı olarak daha düşüktür.

- SSÇE-RSÇ alt ölçek puanlarının aile hekimine gitme sıklığı açısından aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=,040$). Aile hekimine 6 ayda bir ya da daha seyrek gidenlerin RSÇ alt ölçek puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

- Geri kalan değişkenlerde ölçek puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>,05$).

Tablo 12. HT hastalarının SSÇE toplam ve alt ölçek puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre ortalamaları ve bunlar ile ilişkisi

		SOY	SOSY	RSC	DDT	KT	SSÇE Toplam
		Ort ± SD	Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss
Yaş	≤50	13,82±3,94	8,10±4,48	15,37±3,25	6,89±3,99	5,51±4,96	68,68±15,46
	>50	13,13±4,11	8,40±4,30	12,75±3,82	8,22±4,12	5,40±3,91	63,83±13,52
	p	,449	,756	,002	,111**	,751**	,132
Cinsiyet	Erkek	13,25±4,57	7,78±4,65	13,34±4,99	8,34±4,55	6,12±5,04	64,34±17,64
	Kadın	13,41±3,76	8,60±4,16	13,74±3,05	7,50±3,84	5,06±3,74	65,98±12,15
	p	,886**	,392	,829**	,493**	,519**	,642
Meslek	Çalışıyor	14,22±3,42	8,40±4,50	14,51±4,26	7,85±4,42	6,11±4,98	66,37±15,66
	Çalışmıyor	12,98±4,26	8,26±4,30	13,20±3,60	7,77±4,00	5,15±3,90	64,98±13,74
	p	,185	,944**	,114**	,867**	,527**	,675
Öğrenim	Okula gitmemiş	12,31±4,77	8,68±4,20	12,18±3,85	8,00±4,38	5,25±4,18	62,56±13,35
	İlkokul mezunu	12,95±4,61	9,66±4,94	14,16±4,03	9,50±4,17	6,50±5,60	61,45±17,03
	Ortaokul mezunu	13,18±3,48	9,81±2,13	12,81±3,48	8,27±4,24	5,72±4,19	62,18±13,15
	Lise mezunu	13,63±4,01	6,59±3,63	14,04±4,04	6,95±3,56	4,86±2,98	69,27±12,32
	Üniversite mezunu	14,64±2,71	7,29±4,81	14,05±3,47	6,00±3,74	4,70±3,68	70,70±12,33
	p	,542	,043*	,457	,071	,944*	,134
Ekonomik durum	Düşük	11,52±4,66	11,00±3,63	13,04±4,57	7,90±3,83	6,23±5,60	59,42±13,75
	Orta	13,62±3,76	7,81±4,06	13,55±3,55	7,72±4,27	5,22±3,73	66,41±13,63
	İyi	15,45±3,04	5,81±4,85	14,90±3,78	8,00±4,09	5,09±4,13	71,45±15,92
	p	,022	,001	,494*	,928*	,951*	,049

* Kruskal Wallis ** Mann-Whitney U

Tablo 13. HT hastalarının SSÇE toplam ve alt ölçek puanlarının komplikasyon, ek hastalık, ilaç, hastalıkla ilgili eğitim alma ve birinci basamak kullanım durumlarına göre ortalamaları ve bunlar ile ilişkisi

		SOY	SOSY	RŞÇ	DDT	KT	SSÇE Toplam
		Ort ± SD	Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss
Komplikasyon	Var	12,44±5,72	8,55±4,27	13,55±3,84	7,77±3,07	4,66±3,60	65,00±15,21
	Yok	13,45±3,85	8,28±4,37	13,60±3,85	7,80±4,22	5,53±4,33	65,44±14,26
	p	,617	,860	,971	,772**	,626**	,930
Ek hastalık	Var	13,70±4,52	7,95±4,43	13,90±3,85	6,70±3,54	4,50±4,26	68,45±15,89
	Yok	13,25±3,93	8,41±4,33	13,51±3,85	8,11±4,22	5,71±4,24	64,52±13,77
	p	,669	,975	,694	,278**	,219**	,281
İlaç kullanımı	Sadece hap	13,27±4,02	8,79±4,15	13,64±3,63	7,93±4,03	5,60±3,96	64,58±13,84
	Hap +insülin	14,16±3,97	7,16±4,79	13,33±3,93	4,33±2,87	1,66±1,96	74,33±13,21
	İlaç kullanmayan	13,45±4,59	5,72±4,64	13,45±5,31	8,81±4,51	6,45±6,00	65,90±17,08
	p	,937*	,072	,974	,117*	,047*	,275
Hastalığı ile ilgili eğitim aldı mı?	Evet	13,78±4,13	8,03±3,79	13,35±3,59	7,64±3,68	5,67±4,03	65,78±13,91
	Hayır	13,16±4,03	8,43±4,58	13,70±3,96	7,87±4,31	5,33±4,37	65,22±14,53
	p	,502	,688	,800**	,990**	,566**	,571**
Aile hekimine gitme sıklığı	Ayda	13,08±4,14	9,30±4,18	13,30±3,89	8,61±4,10	6,27±4,38	62,19±14,24
	3 ayda	12,96±3,83	8,13±4,49	12,51±3,58	7,62±4,16	5,03±3,51	64,68±13,50
	6 ayda ve daha seyrek	14,20±4,19	7,08±4,20	15,28±3,60	6,84±3,97	4,72±4,78	70,84±14,14
	p	,473	,114*	,040*	,246	,200*	,062

* Kruskal Wallis Test ** Mann-Whitney U

Tablo 14’de gösterilen, HT hastası olan katılımcıların WHOQOL-BREF TR alt ölçek puanlarının sosyodemografik özellikleri oluşturan yaş, cinsiyet, meslek, öğrenim durumu ve ekonomik durum değişkenlerine göre ortalamalarını vermek ve bu değişkenlere göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan analizlerde:

- HT hastalarının WHOQOL-BREF TR bedensel alan alt ölçek puanının ekonomik durum değişkeni açısından aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=,042$). Ekonomik durumu iyi olan HT hastalarının bedensel alan alt ölçek puanı anlamlı olarak daha yüksektir.

- Geri kalan değişkenlerde ölçek puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>,05$).

Tablo 15, HT hastası olan katılımcıların WHOQOL-BREF TR alt ölçek puanlarının komplikasyon, ek hastalık, ilaç, hastalıkla ilgili eğitim alma ve ve aile hekimine gitme sıklığı değişkenlerine göre ortalamalarını vermek ve bu değişkenlere göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Buna göre:

- HT hastalarının WHOQOL-BREF TR sosyal alan alt ölçek puanının komplikasyon ($p=,015$) ve aile hekimine gitme sıklığı ($p=,048$) değişkenlerine göre aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Komplikasyonu mevcut olan HT hastalarının sosyal alan puanları anlamlı olarak daha düşük iken; aile hekimine 6 ayda bir ve daha seyrek giden HT hastalarının sosyal alan puanları anlamlı olarak daha yüksektir.

- WHOQOL-BREF TR bedensel alan alt ölçek puanının ek hastalık varlığına göre aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=,006$). Ek hastalığı olan HT hastalarının bedensel alan puanları anlamlı olarak daha düşüktür.

- Geri kalan değişkenlerde ölçek puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>,05$).

Tablo 14. HT hastalarının WHOQOL-BREF TR alt ölçek puanlarının sosyodemografik değişkenlere göre ortalamaları ve bunlar ile ilişkisi

		Bedensel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevre Alanı
		Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss
Yaş	≤50	14,44±2,49	14,89±3,20	14,62±3,64	13,79±2,78
	>50	14,23±2,74	14,48±3,14	14,25±3,07	14,44±2,45
	p	,735	,562	,472**	,266
Cinsiyet	Erkek	14,75±2,67	15,12±3,28	14,75±3,51	13,94±3,01
	Kadın	14,05±2,63	14,33±3,07	14,16±3,10	14,39±2,30
	p	,239	,213**	,291**	,433
Meslek	Çalışıyor	14,28±2,46	15,01±2,90	14,39±3,27	13,72±2,54
	Çalışmıyor	14,31±2,75	14,44±3,26	14,35±3,26	14,44±2,57
	p	,965	,437	,848**	,226
Öğrenim	Okula gitmemiş	13,32±3,42	14,20±3,59	12,91±3,53	14,27±2,05
	İlkokul mezunu	14,02±2,43	13,97±3,60	15,22±2,95	14,27±2,61
	Ortaokul mezunu	13,97±2,83	14,00±3,27	14,90±2,44	12,80±3,25
	Lise mezunu	15,11±2,42	15,57±2,96	13,75±3,57	14,88±2,67
	Üniversite mezunu	14,78±2,16	15,05±1,94	14,98±3,11	14,19±2,21
	p	,264	,358*	,162	,309
Ekonomik durum	Düşük	13,60±3,21	12,88±4,02	14,28±4,00	13,14±2,69
	Orta	14,22±2,41	15,09±2,78	14,32±2,78	14,43±2,40
	İyi	16,05±2,09	15,39±1,91	14,78±4,19	15,23±2,71
	p	,042	,066*	,744*	,053

* Kruskal Wallis Test ** Mann-Whitney U

Tablo 15. HT hastalarının WHOQOL-BREF TR alt ölçek puanlarının komplikasyon, ek hastalık, ilaç, hastalıkla ilgili eğitim ve birinci basamak kullanım durumlarına göre ortalamaları ve bunlar ile ilişkisi

		Bedensel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevre Alanı
		Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss
Komplikasyon	Var	13,07±2,79	14,07±4,04	11,55±3,71	14,22±2,27
	Yok	14,44±2,62	14,67±3,06	14,68±3,06	14,23±2,61
	p	,145	,590	,015**	,887**
Ek hastalık	Var	12,88±2,39	14,56±3,23	14,16±3,17	13,64±2,92
	Yok	14,71±2,59	14,62±3,15	14,42±3,29	14,40±2,45
	p	,006	,939	,673**	,248
İlaç kullanımı	Sadece hap	14,31±2,63	14,66±3,09	14,07±3,19	14,24±2,57
	Hap +insülin	14,00±1,97	16,11±2,28	15,44±1,60	15,11±1,15
	İlaç kullanmayan	14,38±3,25	13,45±3,76	15,75±3,99	13,69±3,10
	p	,956	,241	,179*	,312*
Hastalığı ile ilgili eğitim aldı mı?	Evet	13,95±2,98	14,88±3,95	13,52±3,69	13,73±2,81
	Hayır	14,46±2,50	14,49±2,74	14,75±2,98	14,45±2,44
	p	,410	,231**	,219**	,215
Aile hekimine gitme sıklığı	Ayda	13,63±2,47	13,92±3,35	13,68±2,84	13,75±2,22
	3 ayda	14,77±2,55	15,08±2,84	14,27±3,51	14,69±2,64
	6 ayda ve daha seyrek	14,72±2,91	15,06±3,13	15,46±3,31	14,38±2,91
	p	,148	,241	,048*	,322

* Kruskal Wallis ** Mann-Whitney U

4.6. DM ve HT Gruplarının Sosyal Sorun Çözme ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Egzersiz, Beslenme, Tütün ve Alkol Alışkanlıkları ile İlişkisi

Tablo 16’da gösterilen, DM hastalarının SSÇE genel ve alt ölçek puanlarının egzersiz, beslenme, tütün ve alkol alışkanlıklarına göre ortalamalarını vermek ve bu değişkenlere göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan analizlerde:

- DM hastalarının SSÇE-RSÇ, DDT ve KT puanlarının alkol değişkenine göre arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla $p=,005$, $p=,026$, $p=,022$). Alkol içenlerin RSÇ, DDT ve KT puanları anlamlı olarak daha yüksektir.

Tablo 17, DM hastalarının WHOQOL-BREF TR alt ölçek puanlarının egzersiz, beslenme, tütün ve alkol alışkanlıklarına göre ortalamalarını vermek ve bu değişkenlere göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tabloya göre:

- DM hastalarının WHOQOL-BREF TR-bedensel alan puanının egzersiz değişkenine göre arasındaki fark istatistiksel olarak sınırda anlamlı kabul edilmiştir ($p=,055$). Egzersiz yapan diyabetlilerin yapmayanlara göre bedensel alan puanları daha yüksektir. Sosyal alan puanının da beslenme değişkenine göre arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=,016$). Diyet yapan DM hastalarının sosyal alan puanları anlamlı olarak daha yüksektir.

Tablo 18, HT hastalarının SSÇE genel ve alt ölçek puanlarının egzersiz, beslenme, tütün ve alkol alışkanlıklarına göre ortalamalarını vermek ve bu değişkenlere göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Buna göre HT hastalarında hiçbir değişkende SSÇE ölçek puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>,05$).

Tablo 19’da gösterilen, HT hastalarının WHOQOL-BREF TR alt ölçek puanlarının egzersiz, beslenme, tütün ve alkol alışkanlıklarına göre ortalamalarını vermek ve bu değişkenlere göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan analizlerde:

- HT hastalarının WHOQOL-BREF TR bedensel ($p=,023$) ve ruhsal alan ($p=,007$) puanlarının egzersiz değişkeni açısından aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Egzersiz yapan HT hastalarının bedensel ve ruhsal alan puanları anlamlı olarak daha yüksektir.

Tablo 16. DM hastalarının SSÇE toplam ve alt ölçek puanlarının egzersiz, beslenme, tütün ve alkol alışkanlıklarına göre ortalamaları ve bunlar ile ilişkisi

		SOY	SOSY	RSC	DDT	KT	SSÇE
		Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss
Egzersiz	Evet	14,00±4,01	8,04±4,65	14,27±3,78	7,23±4,37	6,65±4,92	66,34±12,97
	Hayır	13,12±3,75	8,48±4,29	13,34±3,61	7,42±3,58	7,21±4,92	63,34±12,50
	p	,290	,640	,233	,819	,468**	,266
Beslenme	Evet	13,45±3,66	8,92±4,44	13,54±3,51	7,32±3,94	7,24±5,00	63,50±12,23
	Hayır	13,67±4,22	7,35±4,34	14,13±4,00	7,35±4,04	6,51±4,78	66,59±13,40
	p	,791	,099	,394**	,971	,489	,261
Tütün	Hiç içmedim	13,22±3,71	8,15±4,63	13,31±3,45	7,51±3,49	6,60±4,52	64,26±12,11
	İçtim bıraktım	14,21±3,73	7,75±4,09	13,78±4,16	6,96±4,46	6,68±5,20	66,59±12,79
	Halen içiyorum	13,00±4,84	10,00±4,56	15,46±3,09	7,61±4,44	8,76±5,37	62,07±15,03
	p	,470	,300	,185	,720*	,423*	,526
Alkol	İçmiyor	13,54±3,98	8,09±4,29	13,32±3,67	6,92±3,79	6,30±4,36	65,54±12,45
	İçiyor	13,53±3,48	9,20±5,23	16,13±3,02	9,40±4,25	10,13±6,26	60,93±13,92
	p	,990	,382	,005**	,026	,022**	,202

* Kruskal Wallis * Mann-Whitney U

Tablo 17. DM hastalarının WHOQOL-BREF TR alt ölçek puanlarının egzersiz, beslenme, tütün ve alkol alışkanlıklarına göre ortalamaları ve bunlar ile ilişkisi

		Bedensel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevre Alanı
		Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss
Egzersiz	Evet	14,40±2,10	14,97±2,15	14,49±2,59	13,87±1,74
	Hayır	13,38±2,83	14,35±2,55	13,30±3,34	13,25±2,63
	p	,055	,185**	,102**	,437**
Beslenme	Evet	13,77±2,41	14,71±2,39	14,51±2,75	13,66±1,82
	Hayır	14,00±2,75	14,55±2,39	12,95±3,25	13,38±2,79
	p	,748**	,977**	,016	,808**
Tütün	Hiç içmedim	13,51±2,42	14,41±2,51	13,60±2,97	13,40±2,27
	İçtim bıraktım	14,41±2,56	15,35±1,62	14,27±2,77	14,04±1,74
	Halen içiyorum	13,80±2,90	13,74±3,08	13,84±3,98	12,85±3,15
	p	,314	,083*	,703*	,296
Alkol	İçmiyor	13,78±2,51	14,71±2,26	13,87±2,96	13,63±2,17
	İçiyor	14,32±2,74	14,35±2,98	13,86±3,55	13,12±2,73
	p	,456	,707**	,810**	,428**

* Kruskal Wallis * Mann-Whitney U

Tablo 18. HT hastalarının SSÇE toplam ve alt ölçek puanlarının egzersiz, beslenme, tütün ve alkol alışkanlıklarına göre ortalamaları ve bunlar ile ilişkisi

		SOY	SOSY	RŞÇ	DDT	KT	SSÇE
		Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss
Egzersiz	Evet	13,76±3,82	7,73±4,60	13,96±3,91	7,80±4,52	5,96±4,46	66,23±14,48
	Hayır	13,15±4,17	8,60±4,20	13,41±3,81	7,80±3,92	5,18±4,15	64,98±14,26
	p	,499	,375	,444**	,754**	,366**	,698
Beslenme	Evet	13,56±4,06	8,58±3,76	13,68±3,55	7,95±3,84	5,92±4,50	64,78±13,49
	Hayır	13,18±4,07	8,08±4,79	13,53±4,09	7,67±4,35	5,04±4,03	65,91±15,01
	p	,662	,586	,773**	,600**	,334**	,709
Tütün	Hiç içmedim	13,30±4,11	8,54±4,17	13,38±3,20	7,56±3,91	5,20±3,63	65,38±13,54
	İçtim bıraktım	14,00±4,36	7,86±5,58	14,18±5,29	7,90±4,19	5,86±5,30	66,54±17,30
	Halen içiyorum	12,72±3,56	8,22±3,07	13,50±3,48	8,33±4,67	5,61±4,62	64,05±12,80
	p	,610	,858*	,715	,862*	,997*	,863
Alkol	İçmiyor	13,35±4,13	8,47±4,41	13,57±3,81	7,65±4,06	5,21±4,13	65,58±13,81
	İçiyor	13,33±3,62	7,25±3,81	13,75±4,13	8,75±4,45	6,91±4,90	64,16±17,61
	p	,984	,366	,933**	,381**	,223**	,750

* Kruskal Wallis ** Mann-Whitney U

Tablo 19. HT hastalarının WHOQOL-BREF TR alt ölçek puanlarının egzersiz, beslenme, tütün ve alkol alışkanlıklarına göre ortalamaları ve bunlar ile ilişkisi

		Bedensel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevre Alanı
		Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss
Egzersiz	Evet	15,20±2,30	15,84±2,48	14,88±3,45	14,81±2,28
	Hayır	13,85±2,72	14,00±3,28	14,11±3,14	13,94±2,67
	p	,023	,007**	,192**	,129
Beslenme	Evet	14,50±2,23	15,25±2,85	14,08±3,19	14,09±2,50
	Hayır	14,13±2,97	14,08±3,31	14,61±3,30	14,34±2,64
	p	,508	,079	,679**	,639
Tütün	Hiç içmedim	14,28±2,68±	14,46±3,13	14,10±3,16	13,73±2,14
	İçtim bıraktım	14,18±3,02	14,54±3,37	14,90±3,67	13,19±2,66
	Halen içiyorum	14,50±2,18	15,11±3,05	14,44±3,04	12,83±1,80
	p	,927	,757	,662*	,300
Alkol	İçmiyor	14,23±2,68	14,52±3,23	14,42±3,10	14,37±2,56
	İçiyor	14,76±2,50	15,22±2,55	14,00±4,23	13,33±2,50
	p	,525	,528**	,914**	,079**

* Kruskal Wallis ** Mann-Whitney U

4.7. DM ve HT Gruplarının Sosyal Sorun Çözme ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Klinik Parametrelerle İlişkisi

Tablo 20’de DM hastalarının HbA1c; HT hastalarının TA değerlerine göre SSÇE toplam ve alt ölçek puan ortalamaları ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığı görülmektedir. Buna göre; DM hastalarının SOY puanları ile HbA1c değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (p=,050). HbA1c değeri ≤ 7 olan DM hastalarının SOY alt ölçek puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 20. SSÇE toplam ve alt ölçek puanlarının klinik parametreler ile ilişkisi

		SOY Ort \pm ss	SOSY Ort \pm ss	RŞÇ Ort \pm ss	DDT Ort \pm ss	KT Ort \pm ss	SSÇE Ort \pm ss
HbA1c (n=90)	≤ 7	14,26 \pm 3,89	8,80 \pm 4,20	14,42 \pm 3,57	7,44 \pm 3,97	7,20 \pm 5,15	65,24 \pm 12,70
	> 7	12,65 \pm 3,72	7,62 \pm 4,70	13,00 \pm 3,76	7,20 \pm 3,99	6,62 \pm 4,61	64,20 \pm 12,93
	P	,050	,215	,071	,777	,711*	,703
TA (n=90)	$\geq 140/90$	12,96 \pm 4,43	9,03 \pm 4,36	12,72 \pm 4,09	8,41 \pm 4,29	5,96 \pm 4,59	62,27 \pm 14,41
	$< 140/90$	1,54 \pm 3,87	7,96 \pm 4,32	14,01 \pm 3,66	7,50 \pm 4,01	5,19 \pm 4,09	66,88 \pm 14,07
	p	,532	,278	,065*	,358*	,414*	,153

*Mann-Whitney U

Tablo 21’de DM hastalarının HbA1c, HT hastalarının TA değerlerine göre WHOQOL-BREF TR alt ölçek puan ortalamaları ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup olmadığı görülmektedir. Buna göre; gruplar arasında WHOQOL BREF TR alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır (p>,05). TA $< 140/90$ olan grubun bedensel alan puanının diğer gruba göre daha yüksek olması sınırdan anlamlı olarak kabul edilmiştir (p=0,052).

Tablo 21. WHOQOL-BREF TR alt ölçek puanlarının klinik parametreler ile ilişkisi

		Bedensel Alan Ort \pm ss	Ruhsal Alan Ort \pm ss	Sosyal Alan Ort \pm ss	Çevre Alanı Ort \pm ss
HbA1c (n=90)	≤ 7	14,14 \pm 2,32	14,72 \pm 2,30	13,46 \pm 3,08	13,24 \pm 2,43
	> 7	13,52 \pm 2,79	14,56 \pm 2,49	14,38 \pm 2,96	13,93 \pm 1,99
	P	,254	,650*	,189*	,187*
TA (n=90)	$\geq 140/90$	13,51 \pm 2,95	14,11 \pm 3,61	13,51 \pm 3,28	14,19 \pm 2,56
	$< 140/90$	14,67 \pm 2,43	14,85 \pm 2,91	14,77 \pm 3,18	14,25 \pm 2,59
	p	,052	,302	,087*	,919

*Mann-Whitney U

4.8. Sosyal Sorun Çözme, Yaşam Kalitesi ve Klinik Parametreler Arasındaki Korelasyon

Tablo 22’de Hipertansiyon hastalarının sosyal sorun çözme, yaşam kalitesi ve klinik parametreleri arasındaki korelasyon görülmektedir.

HT hastalarında, SSÇE toplam ve alt ölçek puanları, WHOQOL-BREF TR alt ölçek puanları ile TA sistolik ve diastolik değerleri arasındaki korelasyon analizinde:

- SOY ile SOSY arasında negatif yönde orta derecede ilişki ($r = -.416$, $p = 0,01$); RSC arasında pozitif yönde iyi derecede ilişki ($r_s = .558$, $p = 0,01$); DDT arasında negatif yönde çok zayıf derecede ilişki ($r_s = -.208$, $p = 0,05$) ; KT arasında negatif yönde orta derecede ilişki ($r_s = -.308$, $p = 0,01$); SSÇE toplam puanı arasında pozitif yönde iyi derecede ilişki ($r = .675$, $p = 0,01$); Bedensel Alan arasında pozitif yönde orta derecede ilişki ($r = .468$, $p = 0,01$) ; Ruhsal Alan arasında pozitif yönde orta derecede ilişki ($r_s = .498$, $p = 0,01$) ; Sosyal Alan arasında pozitif yönde orta derecede ilişki ($r_s = .452$, $p = 0,01$); Çevresel Alanı arasında pozitif yönde orta derecede ilişki ($r = .414$, $p = 0,01$),

- SOSY ile RSC arasında negatif yönde orta derecede ilişki ($r_s = -.315$, $p = 0,01$); DDT arasında pozitif yönde orta derecede ilişki ($r_s = .354$, $p = 0,01$); KT arasında pozitif yönde orta derecede ilişki ($r_s = .380$, $p = 0,01$); SSÇE toplam puanı arasında negatif yönde iyi derecede ilişki ($r = -.706$, $p = 0,01$); Bedensel Alan arasında negatif yönde orta derecede ilişki ($r = -.410$, $p = 0,01$); Ruhsal Alan arasında negatif yönde orta derecede ilişki ($r_s = -.420$, $p = 0,01$); Sosyal Alan arasında negatif yönde çok zayıf derecede ilişki ($r_s = -.248$, $p = 0,05$); Çevre Alanı arasında negatif yönde orta derecede ilişki($r = -.371$, $p = 0,01$),

- RSC ile DDT arasında negatif yönde orta derecede ilişki ($r_s = -.285$, $p = 0,05$); KT arasında negatif yönde orta derecede ilişki($r_s = -.325$, $p = 0,01$); SSÇE arasında pozitif yönde iyi derecede ilişki ($r_s = .658$, $p = 0,05$); Ruhsal Alan arasında pozitif yönde orta derecede ilişki ($r_s = .251$, $p = 0,05$); Sosyal Alan arasında pozitif yönde orta derecede ilişki ($r_s = .295$, $p = 0,01$); TA sistolik arasında negatif yönde çok zayıf derecede ilişki ($r_s = -.232$, $p = 0,05$); TA Diastolik arasında negatif yönde orta derecede ilişki ($r_s = -.287$, $p = 0,01$),

- DDT ile KT arasında pozitif yönde iyi derecede ilişki ($r_s = .567$, $p = 0,01$); SSÇE arasında negatif yönde iyi derecede ilişki ($r_s = -.691$, $p = 0,01$); Bedensel Alan arasında negatif yönde çok zayıf derecede ilişki($r_s = -.235$, $p = 0,05$),

- KT ile SSÇE arasında negatif yönde iyi derecede ilişki ($r_s = -,732$, $p=0,01$); Sosyal Alan arasında negatif yönde orta derecede ilişki ($r_s = -,267$, $p=0,05$); Çevre Alanı arasında negatif yönde orta derecede ilişki ($r_s = ,267$, $p=0,05$),

- SSÇE ile Bedensel Alan arasında pozitif yönde orta derecede ($r_s = ,393$, $p=0,01$); Ruhsal Alan arasında pozitif yönde orta derecede ($r_s = ,432$, $p=0,01$) ; Sosyal Alan arasında pozitif yönde orta derecede ($r_s = ,333$, $p=0,01$); Çevre Alanı arasında pozitif yönde orta derecede ($r_s = ,398$, $p=0,01$) ; TA Sistolik arasında negatif yönde orta derecede ($r_s = -,273$, $p=0,01$) ilişki,

- Bedensel Alan ile Ruhsal Alan arasında pozitif yönde iyi derecede ($r_s = ,607$, $p=0,01$) ; Sosyal Alan arasında pozitif yönde iyi derecede ($r_s = ,523$, $p=0,01$); Çevre Alanı arasında pozitif yönde iyi derecede ($r_s = ,591$, $p=0,01$) ; TA Sistolik arasında negatif yönde orta derecede ($r_s = -,276$, $p=0,01$) ilişki,

- Ruhsal Alan ile Sosyal Alan arasında pozitif yönde orta derecede ($r_s = ,442$, $p=0,01$); Çevre Alanı arasında pozitif yönde iyi derecede ($r_s = ,581$, $p=0,01$) ilişki,

- Sosyal Alan ile Çevre Alanı arasında pozitif yönde orta derecede ($r_s = ,388$, $p=0,01$) ilişki,

- TA Sistolik ile TA Diastolik arasında pozitif yönde iyi derecede ($r_s = ,601$, $p=0,01$) ilişki saptanmıştır.

Tablo 23'te diyabet hastalarının sosyal sorun çözme, yaşam kalitesi ve klinik parametreleri arasındaki korelasyon görülmektedir.

Diyabet hastalarında, SSÇE toplam ve alt ölçek puanları, WHOQOL-BREF TR alt ölçek puanları ile HbA1c değerleri arasındaki korelasyon analizinde:

- SOY ile RSC arasında pozitif yönde iyi derecede ilişki ($r_s = ,538$, $p=0,01$); SSÇE toplam puanı arasında pozitif yönde iyi derecede ilişki ($r_s = ,573$, $p=0,01$); Bedensel Alan arasında pozitif yönde orta derecede ilişki ($r_s = ,302$, $p=0,01$) ; Ruhsal Alan arasında pozitif yönde orta derecede ilişki ($r_s = ,365$, $p=0,01$) ; Çevresel Alanı arasında pozitif yönde çok zayıf derecede ilişki ($r_s = ,227$, $p=0,05$); HbA1c arasında negatif yönde orta derecede ilişki ($r_s = -,253$, $p=0,05$),

- SOSY ile DDT arasında pozitif yönde çok zayıf derecede ($r_s = ,248$, $p=0,05$); KT arasında pozitif yönde orta derecede ilişki ($r_s = ,348$, $p=0,01$); SSÇE toplam puanı arasında negatif yönde iyi derecede ilişki ($r_s = -,636$, $p=0,01$); Bedensel Alan arasında negatif yönde çok zayıf derecede ilişki ($r_s = -,208$, $p=0,05$); Ruhsal Alan arasında negatif

yönde çok zayıf derecede ilişki ($r_s=-,243$, $p=0,05$); Çevre alanı arasında negatif yönde çok zayıf derecede ilişki($r_s= -,229$, $p=0,05$); HbA1c arasında negatif yönde çok zayıf derecede ilişki($r_s= -,243$, $p=0,05$),

- RSC ile SSÇE arasında pozitif yönde orta derecede ilişki ($r_s= ,462$, $p=0,01$); Ruhsal Alan arasında pozitif yönde çok zayıf derecede ilişki ($r_s=-,225$, $p=0,05$); HbA1c arasında negatif yönde çok zayıf derecede ilişki($r_s= -,239$, $p=0,05$),

- DDT ile KT arasında pozitif yönde iyi derecede ilişki ($r_s=,539$, $p=0,01$); SSÇE arasında negatif yönde iyi derecede ilişki ($r_s=-,701$, $p=0,01$),

- KT ile SSÇE arasında negatif yönde iyi derecede ilişki ($r_s=-,648$, $p=0,01$),

- SSÇE ile Ruhsal Alan arasında pozitif yönde orta derecede ($r_s=,364$, $p=0,01$); Çevre Alanı arasında pozitif yönde çok zayıf derecede ($r_s=,241$, $p=0,05$) ilişki,

- Bedensel Alan ile Ruhsal Alan arasında pozitif yönde iyi derecede ($r_s= ,564$, $p=0,01$); Sosyal Alan arasında pozitif yönde orta derecede($r_s=,462$, $p=0,01$); Çevre Alanı arasında pozitif yönde orta derecede ilişki ($r_s=,493$, $p=0,01$),

- Ruhsal Alan ile Sosyal Alan arasında pozitif yönde orta derecede($r_s=,377$, $p=0,01$); Çevre Alanı arasında pozitif yönde orta derecede ($r_s=,417$, $p=0,01$) ilişki,

- Sosyal Alan ile Çevre Alanı arasında pozitif yönde orta derecede ($r_s=,410$, $p=0,01$) ilişki saptanmıştır.

Tablo 22. HT hastalarında sosyal sorun çözme, yaşam kalitesi ve klinik parametreler arasındaki korelasyon

	SOY	SOSY	RŞÇ	DDT	KT	SSÇE	Bedensel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevre Alanı	TA Sistolik	TA Diastolik
SOY	1											
SOSY	-,416**	1										
RŞÇ	,558**	-,315**	1									
DDT	-,208*	,354**	-,285*	1								
KT	-,308**	,380**	-,325**	,567**	1							
SSÇE	,675**	-,706**	,658**	-,691**	-,732**	1						
Bedensel Alan	,468**	-,410**	,207	-,235*	-,163	,393**	1					
Ruhsal Alan	,498**	-,420**	,251*	-,196	-,136	,432**	,607**	1				
Sosyal Alan	,452**	-,248*	,295**	-,120	-,267*	,333**	,523**	,442**	1			
Çevre Alanı	,414**	-,371**	,199	-,122	-,267*	,398**	,591**	,581**	,388**	1		
TA Sistolik	-,166	,197	-,232*	,171	,184	-,273**	-,276**	-,187	-,153	-,059	1	
TA Diastolik	-,153	,050	-,287**	-,093	,014	-,144	-,164	-,059	-,169	-,081	,601**	1

*p=0,05 düzeyinde anlamlı **p=0,01 düzeyinde anlamlı

Tablo 23. DM hastalarında sosyal sorun çözme, yaşam kalitesi ve klinik parametreler arasındaki korelasyon

	SOY	SOSY	RŞÇ	DDT	KT	SSÇE	Bedensel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevre Alanı	HbA1c
SOY	1										
SOSY	-,169	1									
RŞÇ	,538**	-,134	1								
DDT	-,162	,248*	-,156	1							
KT	-,050	,348**	,096	,539**	1						
SSÇE	,573**	-,636**	,462**	-,701**	-,648**	1					
Bedensel Alan	,302**	-,208*	,180	-,086	-,011	,194	1				
Ruhsal Alan	,365**	-,243*	,225*	-,198	-,176	,364**	,564**	1			
Sosyal Alan	,159	-,179	,184	-,041	-,035	,140	,462**	,377**	1		
Çevre Alanı	,227*	-,229*	,076	-,143	,152	,241*	,493**	,417**	,410**	1	
HbA1c	-,253*	-,243*	-,239*	-,007	-,092	-,056	-,144	-,116	,116	,065	1

* p=0,05 düzeyinde anlamlı **p=0,01 düzeyinde anlamlı

5.TARTIŞMA

Diyabet ve hipertansiyon hastalarının sosyal sorun çözme becerileri ve bunun yaşam kaliteleri ile klinik parametrelere etkisinin değerlendirildiği çalışmanın tartışma bölümü araştırma sorularına cevap verecek tarzda düzenlenmiştir.

5.1. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sosyal Sorun Çözme Becerileri ve Yaşam Kaliteleri Sağlıklı Bireylerden Farklı mıdır?

Tip 2 diyabet hastalarında yaşam kalitesi pek çok çalışmada değerlendirilmiş olup genel popülasyona göre diyabetli bireylerin yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu ortaya konmuştur^{(84) (85)}. Benzer şekilde toplum tabanlı çalışmalarda hipertansiyon hastalarının yaşam kalitelerinin normal popülasyona göre daha düşük düzeylerde olduğu ortaya konmuştur^{(86) (87) (88) (13)}. Ayrıca hipertansiyon ile birliktelik gösterebilen komorbid hastalık varlığının da sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini önemli derecede etkilediği de gösterilmiştir⁽⁸⁶⁾.

Trento ve arkadaşlarının tip 2 diyabetli hastalarla yaptıkları beş yıllık randomize kontrollü çalışmada hastaların eğitim öncesi değerlendirilen yaşam kalitesi ve sorun çözme beceri puanları kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur⁽⁸⁹⁾.

Arnold ve arkadaşlarının çeşitli kronik hastalığı olan hastaların yaşam kalitelerini sağlıklı bireylerinkiyle kıyasladıkları çalışmalarında diyabet ve hipertansiyon hastalarının yaşam kalitesi puanları ile sağlıklı bireylerin yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı ilişki bulunamamış olmakla birlikte her iki hasta grubun yaşam kalitesi puanlarının sağlıklılarından daha düşük olduğu tespit edilmiştir⁽⁹⁰⁾. Çalışmamızda da benzer şekilde gruplar arasında bedensel alan dışında genel olarak anlamlı farklılık olmasa da diyabetli grubun yaşam kalitesi puanları kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur. Ayrıca diyabet grubunun HT grubuna göre ruhsal alan puanı benzer olmakla birlikte diğer alan puanlarının düşük olduğu saptanmıştır.

SF 36 ile yaşam kalitesinin değerlendirildiği başka bir çalışmada diyabetli bireylerin yaşam kalitelerinin hipertansiflerden daha iyi olduğu ortaya konmuştur⁽⁹¹⁾.

Norveçli erişkinler arasında yapılan bir çalışmada diyabetli, miyokard enfarktüsü, anjinalı ve inmeli hastalar herhangi bir kronik hastalığı olmayan sağlıklı bireylerle iyilik

hali açısından karşılaştırılmış ve sonuçta diyabetli bireylerin iyilik halinin kontrol grubundan zayıf; fakat inmeli ve anjinalı hastalardan daha iyi olduğu gösterilmiştir⁽⁹²⁾.

Stewart ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada HT olan hastaların SF 36 yaşam kalitesi puanları kronik hastalığı olmayan bireylerle benzer bulunmuştur. Diyabetli hastaların ise fiziksel, rol fonksiyon, sosyal fonksiyon ve sağlık algısını değerlendiren alt ölçeklerde kontrol grubuna göre yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular ile çalışmamızdaki bulgular kıyaslandığında çalışmamızda da benzer şekilde HT hastaları ile kontrol grubunun yaşam kalitesi puanlarının benzer olduğu ve diyabet hastalarının yaşam kalitesi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olamasa da daha düşük olduğu görülmektedir. Aynı çalışmada ayrıca multipl kronik sağlık sorunu olan hastaların fonksiyonellik ve iyilik halinde sadece tek kronik sağlık sorunu olan hastalara göre daha büyük bir düşüş olduğu da belirtilmiştir⁽⁹³⁾.

Stewart ve arkadaşlarının yaptığı; Tip 1 ve Tip 2 diyabet, hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği, yeni geçirilmiş miyokard enfarktüsü olan ve depresif hastaları içeren bir diğer çalışmada ise tip 1 diyabetli hastaların SF 36 fonksiyonellik ve iyilik hali ölçek puanları hipertansif hastalarla alt ölçeklerin büyük çoğunluğunda benzer bulunmuştur⁽⁹⁴⁾.

Ware ve arkadaşları 541 tip 2 diyabet hastasıyla yaptıkları bir çalışmada genel popülasyona göre fiziksel fonksiyon, rol fonksiyonu ve genel sağlığı değerlendiren ölçeklerde daha düşük yaşam kalitesi ölçmüşlerdir. Bir İsveç çalışması da sosyal sağlık dışında bütün yaşam kalitesi ölçeklerinde diyabetli bireylerin yaşam kalitesini kontrol gruplarından düşük bulmuştur⁽⁸⁴⁾.

Aydemir ve arkadaşları birinci basamakta hipertansif hastalar arasında komorbid durumların yaşam kalitesi üzerine etkisini SF36 ile değerlendirdikleri çalışmalarında hipertansif hastaların yaşam kalitesi puanlarının normal popülasyonunkinden daha düşük olduğu, ek olarak diyabet varlığının sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi üzerine etkisi olmadığını ortaya koymuşlardır⁽⁸⁷⁾.

Eskişehir Mahmudiye’de 35 yaş ve üzeri kişilerde yaşam kalitesinin araştırıldığı bir çalışmada kronik hastalığı olmayanların bedensel ve ruhsal alan puan ortalamaları kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu kronik hastalıkların biyolojik olduğu kadar psikolojik yönden de hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde

etkilediğini; özellikle bu grup hastaların psikolojik yönden de desteklenmesi gerekliliğini düşündürmektedir⁽⁹⁵⁾.

Rubin ve Peyrot 1999 yılında yayınladıkları makalelerinde diyabetik hasta grubunun yaşam kalitesi puanlarının genel popülasyondan düşük olduğunu; fakat bununla birlikte diğer kronik hastalıklarla karşılaştırıldığında diyabetik grubun daha yüksek puan aldığını göstermişlerdir⁽⁸⁴⁾. Bu bulgu, çalışmamızda diyabet hastalarının hem HT hem de kontrol grubundan daha düşük puan aldıkları göz önüne alındığında farklılık göstermektedir.

Hindistan'da yaşlı bireyler arasında WHOQOL BREF kullanılarak yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirildiği bir çalışmada diyabetli hastalar ile diyabeti olmayanlar arasında yaşam kalitesi ortalama puanları açısından farklılık görülememiştir. Ancak diyabeti olan hastaların olmayanlara göre bedensel alan alt ölçek puanı anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Aynı çalışmada hipertansif olanlar ile olmayanlar arasında da WHOQOL BREF ortalama puanları açısından aralarında farklılık tespit edilememiştir⁽⁹⁶⁾. Bu bulgular çalışmamızdaki bulgularla benzer görünmektedir.

Mohammad ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise hipertansif yaşlılar ile sağlıklı yaşlı bireyler arasında WHOQOL BREF'in bedensel, ruhsal ve çevre alanlarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir⁽⁹⁷⁾.

Çalışmamızda, diyabet ve hipertansiyon hastalarının yaşam kalitesi puanları ile sağlıklı bireylerin yaşam kalitesi puanları arasında diyabet hastalarının bedensel alan puanının kontrol grubununkinden daha düşük olması dışında anlamlı ilişki bulunamamış olmakla birlikte her iki hasta grubunun yaşam kalitesi puanlarının sağlıklılarınkinden daha düşük olduğu saptanmıştır. Literatürde DM, HT hastaları ve sağlıklı bireylerden oluşan üç grubu WHOQOL-BREF TR ile yaşam kalitesini ölçerek kıyaslayan başka bir çalışmaya rastlanamamıştır. Ancak yaşam kalitesini değerlendiren diğer ölçeklerle yapılan çalışmalardan çıkardığımız sonuçlar ile diyabet hastalarının yaşam kalitelerinin sağlıklı popülasyona göre daha kötü; HT hastalarının sağlıklı popülasyona göre daha kötü ya da benzer; diyabetli bireylerin hipertansiyonlulara göre benzer ya da nadiren daha iyi olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda gruplar arasında sosyal sorun çözme becerileri açısından istatistiksel anlamlı fark bulunamamıştır. Eskin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise

gerilim tipi başağrısı ve migreni olanların SSÇE toplam puanı ve SOY puanı kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük; SOSY puanı ise anlamlı olarak yüksek bulunmuştur⁽¹⁰⁾. Psöriazislilerle yapılan başka bir çalışmada da hastaların SSÇE toplam puanının kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük, SOSY ve DDT puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu gösterilmiştir⁽¹¹⁾.

Çalışmamızdakine benzer şekilde DM, HT ve kontrol gruplarını sosyal sorun çözme becerileri açısından karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmadığı için bulgularımızla kıyaslanamamıştır.

5.2. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sosyal Sorun Çözme Becerileri ve Yaşam Kaliteleri ile Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri Arasında Bir İlişki Var mıdır?

Hastaların sosyodemografik özellikleri ile hastalıklarına ait bazı özelliklerin sosyal sorun çözme becerilerini ve yaşam kalitelerini etkileyebileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda bu özelliklerin sosyal sorun çözme becerisi üzerine etkisi değerlendirildiğinde görülmüştür ki HT hastaları için ≤ 50 yaş HT hastalarının RSC alt ölçek puanları anlamlı olarak daha yüksek; lise ve üniversite mezunlarının SOSY alt ölçek puanları anlamlı olarak daha düşük; ekonomik durumu iyi olan hastaların SSÇE genel puanı ve SOY alt ölçek puanı anlamlı olarak daha yüksek; ekonomik durumu kötü olan hastaların ise SOSY yaklaşım puanları anlamlı olarak daha yüksek; hem oral hap alan hem de insülin kullanan hastaların KT alt ölçek puanları anlamlı olarak daha düşük ve aile hekimine altı ayda bir ya da daha seyrek gidenlerin RSC alt ölçek puanları anlamlı olarak daha yüksektir. Yaşam kalitesi açısından değerlendirildiğinde ise sadece HT hastalarında bedensel alan ile ekonomik durum arasında ilişki bulunmuş olup; ekonomik durumu iyi olan HT hastalarının bedensel alan alt ölçek puanının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür.

Aynı değerlendirme DM hastaları için yapıldığında erkeklerin ve çalışanların RSC puanları anlamlı olarak daha yüksek; komplikasyonu mevcut olan hastaların ve hastalıkları ile ilgili eğitim alanların SSÇE genel puanları anlamlı olarak daha yüksek; hem OAD hem de insülin kullanan grubun SOSY puanları anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur. Yaşam kalitesi açısından ise yaşı 50'nin üzerinde olan, üniversite mezunu olan ve ekonomik durumu iyi olan DM hastalarının çevre alan puanları daha

yüksek bulunmuştur. Ayrıca erkeklerin bedensel alan puanları anlamlı olarak daha yüksektir.

Sağlığın sosyal belirleyicilerini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmalar incelendiğinde görülmüştür ki çalışmayan kadın ve erkeklerde hastalık ve ölümler daha yüksek, genel sağlık durumları çalışanlara göre daha kötüdür. İsveç'te yaşam kalitesinin SF 36 ile değerlendirildiği bir çalışmada çalışmayan grubun yaşam kalitesi çalışan gruba göre daha düşük bulunmuştur⁽⁹⁸⁾.

Hindistan'da yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin değerlendirildiği bir çalışmada yaş arttıkça, eğitim düzeyi düştükçe yaşam kalitesinin azaldığı gösterilmiştir⁽⁹⁶⁾

Akıncı ve arkadaşları tip 2 diyabet hastaları arasında ≤ 40 yaş, erkek ve eğitim düzeyi < 8 yıl olan, komplikasyonu olmayan ve insülin kullanan hastaların toplam yaşam kalitesi puanlarını anlamlı olarak daha yüksek bulmuştur⁽⁹⁹⁾.

Çıtıl ve arkadaşlarının diyabetli hastalarla yaptıkları çalışmada erkeklerin SF 36'nın bütün boyutlarında aldığı puanlar kadınlara göre istatistiksel açıdan önemli ölçüde yüksek bulunmuştur. Yaşın ilerlemesi yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemesine karşın, öğrenim süresi uzadıkça yaşam kalitesi puanları yükselmektedir. Çeşitli değişkenlerin yaşam kalitesi üzerindeki bağımsız etkileri multiple lineer regresyon analizi ile incelendiğinde diyabetli kişilerde cinsiyet, yaş, öğrenim süresi ve ek kronik hastalık varlığının fiziksel alan puanlarını önemli ölçüde etkilediği saptanmıştır. Cinsiyet ve yaşın mental alan puanlarına etkisi de istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur⁽¹⁰⁰⁾.

Pala ve arkadaşları tip 2 diyabet hastalarının sosyodemografik değişkenleri ile yaşam kalitesi alt ölçeklerini karşılaştırdıklarında cinsiyet ile fiziksel, ruhsal ve sosyal alan; komplikasyon varlığı ile fiziksel ve ruhsal alan arasında anlamlı ilişki tespit etmiş; ancak yaş, eğitim düzeyi, ekonomik düzey ve komorbid durumlar ile yaşam kalitesi alt ölçekleri arasında ilişki bulamamışlardır⁽¹⁰¹⁾.

Aghamollaei ve arkadaşları da diyabetli hastaların yaşam kalitesi puanları ile yaş arasında bir ilişki bulamamıştır⁽¹⁰²⁾.

Nijerya'da tip 2 diyabetli hastalar ile yapılan bir çalışmada da yaşam kalitesi ölçekleri yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi değişkenlerden etkilenmemiştir. Ancak anlamlı olmasa da yaş ile fiziksel alan dışında WHOQOL BREF alt ölçekleri arasında negatif korelasyon göstermiştir. WHOQOL BREF genel sağlık puanı multipl

komplikasyonu olan hastalarda komplikasyonu olmayanlara göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur⁽¹⁰³⁾.

Hollandalı tip 2 diyabet hastalarında da yaş, kadın cinsiyet, insülin kullanımı ve komplikasyon varlığı ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde bir ilişki olduğu gösterilmiştir⁽¹⁰⁴⁾.

Hipertansif hastaların tedavi uyumunun değerlendirildiği bir çalışmada SF-36 sosyal fonksiyon puanlarının 51-60 yaş grubunda, 71-80 ve 81 ve üzeri yaş grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu, beden kitle indeksine göre dağılımları arasında ise anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır. SF-36 fiziksel fonksiyon, rol güç fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık, vitalite ve sosyal fonksiyon puanları erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksektir. SF-36 fiziksel fonksiyon puanları eğitim durumu “orta öğretim” ve “yükseköğretim” olan grubun daha düşük eğitim düzeyi olanlara göre anlamlı olarak yüksek; rol güç fiziksel fonksiyon alt boyut puanları eğitim durumu “okuma yazması yok” olan grubun eğitim düzeyi “ortaöğretim” ve “yüksek öğretim” olan gruplara göre anlamlı olarak daha düşük olduğu gösterilmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça ağrı puanlarının arttığı; yine eğitim düzeyi daha yüksek olan grupların daha yüksek sosyal fonksiyon puanlarına sahip oldukları tespit edilmiştir⁽¹⁰⁵⁾.

Vietnam’da hipertansiyon hastalarının yaşam kalitesini değerlendiren bir çalışmada yaşam kalitesinin fiziksel, ruhsal ve çevre alan puanlarının çalışanlarda daha yüksek olduğu ve yaş arttıkça puanların düştüğü; erkeklerin, yüksek eğitim düzeyi olanların bütün alt ölçek puanlarının kadınlarınkinden anlamlı olarak yüksek olduğu; ekonomik durum ile çevre alanı arasında sınırda anlamlı ilişki olduğu; komorbid durumu olanların fiziksel ve çevre alan puanlarının daha düşük olduğu ortaya konmuştur⁽¹⁰⁶⁾.

Güney Brezilya’da hipertansif erişkinlerle yapılan bir çalışmada cinsiyet açısından WHOQOL BREF alt ölçek puanlarıyla anlamlı fark bulunamamış olsa da erkeklerin puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Komorbid durumlardan depresyonu olan hastalar ile olmayanlar arasında WHOQOL BREF’in bütün alt ölçeklerinde istatistiksel anlamlı fark bulunmuş; obezitesi olanlar ile olmayanlar arasında fiziksel alanda fark tespit edilmiştir. Ayrıca kardiyak aritmisi olanlar ile olmayanlar arasında ruhsal alanda; kalp yetmezliği olanlar ile olmayanlar arasında da fiziksel ve ruhsal alanda anlamlı fark bulunmuştur. Sosyodemografik değişkenler ile yaşam kalitesi alt ölçekleri arasında

yapılan korelasyon sonucunda yaş ile anlamlı korelasyon bulunamazken; eğitim yılı ile sınırdan anlamlı pozitif korelasyon olduğu görülmüştür⁽¹⁰⁷⁾.

Oza ve arkadaşlarının hipertansiyon tanılı hastalarla yaptığı çalışmada yaş ile WHOQOL BREF çevre alanı dışında kalan alt ölçekler arasında negatif korelasyon; komorbidite sayısı ile bütün alt ölçekler arasında yine negatif korelasyon bulmuştur⁽¹⁰⁸⁾.

Baune ve arkadaşlarının hipertansif ve inme geçiren hastalarla yaptıkları çalışmada sadece hipertansiyonu olan hastaların yaşam kalitesinin fiziksel alanında eğitim ve gelir düzeyinde; ruhsal alanda cinsiyet, eğitim ve gelir düzeylerinde; sosyal alanda cinsiyet ve eğitim düzeyinde; çevre alanında da cinsiyet , eğitim ve gelir düzeyinde anlamlı fark tespit edilmiştir. Ayrıca inme geçiren ve geçirmeyen bütün hipertansiyon hastalarının sosyodemografik değişkenleri ile yaşam kalitesi arasında yapılan korelasyonda inme geçirmiş olmanın, kadın cinsiyetin, düşük eğitim ve gelir düzeyinin bütün yaşam kalitesi alanlarını olumsuz etkilediği, yaşın ise anlamlı bir etki yapmadığı gösterilmiştir⁽¹⁰⁹⁾.

Zurilla ve arkadaşlarının SSC becerisinde yaş ve cinsiyet farklılığını araştırdıkları çalışmalarında sorun çözmenin beş alt ölçeğinde de anlamlı yaş farklılığı bulunmuş olup; orta yaş grubunun SOY ve RSC puanlarının genç erişkinlerinkinden daha yüksek; DDT, KT ve SOSY puanlarının ise daha düşük olduğu görülmüştür. Orta yaş grubunun yine SOY ve RSC puanların yaşlı gruba göre daha yüksek iken; DDT ve KT puanları daha düşük bulunmuştur. Cinsiyetler arasında da SOY, SOSY ve RSC alt ölçeklerinde anlamlı olarak fark tespit edilmiştir. Erkeklerin SOY puanları kadınlarınkinden yüksek, SOSY puanları ise tam tersi daha düşüktür⁽¹¹⁰⁾.

Glasgow ve arkadaşlarının tip 2 diyabetli erişkinlerle yaptıkları çalışmada hastalara diyabet sorun çözme ölçeği uygulanmış olup sorun çözme puanı ile cinsiyet ve eğitim düzeyi arasında ilişki bulunamamıştır. Dört ve daha fazla komorbid durumu olanlar ile diyabetle ilişkili komplikasyon sayısı iki ve daha fazla olanlar daha az komorbid durumu ve daha az komplikasyonu olanlara göre ölçeğin egzersiz sorun çözme alt boyutunda anlamlı olarak daha düşük puanlar almıştır. Beslenme sorun çözme alt boyutu ile sosyodemografik değişkenler arasında anlamlı fark tespit edilememiştir⁽¹¹¹⁾.

Literatürde hipertansiyon hastalarının SSC becerilerinin değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmadığı için sosyal sorun çözme becerileri ile sosyodemografik ve hastalık özellikleri arasındaki ilişki çalışmamızdaki verilerle kıyaslanamamıştır.

5.3. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sosyal Sorun Çözme Becerileri ve Yaşam Kaliteleri ile Beslenme, Egzersiz, Sigara, Alkol Alışkanlıkları Arasında Bir İlişki Var mıdır?

5.3.1. Sosyal Sorun Çözme ve Alışkanlıklar İlişkisi

Önlenebilir sağlık risk faktörleri (yetersiz fiziksel aktivite, kötü beslenme, tütün kullanımı ve maruziyeti, alkol tüketimi) bazı kronik hastalıkların gelişmesi veya mevcut kronik hastalıkların şiddetinin artmasına neden olabilir. İşlevsel sorun çözme becerisi olan kronik hastalıklı bireylerin sağlıklı beslenerek, düzenli egzersiz yaparak, tütün ve alkol içmeyerek hastalık kontrolünde daha başarılı olmaları beklenir.

Çalışmamızda DM hastalarında alkol içenlerin RSC, DDT ve KT alt boyut puanları anlamlı olarak daha yüksektir. DDT ve KT gibi işlevsel olmayan sorun çözme becerilerine sahip bireyler sorumluluktan kaçmak ve yarım bıraktıkları, dikkatsizce davrandıkları sorunları görmezden gelmek için alkol içmeye başvuruyor olabilirler. Bununla birlikte sorunları akılcı yoldan çözen diyabet hastalarının da alkol içiyor olması ayda bir veya daha az alkol içen hastaların bile ‘alkol içenler’ grubuna dahil edilmesinden ya da alkol içerek duyguyu bastırmak istemelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Yunanistan’da diyabet insidansını belirlemek için 2002-2012 yılları arasında yapılan prospektif ATTICA çalışmasında 10 yıllık süre zarfında diyabet gelişen hastalar ile diyabet gelişmeyen katılımcılar arasında vücut kitle indeksi açısından anlamlı fark tespit edilmiş; ancak fiziksel aktivite, günlük enerji alımı ve sigara içme açısından farklılık görülememiştir⁽¹¹²⁾.

Diyabete bağlı sağlık davranışları ile sorun çözme becerisi arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalar incelendiğinde çalışmamızda kullanılan SSÇE ile değerlendirilen bir çalışmaya rastlanamamıştır. Ancak diğer sorun çözme ve baş etme ölçeklerinin kullanıldığı çalışmalar arasında tutarsız sonuçlar bulunmuştur.

Hill-Briggs ve arkadaşları tip 2 diyabetli Afrikalı Amerikalılarla yaptığı çalışmada SSC becerileri ile fiziksel aktivite arasında anlamlı olmasa da zayıf bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir⁽¹¹³⁾.

Glasgow ve arkadaşları 60 yaş üstü tip 2 diyabet hastalarıyla çalışmış olup bu hastalara beslenme, egzersiz, kan şekeri takibi, sorun çözme ve başatme stratejileri ile ilgili belirli zaman dilimlerinde eğitim verilmiştir. Kontrol grubuna göre kalori alımında, yağ tüketiminde ve dolayısı ile vücut ağırlığında daha büyük bir düşüş gerçekleştiği; uzun dönemde günlük aktivite süresinde artış olduğu gösterilmiştir⁽¹¹⁴⁾.

McCaul ve arkadaşlarının erişkin ve adölesan insülin bağımlı diyabet hastalarıyla yaptıkları çalışmada her iki grupta da sorun çözme becerileri ile tedavinin bir parçası olan beslenme ve egzersiz arasında ilişki tespit edilememiştir⁽¹¹⁵⁾.

Literatürde hipertansiyon hastalarının sorun çözme becerileri ile sağlıklı yaşam davranışlarını değerlendiren bir çalışmaya rastlanamamış olmakla birlikte; çalışmamızdaki verilere göre HT hastalarında egzersiz, beslenme, tütün ve alkol alışkanlıkları ile SSC alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

5.3.2. Yaşam Kalitesi ve Alışkanlıklar İlişkisi

Sağlık risk faktörlerinden uzak duran kronik hastalıklı bireylerin hastalık kontrolünde daha başarılı olmaları beklendiği gibi yaşam kalitelerinin de daha yüksek olması öngörülmektedir.

Çalışmamızda egzersiz yapan DM hastalarının WHOQOL-BREF TR bedensel alan puanları sınırda anlamlı; diyet yapan DM hastalarının sosyal alan puanları ve egzersiz yapan HT hastalarının bedensel ve ruhsal alan puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ancak beklenenin aksine tütün ve alkol içimi ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki tespit edilememiştir. Bu bulgu literature ile uyumsuz bulunmuştur.

Genel popülasyonda sigara içimi, alkol tüketimi, beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite ile zihinsel ve fiziksel sağlık arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla yapılan bir çalışmada, yaşam kalitesi SF12 ile değerlendirilmiş ve ilk değerlendirilmede fiziksel sağlık puanları hiç sigara içmeyenler, ortalama beslenme alışkanlıkları olanlar, haftada en az yedi saat fiziksel aktivite yapanlar ve önerilen düzeyde alkol tüketenlerde en yüksek düzeyde bulunmuştur. Zihinsel sağlık puanları ise hiç sigara içmeyenler, sağlıklı beslenme alışkanlıkları olanlar, haftada en az yedi saat fiziksel aktivite yapanlar

ve önerilenin üzerinde alkol tüketenlerde en yüksek düzeyde tespit edilmiştir. Alkolik düzeyde olmasa da önerilenin üzerinde alkol tüketenlerde zihinsel sağlık puanlarının daha yüksek olması “jolly drinkers”a (yeterli olandan fazla içmeye) bağlanmıştır⁽¹¹⁶⁾.

Avusturya’da erişkinler arasında farklı diyet şekillerinin çeşitli sağlık parametreleri ile olan ilişkilerini araştıran bir çalışmada etten daha az zengin beslenen etçillerin WHOQOL BREF alt ölçeklerinin dördünde de yaşam kalitesi puanlarının vejeteryan, sebze-meyveden zengin beslenen etçil ve etten zengin beslenen etçillere göre daha düşük olduğu; etten zengin beslenen etçillerin bedensel ve ruhsal alanda yaşam kalitelerinin vejeteryan ve sebze-meyveden zengin beslenen etçillere göre daha iyi olduğu gösterilmiştir⁽¹¹⁷⁾.

Yaşam kalitesi üzerine etkili faktörler arasında alkolizm olduğu bilinmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalar az sayıdadır. Yapılan çalışmaların sonuçları ise birbirleri ile uyumsuzdur. Bu durum alkol içme davranışlarındaki farklılıklar ve uygulanan yöntemlerden kaynaklanmaktadır.

İspanya’da 2008-2010 yılları arasında erişkinlerde yapılan bir çalışmada yaşam kalitesi SF 12 ile değerlendirilmiş olup; sosyodemografik özellikler, yaşam tarzı, beden kitle indeksi (BKİ) ve kronik hastalık varlığı açısından standardize edilmiş çalışma gruplarında hiç alkol kullanmayanlar ve alkol kullanmış ancak bırakmış olanlar arasında fiziksel sağlık parametresi bakımından anlamlı bir farklılık saptanamamışken; hiç alkol kullanmayanlarla alkol kullanıcıları arasında fiziksel sağlık puanları arasında anlamlı bir farklılık gösterilmiş, mental sağlık açısından ise farklılık gösterilememiştir⁽⁹⁸⁾.

Altmış beş yaş üstü Koreli erişkinlerin yaşam kalitesinin SF12 ile değerlendirildiği bir çalışmada da alkol tüketimi olmayanların yaşam kalitesi puanlarında düşüş bulunmuşken; egzersiz yapanlarındaki artış görülmüştür⁽¹¹⁸⁾.

Akvardar ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada alkol bağımlısı hastaların WHOQOL BREF ruhsal ve sosyal alan puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olduğu gösterilmiştir⁽¹¹⁹⁾.

Castro ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, sigara içmeyenlerin yaşam kalitesi ruhsal, sosyal ve çevre alanları sigara içenlere göre anlamlı olarak daha iyi bulunmuştur⁽¹²⁰⁾.

Sigara içiminin diyabetli hastalarda komplikasyon riskini arttırdığı bilinmektedir. İran'da yapılan bir çalışmada diyabetli hastalardan sigara içmeyenlerin WHOQOL BREF ruhsal ve çevre alan puanları sigara içenlere göre daha yüksek bulunmuştur⁽¹⁰²⁾.

Dixit ve arkadaşları, çalışmalarında orta şiddette yapılan aerobik egzersizin periferik nöropatili tip 2 diyabet hastalarının yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde köşe taşı olduğunu ortaya koymuşlardır⁽¹²¹⁾.

Bir başka çalışma, sigara içimi, obezite, fiziksel inaktivite ve ağır alkol içiciliği gibi sağlıkla ilişkili riskli davranışların astım ve diyabet hastalarının yaşam kalitesinde düşüşe neden olduğunu göstermektedir⁽¹²²⁾.

Avustralya'da yaşan 55-65 yaş arası kadın ve erkeklerde yapılan bir çalışmada sağlıklı beslenmeye uyum ile daha iyi yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir⁽¹²³⁾.

Kahleova ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, diyabet hastalarının bir kısmına vejeteryan diyet, bir kısmına ise konvansiyonel diyabet diyeti verilmiş ve obezite ve kilo kaybı yaşam kalitesi ölçeği uygulanmıştır. Vejeteryan diyet uygulanan grubun yaşam kalitesi puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmış ve zaman içerisinde yaşam kalitesinin artışı gösterilmiştir⁽¹²⁴⁾.

Hipertansiyonda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerden biri düzenli egzersiz yapılmasıdır. Bu konuda yapılan bir araştırmada, hastalar aerobik egzersiz grubu (hipertansiyonu azaltmaya yönelik on hafta boyunca haftada üç seans olmak üzere) ve egzersiz yapmayan kontrol grubu olarak ikiye ayrılmışlardır. Düzenli direnç egzersizi hipertansif hastalarda hem kan basıncını hem de yaşam kalitesini düzeltmiştir. SF 36 ile değerlendirilen yaşam kalitesinin mental sağlık dışında bütün alt ölçeklerinde kontrol grubuna göre anlamlı bir yükseliş tespit edilmiştir⁽¹²⁵⁾.

Vietnam'da hipertansiyon hastaları arasında yapılan bir çalışmada orta seviyede fiziksel aktivite yapanların WHOQOL BREF alt ölçeklerinin dördünde de puanlarının, düşük ve yüksek seviyede fiziksel aktivite yapanlardan daha yüksek olduğu ortaya konmuştur. Çok değişkenli analiz sonucuna göre orta seviyede fiziksel aktivite yapma ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde ilişki tespit edilmiştir⁽¹⁰⁶⁾.

Brezilya'da yine hipertansiyon hastalarıyla yapılan çalışmada fiziksel aktivite ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığında sedanter yaşayanlar ile düzensiz fiziksel aktivite yapanlar arasında yaşam kalitesinin bedensel alan alt ölçeğinde anlamlı fark

olduğu görülmüştür. Düzensiz fiziksel aktivite yapan hipertansiyon hastaları sedanterlere göre daha az ağrı, rahatsızlık ve yorgunluk bildirmişlerdir⁽¹²⁶⁾.

Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi'nde hipertansiyonlu hastalar üzerine yapılan bir tez çalışmasında hipertansif hastalar ile sağlıklı bireyler sigara kullanımı açısından karşılaştırılmış ve hipertansiflerin anlamlı olarak daha fazla sigara içtiği gösterilmiştir. Hipertansif grup ağırlıklı olarak et ile beslenirken; kontrol grubu ağırlıklı olarak sebze, meyve ile beslenmektedir. Alkol tüketimi hasta bireylerde daha fazla iken kontrol grubunda bu çok daha düşüktür. Gruplar egzersiz yapma durumuna göre değerlendirildiğinde yine kontrol grubunun anlamlı olarak hipertansiflere göre daha düzenli egzersiz yaptığı ortaya konmuştur. Ancak düzenli egzersiz yapmanın yaşam kalitesi alanlarıyla ilişkisi bulunamamıştır. Grupların yaşam kaliteleri SF 36 ile değerlendirildiğinde bütün alt ölçeklerinde yaşam kalitesinin kontrol grubunda hipertansif gruba göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Hastaların beslenme alışkanlıklarının yaşam kalitesi alanlarından fiziksel fonksiyonu etkilediği, TA ölçümlerinin yüksek çıkmasının yaşam kalitesi alanlarından sosyal fonksiyonla ilişkili olduğu bulunmuştur⁽¹²⁷⁾.

5.4. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sosyal Sorun Çözme Becerileri ve Yaşam Kaliteleri ile Klinik Sonuçları Arasında Bir İlişki Var mıdır?

Çalışmamızda hipertansif hastaların RSC alt ölçek puanları arttıkça TA sistolik ve diyastolik değerlerinin düştüğü; sosyal sorun çözme beceri genel puanları arttıkça da TA sistolik değerlerinin düştüğü tespit edilmiştir. Literatürde hipertansiyon hastalarının SSC becerilerinin TA üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamakla beraber; bu bulgular mevcut literatür gözönüne alındığında beklendiği gibidir.

DM hastalarının SOY alt ölçek puanları ile HbA1c değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p=,050$). HbA1c değeri ≤ 7 olan DM hastalarının SOY alt ölçek puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. HbA1c ölçümü diyabetli hastalarda uzun dönem glisemik takipte oldukça önemlidir. Diyabet kontrolünde problem çözmenin önemi klinik olarak gözlenmesine rağmen, yapılan araştırmaların bazılarında sorun çözme ile glisemik kontrol arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır^{(128) (129) (130)}.

Tip 2 diyabetli Afrikalı Amerikalılar arasında yapılan bir çalışmada SSC'nin sorun çözme tarzı ve yönelimi alt ölçeklerinden sadece inefektif sorun çözme tarzları ile

glisemik kontrol arasında anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir. Dikkatsiz/dürtüsel tarz alt ölçeğindeki her çeyrek değerlik artış HbA1c'de 0,82'lik bir artışla; kaçınan tarz alt ölçeğindeki her çeyrek değerlik artış 1,62'lik bir artışla ilişkili bulunmuştur⁽¹¹³⁾.

Hill-Briggs ve arkadaşlarının diyabetli ve HIV'li hastalarla yaptıkları çalışmada hastaların sağlıkla ilişkili sorun çözme becerileri ile hastalık kontrolü arasında ilişki incelenmiş ve toplam puanı daha yüksek yani sorun çözme becerisi daha iyi olan diyabetli hastaların daha düşük HbA1c düzeylerine sahip olduğu ve daha az acil servis ziyareti gerçekleştirdiği gösterilmiştir. Sağlıkla ilişkili sorun çözme becerisinin etkili sorun çözme, geçmiş deneyimlerin olumlu aktarımı ve olumlu sorun yönelimi alt ölçekleri ile HbA1c arasında da negatif yönde ilişki tespit edilmiştir⁽¹¹³⁾.

Trento ve arkadaşlarının tip 2 diyabetli hastalarla yaptıkları beş yıllık randomize kontrollü çalışmada eğitim alan grup ile almayan kontrol grubunun eğitim öncesi değerlendirilen HbA1c değerleri biribiri ile benzer iken beş yıl sonra eğitim alan grubun sorun çözme beceri puanlarındaki artışa karşılık HbA1c değerlerinde düşüş olmuş; kontrol grunda ise bunun aksine sorun çözme beceri puanları düşmekle birlikte HbA1c değerlerinde artış olduğu gösterilmiştir⁽⁸⁹⁾

Glasgow ve arkadaşlarının tip 2 diyabetli erişkinlerle yaptıkları çalışmada hastalara diyabet sorun çözme ölçeği uygulanmış; ölçeğin beslenme davranışı puanı ile HbA1c arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Beslenme davranışı puanı arttıkça HbA1c değeri düşüş göstermiştir⁽¹¹¹⁾.

Çalışmamızda da literatürdeki pek çok çalışmayla uyumlu olarak soruna olumlu yaklaşan ve rasyonel sorun çözme tarzına sahip diyabet hastalarının glisemik kontrolü daha iyi iken; soruna olumsuz yaklaşan hastaların glisemik kontrolünün daha kötü olduğu ortaya konmuştur.

Glisemik kontrolü hedef değerlerde olan diyabet hastalarının ve normotansif olan hipertansiyon hastalarının yaşam kalitesinin daha yüksek olması beklenir. Çalışmamızda WHOQOL-BREF TR alt ölçeklerinden bedensel alan puanı ile TA arasında istatistiksel olarak sınırda anlamlı ilişki bulunmuş olup; TA değeri <140/90 olan HT hastalarının bedensel alan puanları daha yüksek tespit edilmiştir. DM hastalarının yaşam kalitesi ve HbA1c değerleri arasındaki korelasyonda anlamlı ilişki saptanamamış; fakat hipertansiyon hastalarında TA sistolik değerleri arttıkça yaşam kalitesinin bedensel alan puanlarının düştüğü gösterilmiştir.

Çalışmamızdakine benzer şekilde Pala'nın çalışmasında da HbA1c ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir⁽¹⁰¹⁾. Petterson ve Wredling de çalışmalarında HbA1c düzeyi ile hastaların iyilik hali arasında anlamlı ilişki bulamamıştır^{(131) (132)}. Anderson ve Ahroni'nin yaşam kalitesinin değerlendiren genel ölçeklerle (SF36 ve SF20) yaptıkları çalışmalarda glisemik kontrol ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır^{(133) (134)}.

Jahanlou ve arkadaşları ile Aghamollaei ve arkadaşlarının İranlı diyabetik hastaların yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmalarında da WHOQOL BREF alt ölçekleri ile HbA1c arasında ilişki tespit edilememiştir^{(102) (135)}.

Çin'de tip 2 diyabet hastalarının yaşam kalitesi üzerine psikososyal faktörler ve metabolik kontrolün etkisinin değerlendirildiği bir başka çalışmada da HbA1c ile yaşam kalitesi arasında herhangi bir ilişki tespit edilememiştir⁽¹³⁶⁾.

Yapılan bazı çalışmalar ise iyi glisemik kontrolün daha iyi yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Özellikle diyabet spesifik yaşam kalitesi ölçeği kullanıldığında glisemik kontrol ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır.

Trief ve arkadaşlarının diyabetli hastalarla yaptığı çalışmada diyabetle ilişkili yaşam kalitesi ölçeği ile HbA1c arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuş olup; SF36 ile HbA1c arasında herhangi bir ilişki tespit edilememiştir⁽¹³⁷⁾.

Shim ve arkadaşları da istendik metabolik kontrolün sağlanamamasının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini göstermişlerdir⁽¹³⁸⁾. Eren ve arkadaşlarının çalışmasında HbA1c seviyeleri ile WHOQOL-BREF (TR) genel sağlık, bedensel, ruhsal alan ve yaşam kalitesi toplam puanları arasında anlamlı negatif ilişki olduğu bulunmuştur⁽¹³⁹⁾.

Akıncı ve arkadaşlarının Tip 2 diyabet hastalarında yaşam kalitesini araştırdıkları çalışmalarında HbA1c değeri <7 olan hastaların yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu ortaya konmuştur⁽⁹⁹⁾.

Batı Hindistan'da yaşayan tip 2 diyabet hastalarının yaşam kalitelerinin değerlendirildiği bir başka çalışmada WHOQOL BREF alt ölçeklerinden diyabeti kontrol altında olan hastaların ruhsal alan puanı kontrol altında olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur⁽¹⁴⁰⁾.

İranlı erişkinlerde hipertansiyon ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada hipertansifler ile normotansifler arasında WHOQOL BREF çevre alanında anlamlı fark bulunmuştur. Hipertansiflerin çevre alan puanı daha düşüktür. Kan basıncı ile alt ölçek puanları arasındaki lineer regresyon analizi sonucunda TA sistolik arttıkça bütün alt ölçek puanlarının anlamlı şekilde düştüğü; TA diastolik arttıkça bütün alt ölçek puanlarının da arttığı gösterilmiştir⁽¹⁴¹⁾.

Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesini araştıran bir çalışmada hastaların SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin ağrı, genel sağlık, vitalite ve sosyal fonksiyon alt ölçekleri ile TA değerleri arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur⁽¹⁰⁵⁾.

Brezilya'nın güneyinde, birinci basamakta hipertansiyon hastaları ile yapılan bir çalışmada düşük yaşam kalitesinin 24 saatlik ambulatuvar kan basıncı ölçümlerindeki değişimlerden (>130/80 mmHg) direkt etkilendiği ve yaşam kalitesinin bedensel alanında 24 saatlik ambulatuvar kan basıncı ölçümlerinde TA >130/80 mmHg olanlar ile <130/80 mmHg olanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu gösterilmiştir⁽¹²⁶⁾.

Yine Brezilya'nın güneyinde hipertansif erişkinlerle yapılan bir çalışmada ise tansiyonu kontrol altında olan hastalar ile kontrol altında olmayanlar arasında WHOQOL BREF alt ölçeklerinin hiçbirinde anlamlı fark tespit edilememiştir⁽¹⁰⁷⁾.

5.5. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sosyal Sorun Çözme Becerileri ile Yaşam Kaliteleri Arasında Bir İlişki Var mıdır?

Literatürde HT hastalarında sosyal sorun çözme becerisi ile yaşam kalitesini karşılaştıran bir çalışmaya rastlanamamıştır. Çalışmamızda SOY ile Bedensel, Ruhsal, Sosyal, Çevresel Alan arasında pozitif yönde orta derecede; SOSY ile Bedensel, Ruhsal, Sosyal, Çevresel Alan arasında negatif yönde zayıf-orta derecede; RŞÇ ile Ruhsal ve Sosyal Alan arasında pozitif yönde orta derecede; DDT ile Bedensel Alan arasında negatif yönde çok zayıf derecede; KT ile Sosyal ve Çevre Alanı arasında negatif yönde orta derecede; SSÇE ile Bedensel, Ruhsal, Sosyal, Çevresel Alan arasında pozitif yönde orta derecede ilişki saptanmıştır.

Diyabet hastalarında ise SOY ile Bedensel Alan ve Ruhsal Alan arasında pozitif yönde orta derecede; Çevresel Alanı arasında pozitif yönde çok zayıf derecede; SOSY ile Bedensel, Ruhsal, Sosyal, Çevresel Alan arasında negatif yönde zayıf derecede; RŞÇ ile Ruhsal Alan arasında pozitif yönde çok zayıf derecede; SSÇE ile Ruhsal Alan

arasında pozitif yönde orta derecede; Çevre Alanı arasında pozitif yönde çok zayıf derecede ilişki saptanmıştır.

Rose ve arkadaşları sosyal olarak daha yeterli hisseden, diyabet yönetimi açısından daha çok destek alan ve sorunlarla daha aktif başa çıkan katılımcıların işlevsellikleri ve iyilik hali seviyelerinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir⁽¹⁴²⁾.

Grey ve arkadaşlarının genç diyabetik hastalarla yaptıkları çalışmada sadece yoğun diyabet tedavisi alan grupla baş etme beceri eğitimi alan grup karşılaştırılmış olup; eğitimden sonraki 1. yılda baş etme beceri eğitimi alan grubun daha düşük HbA1c' ye sahip olduğu ve hastalıklarının yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisinin daha düşük olduğu ortaya konmuştur⁽¹⁴³⁾.

Çalışmamızda diyabet hastalardan soruna olumlu yaklaşanların yaşam kalitesinin bedensel, ruhsal, çevre alanının daha iyi; soruna olumsuz yaklaşanların bedensel, ruhsal ve çevre alanlarının daha kötü; rasyonel (akılcı) sorun çözme tarzına sahip olanların ruhsal alanının daha iyi; genel sosyal sorun çözme becerisi daha iyi olanların ruhsal ve çevre alanlarının daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Mevcut literatür de göz önüne alındığında yaşamındaki sorunlarla etkili başa çıkan, baş etme beceri eğitimi alan ve işlevsel sorun çözme tarzına sahip hastaların yaşam kalitesinin daha iyi olduğu yorumu yapılabilir.

5.6. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları

Çalışmamızın güçlü yanları aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır:

Literatür taraması sırasında depresyon, anksiyete, intihar, şizofreni gibi ruhsal hastalıklarda sosyal sorun çözme becerileri ile ilgili çalışmalar çok olmasına karşın organik hastalıklarda sosyal sorun çözme becerilerinin değerlendirildiği çalışma sayısının oldukça az olduğu saptanmış olup; ülkemizde bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde ise psöriazis, migren gibi hastalıklarda çalışıldığı görülmüş ancak günümüzde daha yaygın görülen diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıklarda sosyal sorun çözme becerilerinin değerlendirildiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamız bu bağlamda ülkemizde diyabet ve hipertansiyon hastalarının sosyal sorun çözme becerilerinin değerlendirildiği ilk çalışma olma niteliği taşımaktadır.

Literatürde yurtiçi çalışmalarda olmasa da yurtdışı çalışmalarında diyabet hastalarının sosyal sorun çözme becerilerinin incelendiği; ancak hipertansiyon hastalarının bu konuda hem yurtiçi hem de yurtdışı çalışmalarında hiç

değerlendirilmediği görülmüştür. Aynı zamanda bu iki grubu sosyal sorun çözme becerileri açısından kıyaslayan bir çalışmaya da rastlanmamıştır. Çalışmamız her iki konuda da yine bir ilk olma özelliğindedir.

Diyabetli ve hipertansif hastaların yaşam kalitesi bugüne kadar pekçok çalışmada değerlendirilmiştir. Ancak literatürde diyabet ve hipertansiyon hastalarının sosyal sorun çözme becerileri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendiren herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamız bu özelliği ile literatürdeki diğer çalışmalardan ayrılmaktadır.

Çalışmamıza ait kısıtlılıklar ise şöyledir:

Çalışmamızda klinik parametreler dışındaki veriler hastaların kendileri tarafından doldurulan anketler aracılığı ile toplandığı için subjektif özelliktedir. Bu nedenle anketlere verilen cevapların güvenilirliği tartışmalıdır.

Bulgularımız sadece bu çalışmaya ait örneklemeyi yansıttığı için ülkemizdeki diyabet ve hipertansiyon hastalarının geneline ait kesin yargı çıkarmak bilimsel olarak uygun değildir.

Aynı zamanda bulgularımız aile hekimliği ile ilişkilendirilmekle birlikte katılımcılar üçüncü basamak üniversite hastanesi polikliniklerinden seçilerek çalışmaya dahil edildiğinden dolayı daha çok üçüncü basamağı yansıtmaktadır.

Literatür taramasında ulaşılabilen çalışmalarda SSÇE ve WHOQOL BREF TR yerine farklı ölçekler kullanılmış olup çalışılan parametreler farklılık gösterdiği için çalışmamızın bu çalışmalarla karşılaştırılmasında kısıtlılık yaşanmıştır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Günümüzde özellikle aile hekimlerinin oldukça sık karşılaştığı diyabet ve hipertansiyon hastalıklarına sahip bireylerin sosyal sorun çözme becerilerinin yaşam kaliteleri ve klinik sonuçlara etkisinin değerlendirildiği çalışmamızda:

“Kronik hastalığı olan bireylerin sosyal sorun çözme becerileri ve yaşam kaliteleri sağlıklı bireylerden farklı mıdır?” sorusu sorulmuş ve sosyodemografik özellikler açısından birbirine benzer olan diyabet, hipertansiyon ve kontrol grupları arasında sosyal sorun çözme becerileri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. Yaşam kalitesinin sadece bedensel alanında üç grup arasında anlamlı farklılık saptanmış, bunun DM grubunun bedensel alan puanının kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

“Kronik hastalığı olan bireylerin sosyal sorun çözme becerileri ve yaşam kaliteleri ile sosyodemografik ve hastalık özellikleri arasında bir ilişki var mıdır?” sorusu sorulmuş ve sosyal sorun çözme becerileri açısından DM hastalarında RSC alt ölçeği puanlarının erkek cinsiyette ve çalışanlarda; SSÇE genel puanının komplikasyonu olan ve hastalıkları ile ilgili eğitim alanlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca hem OAD hem de insülin kullanan DM hastalarının SOSY puanları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. HT hastaları arasında ise ≤ 50 yaş olan hastaların RSC puanları anlamlı olarak daha yüksek iken lise ve üniversite mezunlarının SOSY puanları anlamlı olarak daha düşük tespit edilmiştir. Ekonomik durumu iyi olan hipertansiflerin SSÇE genel puanı ve SOY puanı anlamlı olarak daha yüksek; ekonomik durumu kötü olanların ise SOSY yaklaşım puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Hem oral hap alan hem de insülin kullanan HT hastalarının KT alt ölçek puanları anlamlı olarak daha düşüktür. Aile hekimine altı ayda bir ya da daha seyrek giden hipertansiflerin RSC puanları da anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yaşam kalitesi açısından değerlendirildiğinde yaşı 50'nin üzerinde, üniversite mezunu ve ekonomik durumu iyi DM hastalarının WHOQOL-BREF TR-çevre alan puanları; erkek diyabetiklerde de bedensel alan puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. HT hastaları arasında ise ekonomik durumu iyi olanların bedensel alan puanı anlamlı olarak

daha yüksek; komplikasyonu mevcut olanların sosyal alan puanları anlamlı olarak daha düşük; aile hekimine altı ayda bir ve daha seyrek gidenlerin sosyal alan puanları anlamlı olarak daha yüksek ve ek hastalığı olanların bedensel alan puanları anlamlı olarak daha düşük saptanmıştır.

“Kronik hastalığı olan bireylerin sosyal sorun çözme becerileri ve yaşam kaliteleri ile beslenme, egzersiz, sigara, alkol alışkanlıkları arasında bir ilişki var mıdır?” sorusu sorulmuş ve DM hastaları arasında alkol içenlerin RSC, DDT ve KT alt boyut puanları anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca egzersiz yapan diyabet hastalarının yapmayanlara göre WHOQOL-BREF TR-bedensel alan alt ölçek puanının sınırdan anlamlı ($p=,055$) daha yüksek; diyet yapan DM hastalarının da sosyal alan puanları yapmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Sosyal sorun çözme becerileri açısından HT hastaları arasında beslenme, egzersiz, sigara, alkol alışkanlıkları ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. Ancak egzersiz yapan HT hastalarının WHOQOL-BREF TR bedensel ve ruhsal alan puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

“Kronik hastalığı olan bireylerin sosyal sorun çözme becerileri ve yaşam kaliteleri ile klinik sonuçları arasında bir ilişki var mıdır?” sorusu sorulmuş ve HbA1c değeri ≤ 7 olan DM hastalarının SOY alt ölçek puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. HT hastalarının TA değerleri ile sosyal sorun çözme becerileri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. Yaşam kalitesi ile klinik sonuçlar arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır. Ancak hipertansif hastalar arasında TA $< 140/90$ olan grubun bedensel alan puanının TA $\geq 140/90$ olan diğer gruba göre daha yüksek olması sınırdan anlamlı ($p=,052$) olarak kabul edilmiştir.

“Kronik hastalığı olan bireylerin sosyal sorun çözme becerileri ile yaşam kaliteleri arasında bir ilişki var mıdır?” sorusu sorulmuş ve SOY gösteren DM hastalarının yaşam kalitelerinin bedensel, ruhsal ve çevre alanlarının daha iyi olduğu ve HbA1c değerlerinin daha düşük olduğu; SOSY gösteren DM hastalarının bedensel, ruhsal ve çevre alanları daha kötüyken beklenenin aksine HbA1c değerinin de daha düşük olduğu; RSC tarzına sahip diyabetlilerin ruhsal alanlarının daha iyi, HbA1c değerlerinin daha düşük olduğu ve SSÇE genel puanı arttıkça ruhsal ve çevre alan puanlarının da arttığı saptanmıştır. HT hastalarının SSÇ becerileri, yaşam kaliteleri ve TA değerleri arasında

korelasyon yapıldığında ise SOY gösteren hipertansiflerin yaşam kalitesinin dört alanının puanlarının da daha iyi olduğu; SOSY gösterenlerin beklendiği gibi yaşam kalitesinin bütün alanlarının olumsuz etkilendiği; RSC tarzına sahip hipertansiyon hastalarının ruhsal ve sosyal alanlarının daha iyi, TA sistolik ve diastolik değerlerinin daha düşük olduğu; DDT hipertansiflerin bedensel alanlarının daha kötü olduğu; KT hastaların sosyal ve çevre alanlarının olumsuz etkilendiği; SSÇE genel puanı arttıkça yaşam kalitesinin dört alanında da puanların yükseldiği ve TA sistolik değerlerinin düştüğü; bedensel alan puanı arttıkça yine TA sistolik değerlerinin düştüğü saptanmıştır.

Bütün bunlara ek olarak araştırma sorularımız arasında yer almasa da DM, HT ve kontrol grupları aile hekimine gitme sıklığı açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Diyabetik ve hipertansif hastaların sağlıklı bireylere göre daha sık aile hekimine başvurduğu, diyabetiklerin de hipertansiflere göre daha fazla aile hekimine gittiği ortaya konmuştur.

6.2. Öneriler

Kronik hastalığı olan bireylerin sosyal sorun çözme becerilerinin, yaşam kaliteleri ve klinik sonuçları ile ilişkili olduğu ve kronik hastalıkları olan bireylerin aile hekimlerine daha sık başvurdukları gözönüne alındığında aile hekimlerinin bu konudaki bilgi, beceri ve tutumlarını değerlendirmeleri ve geliştirmeleri önerilir. Çünkü aile hekimleri, bu tekrarlayan görüşmeleri fırsata çevirebilecek eşsiz bir konumda ve niteliktedirler. Bu süreçte, hasta hekim ilişkisi sağlanabilir, hastanın sorun çözme becerileri değerlendirilebilir ve hastanın gereksinimleri doğrultusunda girişimlerle hastanın güçlendirilmesi sağlanabilir.

Ayrıca, çalışmamıza göre kadın, çalışmayan, alkol tüketen, hastalığı ile ilgili eğitim almayan diyabet hastaları ile yaş >50, düşük eğitim ve ekonomik düzeyi olan hipertansif hastalar işlevsel olmayan sorun çözme becerilerine sahiptir. Bundan sonra yapılacak araştırmalarda ve girişimlerde bu özelliklerin dikkate alınması önerilir.

KAYNAKLAR

1. **Sipkoff M.** Health plans begin to address chronic care management. *Manag Care* **2003**; 12(12):24-5, 29-31.
2. **Akman M.** Türkiye’de birinci basamağın gücü. *Türk Aile Hek Derg* **2014**; 18 (2):70-78.
3. **Akman M, Çifçili S.** Aile hekimliği ve kronik hastalık bakım modeli. *Türk Aile Hek Derg* **2010**; 14(1): 32-37.
4. **Hill-Briggs F.** Problem solving in diabetes self-management:a model of chronic illness self-management behavior. *Annals of Behavioral Medicine* **2003**; 25(3):182–193.
5. **Elliott TR, et al.** Social problem solving abilities and behavioral health. In: Chang E, D’Zurilla TJ, Sanna LJ, editors. *Social problem solving: Theory, research, and training*. American Psychological Association; Washington DC, **2004**: 117–133.
6. **Bellack AS, et al.** Social problem solving in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* **1989**; 15:101-116.
7. **Belzer KD, et al.** Social problem solving and trait anxiety as predictors ofworry in a college student population. *Personality and Individual Differences* **2002**; 33:573–585.
8. **Speckens AE, Hawton K.** Social problem solving in adolescents with suicidal behavior: a systematic review. *Suicide Life Threat Behav* **2005 Aug**; 35(4):365-87.
9. **McMurrin M, Christopher G.** Social problem solving, anxiety and depression in adult male prisoners. *Legal and Criminological Psychology* **2009**; 14:101-107.
10. **Eskin M, et al.** Social problem-solving, perceived stress, depression and life-satisfaction in patients suffering from tension type and migraine headaches. *Scand J Psychol* 2013; 54(4):337-43.
11. **Eskin M, et al.** Social problem-solving, perceived stress, negative life events, depression and life satisfaction in psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* **2014**; 28(11):1553-9.
12. **Salzman B, Collis L, Hajjar ER.** Chronic disease management: the changing landscape of primary care. *Primary care: clinics in office practice*. **2012 jun**; 39(2): xv-xxi.
13. **Kumsar AK, Yılmaz FT.** Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* **2014**; 2(2):62-70.
14. World Health Organization (WHO) (2015)Noncommunicable diseases Fact sheet. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>. Erişim: 10.01.2015
15. **Akalın E.** Yaşlanan nüfus ve sağlık sorunları.
Erişim: http://www.actus.com.tr/files/saglik_Sorunlar.pdf
Erişim tarihi: 03.01.2015
16. **Ünüvar N, Mollahaliloğlu S, Yardım N. (Editörler).** Türkiye hastalık yükü çalışması 2004. 1.Baskı, Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık, **2006**: 2-12.
17. **Akalın E, Tanrıöver MD, Sayran F.** Sürdürülebilir sağlık sistemi için kronik hastalık yönetiminde elektronik sağlık kayıtlarının rolü
Erişim: (http://www.tusiad.org.tr/_rsc/shared/file/ErdalAkalin-03072012.pdf)
Erişim tarihi: 16.02.2015
18. **Shi L.** The impact of primary care: a focused review. *Scientifica* **2012**; 2012:1-22.

19. **Allen J, et al.** (2011) The European Definition of General Practice/Family Medicine. Short version. WONCA Europe 2011.
20. **Mcwhinney I.** The evolution of clinical method. Stewart M, Brown JB, Freeman TR, Eds. Patient centred medicine transforming the clinical method. 2nd edition, Abingdon: Radcliffe Medical Press, 2003:17-30
21. **Şahin G, İğde FAA.** Hasta merkezli bakım-ortak karar alma süreci ve kalite. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* **2014**; 5(3):38-43.
22. **Bodenheimer T, Grumbach K.** Hasta merkezli bakım: dengeyi bulmak. Bozdemir N, Saatçı E, Editör. *Birinci Basamağın geliştirilmesi: Daha İyi Uygulamalar İçin Stratejiler ve Araçlar*. 1.Baskı, Adana: Nobel Kitabevi, 2009: 37-53.
23. **Stewart M, et al.** The impact of patient centered care on outcomes. *J Fam Pract* **2000**; 49(9):796-804.
24. **Campbell K, et al.** Re-utilization outcomes and costs of minor acute illness treated at family physician offices, walk-in clinics, and emergency departments. *Canadian Family Physician* **2005**; 51:82-83.
25. **Anderson RM, Funnell MM.** Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling* **2010**; 79:277-282.
26. **Beaglehole R, et al.** Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. *Lancet* **2008**; 372:940-49.
27. **Özenç S, ve ark.** Aile hekimliğinde genel prensipler. Erişim: <http://www.jcam.com.tr/files/KATD-1573.pdf>
28. **Tekin B, Sargın M.** Aile hekimliğinde diyabetik hasta ve yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* **2014**; 5(3):88-92.
29. **Mcwhinney I, Freeman T.** Aile hekimliğinin felsefi ve bilimsel temelleri. Güldal D, editör. *Aile Hekimliği*. 3. Baskı, İstanbul: Medikal Akademi, 2012: 55-91.
30. **Engel GL.** The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* **1980**; 137(5):535-44.
31. **Derakhshanpour F et al.** Depression and quality of life in patients with type 2 diabetes. *Iran Red Crescent Med J* **2015 May**; 17(5): e27676.
32. **Schellevis FG, et al.** Comorbidity of chronic diseases in general practice. *J Clin Epidemiol* **1993**; 46:469-473.
33. **Bozkurt N.** Kaliteli yaşamın felsefesi. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* **2003**; 2:15-24.
34. **Skevington SM, et al.** The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research* **2004**; 13(2):299-310.
35. **Top MŞ, ve ark.** Psikiyatride yaşam kalitesi. *Düşünen Adam Dergisi* **2003**; 16(1):18-23.
36. **World Health Organization.** HEALTH 21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 1998. Erişim: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/109759/EHFA5-E.pdf

37. **Öksüz E, Malhan S.** Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi: Kalitemetri. Ankara: Başkent Üniversitesi Yayınları, 2005.
38. **Aydemir Ö.** Sağlıkta yaşam kalitesinin klinikte kullanımı. *Türk Nöroloji Dergisi* **2014**; 20(1):5-9.
39. **Tanrıöver Ö, Akan H.** "Yaşam kalitesi"nin ölçülmesinin tarihçesi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* **2014**; 5(3):6-8 .
40. **Topçu S, Bölüktaş RP.** İnmeli hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal desteğin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *Yeni Tıp Dergisi* **2012**; 29:159-164.
41. **Özpancar N.** Hipertansiyon ve yaşam kalitesi. *Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi* (Elektronik Journal), **Aralık 2008**; 8(4).
Erişim: <http://www.universite-toplum.org/text.php3?id=381>.
42. **Çekici F.** Problem Çözme Terapisine Dayalı Beceri Geliştirme Grubunun Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Problem Çözme Becerileri, Öfkeyle İlişkili Davranış Ve Düşünceler İle Sürekli Kaygı Düzeylerine Etkisi. Uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı : Uzmanlık tezi, Adana, **2009**.
43. **Bell AC, D'Zurilla TJ.** Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* **2009**; 29:348–353.
44. **Duyan V, Gelbal S.** Sosyal sorun çözme envanteri'nin Türkçe'ye uyarlama çalışması. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi* **2008**; 19:7-28.
45. **Nezu AM, Nezu CM, D'Zurilla TJ.** Introduction, brief history and social problem-solving constructs. *Problem-Solving Therapy: A Treatment Manual*. New York: Springer Publishing Company, 2013: 3-16.
46. **D'Zurilla TJ, Nezu AM.** Problem-solving Therapy: A Social Competence Approach to Clinical Intervention. 2nd edition, New York: Springer, 1999.
47. **Macnair RR, Elliott TR.** Self-perceived problem-solving ability, stress appraisal, and coping over time. *Journal Of Research In Personality* **1992**; 26:150-164.
48. **Heppner PP, et al.** Problem-solving appraisal and human adjustment: A review of 20 years of research utilizing the problem-solving inventory. *The Counseling Psychologist* **2004**; 32:344-428.
49. **Nezu A.** Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy* **2004**; 35:1-33.
50. **Herrick S, Elliott T.** Social problem solving abilities and personality disorder characteristics among dualdiagnosed persons in substance abuse treatment. *Journal of Clinical Psychology* 2001; 57:75-92.
51. **Dreer L, et al.** Social problem-solving abilities and psychological adjustment of persons in low vision rehabilitation. *Rehabilitation Psychology* **2005**; 50:232–238.
52. **Grant J, et al.** Social problem-solving abilities, social support, and adjustment of family caregivers of stroke survivors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* **2006**; 87:343-350.
53. **Elliott T, et al.** Social problem solving abilities predict pressure sore occurrence in the first three years of spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology* **2006**; 51:69-77.
54. **Dreer L, et al.** Family caregivers of persons with spinal cord injury: Predicting caregivers at risk for depression. *Rehabilitation Psychology* **2007**; 52(3):351-357.

55. **Grant J, et al.** Family care-givers of stroke survivors: characteristics of caregivers at-risk for depression. *Rehabilitation Psychology* **2004**; 49:172-179.
56. **Rivera P, et al.** Predictors of care-giver depression among community-residing families living with traumatic brain injury. *NeuroRehabilitation* **2007**; 22:3-8.
57. **Elliott T, et al.** Problem-solving appraisal and psychological adjustment following spinal cord injury. *Cognitive Therapy and Research* 1991; 15:387-398.
58. **Shaw WS, et al.** Working with low back pain: problem-solving orientation and function. *Pain* **2001**; 93:129-137.
59. **Rath JF, et al.** The construct of problem solving in higher level neuropsychological assessment and rehabilitation. *Archives of Clinical Neuropsychology* **2004**; 19:613-635.
60. **Witty TE, et al.** Problem solving appraisal and psychological adjustment of persons with chronic low back pain. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* **2001**; 8:149-160.
61. **Shanmugham K, et al.** Social problem solving abilities and psychosocial impairment among individuals recuperating from surgical repair for severe pressure sores. *NeuroRehabilitation* **2004**; 19:259-269.
62. **Rath JF, et al.** Social problem solving and community integration in postacute rehabilitation outpatients with traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology* **2003**; 48:137-144.
63. **Neal GW, Heppner PP.** Problem solving self-appraisal, awareness and utilization of campus helping resources. *Journal of Counseling Psychology* **1986**; 33:39-44.
64. **Rivera P, et al.** Family caregivers of women with physical disabilities. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* **2006**; 13:431-440.
65. **Elliott T, et al.** Profiles in problem solving: Psychological well-being and distress among persons with diabetes mellitus. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* **2001**; 8:283-291.
66. **Elliott T, et al.** Family caregiver social problem-solving abilities and adjustment during the initial year of the caregiving role. *Journal of Counseling Psychology* **2001**; 48:223-232.
67. **Shanmugham K, et al.** Social problem-solving abilities, relationship satisfaction and depression among family caregivers of stroke survivors. *Brain Injury* **2009**; 23(2):92-100.
68. **Elliott T, et al.** Caregiver social problem solving abilities and family member adjustment to recent-onset physical disability. *Rehabilitation Psychology* **1999**; 44:104-123.
69. **Kurylo M, et al.** Caregiver social problem-solving abilities and family member adjustment following congestive heart failure. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* **2004**; 11:151-157.
70. **Elliott TR, Hurst M.** Social problem solving and health. *Bienn Rev Couns Psychol* **2008**; 1:295-309.
71. **D' Zurilla TJ, et al.** Social problem solving: theory and assessment. In: Chang EC, D' Zurilla TJ, Sanna LJ. (eds). *Social Problem Solving: Theory, Research and Training*. Washington, DC: American Psychological Association, **2004**: 11-27
72. **Eskin M, Aycan Z.** Gözden geçirilmiş sosyal sorun çözme envanteri'nin Türkçe'ye (Tr-SSÇE-G) uyarlanması güvenirlik ve geçerlik analizi. *Türk Psikoloji Yazıları* **2009**; 12 (23):1-10.

73. **Başaran S, et al.** Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. *Romatizma Dergisi* **2005**; 20(1):55-63.
74. **Meral BF.** Psychometric properties of Turkish form of the Personal Well-Being Index-Adult. *The Journal of Happiness & Well-Being* **2014**; 2(2):119-131.
75. World Health Organization. WHOQOL-Bref: Introduction, administration, scoring and assessment of the generic version-field trial version. Geneva: World Health Organization, 1996.
76. **Eser E, et al.** WHOQOL-100 ve WHOQOL-Bref'in psikometrik özellikleri. *3P (Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji) Dergisi (Ek2)* **1999**; 7:23-40.
77. **Uysal S.** HbA1c standardizasyonu. *Türk Klinik Biyokimya Derg* **2011**; 9(3):105-110.
78. Türk Endokrinoloji Metabolizma Derneği. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi Ve İzlem Kılavuzu. 7.Baskı. TEMD, Ankara, 2015.
79. American Diabetes Association. *Standards of medical care in diabetes-2015*. *Diabetes Care* **2015**; 38(1):1-94.
80. **James PA, et al.** 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA* **2014**; 311(5):507-20.
81. **Mancia G, et al.** 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* **2013**; 31(7):1281-357.
82. Özdemir O. *Medikal İstatistik*. 1. Baskı, İstanbul: Medikal Yayıncılık, 2006.
83. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp. **2011**.
84. **Rubin RR, Peyrot M.** Quality of life and diabetes. *Diabetes Metab Res Rev* **1999**; 15: 205-218.
85. **Diabetes Control and Complications Trial Research Group.** Lifetime benefits and costs of intensive therapy as practiced in the diabetes control and complications trial. *JAMA* **1996**; 276(17):1409-15.
86. **Göçgeldi E, ve ark.** Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* **2008**; 50:172-179.
87. **Aydemir Ö, ve ark.** The impact of co-morbid conditions on the SF-36: A primary-care-based study among hypertensives. *Archives of Medical Research* **2005**; 36(2):136-141.
88. **Bardage C, Isacson DGL.** Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *Journal of Clinical Epidemiology* **2001**; 54(2):172-181.
89. **Trento M, et al.** A 5-year randomized controlled study of learning, problem solving ability, and quality of life modifications in people with type 2 diabetes managed by group care. *Diabetes Care* **2004 Mar**; 27(3):670-5.
90. **Arnold R, et al.** The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Quality Of Life Research* **2004**; 13(5):883-97.
91. **Vickrey BG, et al.** Quality of life of epilepsy surgery patients as compared with outpatients with hypertension, diabetes, heart disease, and/or depressive symptoms. *Epilepsia* **1994**; 35:597-607.

92. **Naess S, et al.** Diabetes mellitus and psychological well-being. Results of the Nord-Trondelag health survey. *Scand J Soc Med* **1995**; 23:179-188.
93. **Stewart AL, et al.** Functional status and well-being of patients with chronic conditions: results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* **1989**; 262: 907-913.
94. **Stewart AL, et al.** Long-term functioning and well-being outcomes associated with physical activity and exercise in patients with chronic conditions in the Medical Outcomes Study. *J Clin Epidemiol* **1994**; 47: 719-30.
95. **İŞIKLI B, ve ark.** Eskişehir Mahmudiye’de 35 yaş ve üzeri kişilerde yaşam kalitesi. *Toplum Hekimliği Bülteni* **2007**; 26(3):7-12.
96. **Kumar SG, et al.** Quality of life (qol) and its associated factors using WHOQOL-BREF among elderly in urban Puducherry, India . *Journal of Clinical and Diagnostic Research* **2014 Jan**; 8(1): 54-57.
97. **Kamalı M, et al.** A study of quality of life among older people with hypertension and low back pain. *Salmand Spring* **2008**; 3(7):26-32.
98. **Öner C.** Sağlıkın sosyal belirleyicileri ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* **2014**; 5(3):15-8.
99. **Akıncı F, ve ark.** Assessment of health-related quality of life (HRQoL) of patients with type 2 diabetes in Turkey. *Diabetes Res Clin Pract* **2008 Jan**; 79(1):117-23.
100. **Çıtıl R, ve ark.** Diyabetik hastalarda tıbbi ve sosyal faktörlerin yaşam kalitesine etkisi. *Erciyes Tıp Dergisi* **2010**; 32(4):253-264.
101. **Pala T, ve ark.** The determinants of quality of life including treatment satisfaction in patients with type two diabetes mellitus: Are different generic Qol instruments sensitive to the same determinants?. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism* **2004**; 3:91–99.
102. **Aghamollaei T, et al.** Behavior, metabolic control and health-related quality of life in diabetic patients at Bandar Abbas Diabetic Clinic. *Iranian J Publ Health* **2003**; 32(3):54-59.
103. **Kolawole BA, et al.** A Comparison of two measures of quality of life of Nigerian clinic patients with type 2 Diabetes Mellitus. *African Health Sciences* **2009**; 9(3):161-166.
104. **Redekop WK, et al.** Health-related quality of life and satisfaction in Dutch patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* **2002**; 25:458–463.
105. **Gün Y, Korkmaz M.** Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* **2014**; 7(2):98-108.
106. **Ha NT, et al.** Quality of life among people living with hypertension in a rural Vietnam community. *BMC Public Health* **2014**; 14(833):1-9.
107. **Melchior AC, et al.** Quality of life in hypertensive patients and concurrent validity of Minichal-Brazil. *Arq Bras Cardiol* **2010**; 94(3):337-344.
108. **Oza BB, et al.** Health related quality of life in hypertensive patients in a tertiary care teaching hospital. *Journal of the association of physicians of india* **2014**; 62:22-29.
109. **BT Baune, Y Aljeesh.** The association of psychological stress and health related quality of life among patients with stroke and hypertension in Gaza Strip. *Annals of General Psychiatry* **2006**; 5:6.

110. **D’Zurilla TJ, et al.** Age and gender differences in social problem-solving ability. *Personality and Individual Differences* **1998**; 25:241-252.
111. **Glasgow RE, et al.** Problem solving and diabetes self-management investigation in a large, multiracial sample. *Diabetes Care* **2007 Jan**; 30(1):33-7.
112. **Koloverou E, et al.** 10-year incidence of diabetes and associated risk factors in Greece: the ATTICA study (2002-2012). *Rev Diabet Stud* **2014**; 11:181-189.
113. **Hill-Briggs F, et al.** Association of social problem solving with glycemic control in a sample of urban African Americans with type 2 diabetes. *Journal of Behavioral Medicine* **2006**; 29(1):69-78.
114. **Glasgow RE, et al.** Improving selfcare among older patients with type II diabetes: the “Sixty Something. . .” study. *Patient Educ Counsel* **1992**; 19:61-74.
115. **McCaul KD, et al.** Diabetes regimen behaviors: Predicting adherence. *Med Care* **1987**; 25:868–881.
116. **Pisinger C, et al.** The relationship between lifestyle and self-reported health in a general population The Inter 99 study. *Preventive Medicine* **2009**; 49:418-423.
117. **Burkert NT, et al.** Nutrition and health: different forms of diet and their relationship with various health parameters among Austrian adults. *Wien Klin Wochenschr* **2014 Feb**; 126(3-4):113-118.
118. **Lee TW, et al.** Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies* **2006**; 43:293-300.
119. **Akvardar Y, ve ark.** Assessment of quality of life with the WHOQOL-BREFin a group of Turkish psychiatric patients compared with diabetic and healthy subjects. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* **2006**; 60:693-699.
120. **Castro MRP, et al.** Clinical characteristics and quality of life of smokers at a referral center for smoking cessation. *J Bras Pneumol* **2010**; 36(1):67-74.
121. **Shastry SD, et al.** Effect of aerobic exercise on quality of life in populationwith diabetic peripheral neuropathy in type 2 diabetes: a single blind, randomized controlled trial. *Qual Life Res* **2014 Jun**; 23(5):1629-40.
122. **Megari K.** Quality of life in chronic disease patients. *Health Psychology Research* **2013**; 1(3):141-148.
123. **Milte CM, et al.** Associations of diet quality with health-related quality of life in older Australian men and women. *Experimental Gerontology* **2015**; 64:8–16.
124. **Kahleova H, et al.** Diabetes improvement in quality of life, mood and eating behavior: A randomized, open, parallel, controlled trial.Vegetarian diet in type 2. *Diabetic Medicine* **2013**; (30):127-129.
125. **Tsai JC, et al.** The beneficial effect of regular endurance exercise training on blood pressure and quality of life in patients with hypertension. *Clin Exp Hypertens* **2004**; 26(3):255-65.
126. **Grezzana GB, et al.** Physical Activity, Hypertension Control and Quality of Life in Primary Health Care. *Exp Clin Cardiol* **2014**; 20(11):6726.
127. **Çelik B.** Hipertansiyonlu Hastalarda Yaşam Kalitesi İle İlişkili Faktörlerin Araştırılması. İç Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon, **2008**.

128. **Auslander WF, et al.** Predictors of diabetes knowledge in newly diagnosed children and parents. *J Pediatr Psychol* **1991**; 16:213-228.
129. **Kaplan R, et al.** Social learning intervention to promote metabolic control in type 1 diabetes mellitus: Pilot experiment results. *Diabetes Care* **1985**; 8:152-155.
130. **Toobert DJ, Glasgow RE.** Problem solving and diabetes self-care. *J Behav Med* **1991**; 14:71-85.
131. **Peterson T, et al.** Well-being and treatment satisfaction in older people with diabetes. *Diabetes Care* **1998**; 21:930-935.
132. **Wredling R, et al.** Well-being and treatment satisfaction in adults with diabetes: a Swedish population-based study. *Qual Life Res* **1995**; 4:515-522.
133. **Anderson RM, et al.** A comparison of global versus disease-specific quality-of-life measures in patients with NIDDM. *Diabetes Care* **1997**; 20:299-305.
134. **Ahroni JH, et al.** The health and functional status veterans with diabetes. *Diabetes Care* **1994**; 17:318-321.
135. **Jahanlou AS, et al.** Can quality of life questionnaires be used in diabetics to assess the relation between hba1c and patients' domain aspects?. *Acta Medica Iranica* **2011**; 49(4):246-251.
136. **Zhu Y, et al.** Psychosocial factors not metabolic control impact the quality of life among patients with type 2 diabetes in China. *Acta Diabetol (Elektronik Journal)* **2016**; 1-7.
137. **Trief PM, et al.** Family environment, glycemic control, and the psychosocial adaptation of adults with diabetes. *Diabetes Care* **1998**; 21:241-245.
138. **Shim YT, et al.** Health-related quality of life and glycaemic control in patients with Type 2 diabetes mellitus in Singapore. *Diabet Med* **2012**; 29(8):241-248.
139. **Eren İ, ve ark.** Tip II diabetes mellitus hastalarında yaşam kalitesi ve komplikasyonların yaşam kalitesine etkisi. *Klinik Psikiyatri* **2004**; 7:85-94.
140. **Patel B, et al.** Health related quality of life in type-2 diabetic patients in Western India using World Health Organization Quality of Life – BREF and appraisal of diabetes scale. *International Journal of Diabetes in Developing Countries* **June 2014**; 34(2):100-107.
141. **Khosravi A, et al.** Association between hypertension and quality of life in a sample of Iranian adults. *Acta Cardiologica* **2010**; 65(4):425-430.
142. **Rose M, et al.** Determinants of quality of life of patients with diabetes under intensified insulin therapy. *Diabetes Care* **1998**; 21:1876-1883.
143. **Grey M, et al.** Coping skills training for youth with diabetes mellitus has long-lasting effects on metabolic control and quality of life. *J Pediatr* **2000**; 137:107-13.



EKLER

EK-1. Bilgilendirme ve Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın katılımcı,

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Endokrinoloji, Dahiliye Hipertansiyon ve Göğüs Hastalıkları polikliniğine başvuran kronik hastalığı olan hastaların sorun çözme becerisinin yaşam kalitesi ve klinik sonuçlara etkisinin belirlenmesi amacıyla bir çalışma yapılmaktadır. Bu çalışmaya katılarak sorun çözme becerileriniz belirlenecektir. Ayrıca hastaların güçlendirilmesi açısından yol gösterici bilgiler toplanmasına katkıda bulunmuş olacaksınız.

Gönüllü olarak doldurduğunuz veya doldurmak istemediğiniz bu anket sonrasında alacağınız tıbbi tedavi etkilenmeyecektir. Ankette ad, soyad, adres gibi tanımlayıcı bilgiler yer almamaktadır. Sonuçlar sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır, cevaplarınız kesinlikle gizli kalacaktır. Ancak doldurduğunuz anketin sonucu konusunda geribildirim ve danışmanlık almak isterseniz isim veya bir rumuz eklemeniz gerekmektedir.

Sorulara dürüst olarak doğru cevaplar vermeniz araştırmanın sağlıklı sonuçlarla tamamlanabilmesi açısından önemlidir. Ayırdığınız zaman için teşekkür ederiz.

Ç.Ü.T.F. Aile Hekimliği Anabilim Dalı adına

Dr. Seda Özkan Başer

Doç. Dr. Sevgi Özcan

EK-2. Sosyodemografik Anket Formu

1. Doğum yılınız											
2. Cinsiyetiniz	1. Kadın 2. Erkek										
3. Çalışma durumunuz	1. Çalışıyor 2. Çalışmıyor										
4. Öğrenim durumunuz	1. Okur-yazar değil 2. Okuryazar 3. İlkokul mezunu 4. Ortaokul mezunu 5. Lise mezunu 6. Üniversite mezunu										
5. Ekonomik Durumunuz	1. Düşük 2. Orta 3. İyi										
6. Ne zamandır hastalık tanınız var?yıl.....ay										
7. Başka bir hastalığınız var mı?	1. Var 2. Yok										
Varsa neler?											
8. Kullandığınız ilaçlar	1. İlaç kullanmıyorum 2. Ağızdan hap alıyorum (.....adet/gün) 3. Diğer (insülin, inhaler vb.)										
9. Ne kadar sıklıkla aile hekimine gidiyorsunuz?	1. Hiç 2. Ayda 3. Üç ayda 4. Altı ayda 5. Yılda 6. Diğer										
10. Hastalığınızla ilgili hiç eğitim aldınız mı?	1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyorum / Hatırlamıyorum										
Evetse kimden aldınız?	1. Aile hekimi 2. Hemşire 3. Uzman hekim 4. Diğer(açıklayınız.....)										
Aldığınız eğitimin yeterlilik düzeyine 1'den 10'a kadar bir değer verin (1 çok yetersiz, 10 çok yeterli)	<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
11. Günlük aktiviteleriniz dışında düzenli egzersiz (haftada en az 3 gün ve toplam 150 dakika) yapar mısınız?	1. Evet 2. Hayır										
12. Alkollü içecek içiyor musunuz?	1. Evet 2. Hayır										
13. Tütün ürünü tüketiyor musunuz?	1. Hiç içmedim 2. İçtim bıraktım 3. Halen içiyorum.....adet/gün										

14. Özel bir diyet uyguluyor musunuz?	1. Evet 2. Hayır
Evetse nasıl bir diyet uyguladığınızı belirtiniz ve bu diyetle uyumunuza 1'den 10'a kadar bir değer verin (1 çok kötü-10 çokiyi)	1. Yağsız 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 2. Tuzsuz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 3. Kalori kısıtlı 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 4. Şekersiz 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 5. Diğer(açıklayınız.....) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

EK-3. Sosyal Sorun Çözme Envanteri- Kısa Formu (SSÇE-KF)

Aşağıda günlük yaşamda problemlerle karşılaştığınızda ortaya çıkabilecek bazı düşünce, duygu ve davranış tarzlarınızla ilgili maddeler yer almaktadır. Burada genellikle karşılaştığınız sıradan güçlüklerden ya da her gün üstesinden başarıyla geldiğiniz baskılardan bahsedilmemektedir. Bu envantere sözü edilen problem, yaşamınızda önemli bir yeri olan, size sıkıntı veren fakat üstesinden nasıl geleceğinizi ya da sizi rahatsız etmesini durduracağınızı bilmediğiniz bir şeydir. Bu problem düşünceleriniz, duygularınız, davranışlarınız, sağlığınız ya da fiziksel görünüşünüz gibi kendinizle ilgili; aileniz, arkadaşlarınız, öğretmenleriniz, patronunuzla gibi diğer insanlarla ilişkilerinizle ilgili veya eviniz, arabanız, mal varlığınız, paranız gibi sahip olduğunuz şeylerle ve çevrenizle ilgili olabilir. Cümleleri okurken kendinizi bugünlerde bir problemle karşılaştığınızda her zaman düşündüğünüz, hissettiğiniz ve davrandığınız şekilde değerlendiriniz. Lütfen her cümleyi dikkatli bir şekilde okuyunuz ve cevap formunda bu cümlelerin size uygunluk derecesi “bana hiç uygun değil, bana çok az uygun, bana kısmen uygun, bana çok uygun, bana tamamen uygun” şeklindeki ifadelerden birine çarpı işareti (X) koyarak belirtiniz.

Maddeler	Hiç uygun değil	Çok az uygun	Kısmen uygun	Çok uygun	Tamamen uygun
1. Çözülmesi gereken önemli bir problemim olduğunda kendimi tehdit altında hisseder ve korku duyarım.					
2. Karar verirken, tüm seçenekleri yeterince dikkatli bir şekilde değerlendirmem.					
3. Önemli bir karar vermem gerektiğinde kendimi huzursuz hisseder ve kendimden emin olamam.					
4. Bir problemi çözmeye ilişkin başlangıçtaki çabalarım başarısızlıkla sonuçlandığında, ısrar eder ve çabucak vazgeçmezsem sonunda iyi bir çözüm bulabileceğime inanırım.					
5. Ne zaman bir problemim olsa, o problemin çözülebileceğine inanırım.					
6. Bir problemi kendi başıma çözmeye çalışmadan önce, ilk olarak o problemin kendiliğinden çözümlenip çözülmeyeceğini görmek amacıyla bir şey yapmadan öylece durup beklerim.					
7. Bir problemi çözmeye ilişkin başlangıçtaki çabalarım başarısızlıkla sonuçlandığında, hayal kırıklığına uğrarım.					
8. Zor bir problemle karşılaştığımda ne kadar çok çabalarsam da, o problemi kendi başıma çözebileceğimden şüphe duyarım.					
9. Hayatımda bir problem oluştuğunda, problemin çözümü için uğraşmayı olabildiğince uzun bir süre ertelerim.					

10. Hayatımdaki problemlerle uğraşmaktan kaçınmak için her yolu denerim.					
11. Zor problemler beni çok mutsuz eder.					
12. Vermem gereken bir karar olduğunda, her seçeneğin olumlu ve olumsuz sonuçlarını tahmin etmeye çalışırım.					
13. Hayatımda problemler ortaya çıktığında, mümkün olan en kısa sürede problemleri ele almak yani onlarla uğraşmak hoşuma gider.					
14. Bir problemi çözmeye çalışırken, aklıma gelen ilk iyi fikre göre hareket ederim.					
15. Zor bir problemle karşılaştığımda, yeterince gayret edersem o problemi kendi başıma çözebileceğime inanırım.					
16. Çözülmesi gereken bir problemim olduğunda, ilk yaptığım şeylerden biri problemle ilgili mümkün olduğu kadar çok bilgi edinmeye çalışmaktır.					
17. Problemleri çözmeyi, herhangi bir şey yapılamayacak hale gelinceye kadar ertelerim.					
18. Problemlerimden kaçınmaya onları çözmeye çalışmaktan daha fazla zaman harcarım.					
19. Bir problemi çözmeye çalışmadan önce, neyi başarmak istediğimi tam olarak bilmek için kendime belirli bir hedef oluştururum.					
20. Vermem gereken bir karar olduğunda, her seçeneğin avantaj ve dezavantajlarını gözden geçirmeye vakit ayırmam.					
21. Bir çözümü uygulamaya koyduktan sonra, durumun ne kadar iyi yönde değiştiğini mümkün olduğunca dikkatli bir biçimde değerlendirmeye çalışırım.					
22. Karşılaştığım bir problemi, olumlu bir şekilde yararlanacağım “bir fırsat” ya da “üstesinden gelinecek bir durum” olarak görmeye çalışırım.					
23. Bir problemi çözmeye çalışırken, yeni fikirler üretmez hale gelinceye dek mümkün olduğu kadar çok seçenek düşünürüm.					
24. Karar verirken, her seçeneğin sonuçları üzerinde pek fazla düşünmeden sezgilerimle hareket ederim.					
25. Karar verirken çok ani ve düşünmeden hareket ederim.					

EK-4. WHOQOL-BREF(TR) Formu

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız.

Yaşamınızın son iki haftasını dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

ÖRNEK SORU	Hiç	çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
Gereksinimiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığımız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

ÖRNEK SORU	Hiç	çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
Gereksinimiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

ŞİMDİ, Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derece	Çokça	Aşırı derecede
3	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derecede engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derece
7	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13	Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15	Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
23	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
26	Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?.....

YARDIMLARINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER

EK-5. Etik Kurul Kararı

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı	Tarih
40	6 Mart 2015

KARAR NO 4- Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda, Nefroloji Bilim Dalı'nın, Endokrinoloji Bilim Dalı'nın, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'nın bilimsel işbirliğiyle, Doç. Dr. Sevgi Paycı Özcan yönetiminde, Araş. Gör. Dr. Seda Özkan Başer tarafından yürütülmesi öngörülen, "Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Sorun Çözme Becerisinin Yaşam Kalitesi ve Klinik Sonuçlara Etkisi" başlıklı tıpta uzmanlık tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Doç Dr Selim Kadoğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Mehmet Kanadaş Kardiyoloji Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Doç Dr Suat Gezer Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Seda ÖZKAN BAŞER
Doğum Tarih ve Yeri : 06.01.1987 / MERSİN
Medeni Durumu : Evli
Adres : Ç.Ü.T.F. Aile Hekimliği AD, ADANA
Telefon : 03223386060-3087
E.posta : sbaser@cu.edu.tr
: sedaozkan87@hotmail.com
Mezun Olduğu Tıp Fakültesi : İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Görev Yerleri : 2011-2012 Mersin Erdemli 1 No.lu Acil Sağlık Hizmetleri
:2012-2016 Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği A.D
Dernek Üyelikleri : Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
: Çukurova Aile Hekimliği Mezunları Derneği
: Doğu Akdeniz Aile Hekimleri Derneği
Yabancı Dil(ler) : İngilizce, Almanca