

T.C.

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN KRONİK
HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN DEPRESYON
DÜZEYLERİ İLE HASTALIK YÖNETİMİ ARASINDAKİ
İLİŞKİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Fatma AYTAP

İstanbul

Ağustos, 2020

T.C.

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN KRONİK HASTALIĞI
OLAN BİREYLERİN DEPRESYON DÜZEYLERİ İLE HASTALIK
YÖNETİMİ ARASINDAKİ İLİŞKİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Fatma AYTAP

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER

İstanbul

Ağustos,2020

TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER

Üye
Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Üye
Dr. Öğr. Üyesi Gülcan BAHÇECİOĞLU TURAN

Onay
Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Ali GÜNEŞ
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Depresyon Düzeyleri ile Hastalık Yönetimi Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler” adlı çalışmamın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

İmza

Fatma AYTAP

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca desteğini ve katkısını hiçbir zaman esirgemeyen tez jürimde yer alan, Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. A. Nefise Bahçecik'e,

Yüksek lisans eğitimim süresince ve çalışmamın her aşamasında desteğini, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, sonsuz saygı duyduğum değerli tez hocamDr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER'e,

Araştırmamı yaptığım Aile Sağlığı Merkezleri hekim ve hemşirelerine,

Her zaman yanımda olan, benden sabrını esirgemeyen eşim Mehmet AYTAP'a

Beni bugünlere getiren, manevi desteğiyle her zaman yanımda olan annem Raife TEMİZBAŞ'a,

Yardımlarını eksik etmeyen, sevgisini her zaman hissettiğim abim İbrahim TEMİZBAŞ, kız kardeşim Cemile TEMİZBAŞ'a ve yurt dışından eğitimim için yanıma gelen teyzem Rahime TEMİZBAŞ'a

Teşekkür ederim...

ÖZET

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN DEPRESYON DÜZEYLERİ İLE HASTALIK YÖNETİMİ ARASINDAKİ İLİŞKİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

FATMA AYTAP

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER

Ağustos, 2020 - 59 Sayfa

Araştırma, Aile Sağlığı Merkezine başvuran kronik hastalığı olan bireylerin depresyon düzeyleri ile hastalık öz yönetimi arasındaki ilişki ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışmanın örneklemini, Ocak-Mart 2020 tarihleri arasında Aile Sağlığı Merkezine başvuran 418 kronik hastalığı olan bireyler oluşturmaktadır. Veriler “Kişisel Bilgi Formu”, “Beck Depresyon Envanteri (BDE)” ve “Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği” (SCMP-G) aracılığıyla toplanmıştır. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $62,1 \pm 5,73$ olup %56,7’sinin kadın, %81,9’unun evli, %96,1’inin çocuğunun olduğu, %23,4’ünün ilkökul mezunu, %60,5’inin çalışmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların depresyon düzeyleri değerlendirildiğinde %16,5’inin minimal düzeyde depresyona, %12,7’sinin hafif düzeyde depresyona, %66,5’inin orta düzeyde depresyona ve %4,3’ünün ise şiddetli düzeyde depresyona sahip olduğu görülmüştür. BDE toplam puan ortalaması $18,56 \pm 6,82$ olarak saptanmıştır. SCMP-G’nin toplam puan ortalaması $107,38 \pm 8,48$, öz koruma alt boyutu için toplam puan ortalaması $61,21 \pm 8,48$, sosyal koruma alt boyutu için toplam puan ortalaması $46,17 \pm 8,48$ bulunmuştur. Bekâr olanların, çalışmayanların, gelir durumu kötü olanların, aile tipi parçalanmış olanların, yalnız yaşayanların, sigara ve alkol kullananların depresyon düzeyi yüksek bulunmuştur. Kadınların, bekâr olanların, gelir durumu çok iyi olanların, anne, baba ve kardeşler ile yaşayanların, sigara ve alkol kullanmayanların SCMP-G puanları yüksektir. BDE ile SCMP-G arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir ($r = -0,481$; $p = 0,000$). Kronik hastalığa sahip bireylerin orta düzeyde depresyon yaşadığı ve öz bakım yönetimleri iyi olarak değerlendirilmiştir. Bireylerin depresyon düzeyleri arttıkça öz bakım yönetimlerinin azaldığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kronik hastalık, Depresyon, Öz bakım, Yönetim

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN DEPRESSION LEVELS AND DISEASE MANAGEMENT AND THE FACTORS AFFECTING INDIVIDUALS WITH CHRONIC DISEASES APPLYING TO FAMILY HEALTH CENTERS

FATMA AYTAP

Master's Thesis

Supervisor: Dr. Zülfinaz ÖZER

August, 2020 –59 Pages

The aim of the study was to evaluate the relationship between the depression levels and the self-care management, and the factors affecting individuals with chronic diseases applying to Family Health Centers. 418 individuals with chronic diseases presenting to FHCs between January-March 2020 constitute the sampling of this cross-sectional descriptive research. The data have been collected through “Personal Data Form”, “Beck Depression Inventory (BDI)” and “Self-Care Management Scale in Chronic Illnesses (SCMP-G Questionnaire). The mean age of the participants was 62.1 ± 5.73 and 56.7 % of them were female. 81.9% of the participants were married and 96.1% were with children. 23.4% of the participants were primary school graduates and 60.5% were not working. When the depression levels of the participants were evaluated, it was found that 16.5% of them suffered from low-grade depression, 12.7% from mild depression, 66.5% from moderate depression and 4.7% from severe depression. The BDI average was found to be 18.56 ± 6.82 and the SCMP-G average was 107.38 ± 8.48 , and the averages for sub-scales were noted as 61.21 ± 8.48 for self-care and 46.17 ± 8.48 for social protection. The depression levels of the single, the unemployed, the individuals with low-incomes, the ones who live alone and the ones who smoke and drink are found to be high. Women, the single, the individuals with high incomes, the ones who live with their parents and siblings, non-smokers and teetotalers have scored high SCMP-G scores. A moderate negative relationship was identified between BDI and SCMP-G ($r = -0,481$; $p = 0,000$). It has been detected that the individuals who have a chronic disease live a medium-level depression and their self-care management has been considered in a good way. It has been detected that as the depression levels of individuals increase, their self-care management decrease.

Keywords: Chronic Diseases, Depression, Self-care, Management

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ.....	ii
ÖNSÖZ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLO LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
BİRİNCİ BÖLÜM	1
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırma Soruları	1
İKİNCİ BÖLÜM.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kronik Hastalıklara Genel Bakış	4
2.2. Kronik Hastalığın Evreleri	5
2.3. Kronik Hastalıklarda Depresyon	6
2.4. Kronik Hastalık Bakım Modeli	8
2.5. Kronik Hastalıkların Öz Bakım Yönetimi	9
2.6. Kronik Hastalıklarda Depresyon ve Öz Yönetiminde Hemşirenin Rolü	11
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	14
3.1. Araştırmanın Amacı	14
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	14
3.2.1. Dahil Edilme Kriterleri	14
3.3. Veri Toplama Araçları	14
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu	15
3.3.2. Beck Depresyon Envanteri.....	15
3.3.3. Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği	15
3.4. Verilerin Değerlendirilmesi	16
3.5. Araştırmanın Etik Yönü	16
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....	17

4. BULGULAR.....	17
4.1. Sosyodemografik Özelliklere ve Kronik Hastalıklara İlişkin Bulgular.....	17
4.2. Beck Depresyon Envanteri Bulguları	19
4.3. Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği Bulguları.....	20
4.4. SosyoDemografik Özelliklere ve Kronik Hastalıklara İlişkin Bilgiler İle Beck Depresyon Envanteri ve Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeğinin Karşılaştırılması	20
4.5. Yaş ile Beck Depresyon Envanteri ve Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeğinin Korelasyon Analizi	25
BEŞİNCİ BÖLÜM.....	266
TARTIŞMA.....	266
ALTINCI BÖLÜM	300
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	300
KAYNAKÇA.....	322
EKLER	38

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri	17
Tablo 4.2. Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Kronik Hastalık Dağılımları	18
Tablo 4.3. Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Kronik Hastalıklara İlişkin Bilgileri	19
Tablo 4.4. Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Beck Depresyon Envanteri Bulguları ...	20
Tablo 4.5. Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puanları.....	20
Tablo 4.6. Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bilgiler ile BDE ve SCMP-G İlişkisi.....	21
Tablo 4.7. Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Kronik Hastalıklara İlişkin Bilgiler ile BDE ve SCMP-G İlişkisi.....	23
Tablo 4.8. Kronik Hastalıklar ile BDE ve SCMP-G İlişkisi.....	24
Tablo 4.9. Korelasyon Analizi Sonuçları.....	25

KISALTMALAR LİSTESİ

ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BDE	Beck Depresyon Envanteri
CDC	Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi
DM	Diyabetes Mellitus
GYA	Günlük Yaşam Aktiviteleri
KVH	Kardiyovasküler Hastalıklar
SCMP-G	Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

BİRİNCİ BÖLÜM

1. GİRİŞ

Kronik hastalıklar, bir ya da daha fazla sistemde, geriye dönüşsüz yapı ve fonksiyon bozukluğuna yol açan ve hastalıkların birbirinin üzerine eklendiği uzun süreli sağlık sorunlarıdır (Akdemir, 2020). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'ne (CDC) göre ise, kronik hastalıklar, genel olarak 1 yıl veya daha uzun süre devam eden, tıbbi yardım gerektiren, günlük yaşamdaki aktiviteleri sınırlayan koşullar olarak tanımlanmaktadır (CDC, 2019).

Kronik hastalıklar dünyada ve ülkemizde tüm ölümlerin en başta gelen nedenleri arasındadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 2019 raporuna göre, kronik hastalıklar dünya çapında yıllık 41 milyon insanın ölümüne (tüm ölümlerin %70'i) neden olmaktadır. Her yıl 15,5 milyon 30-69 yaş arası erken yaş ölümleri kronik hastalıklar nedeniyle olmaktadır ve bu ölümlerin %80'i düşük ve orta gelir düzeyli ülkelerde görülmektedir (WHO,2019).

Kronik hastalıkların seyri boyunca, birtakım evreler gözlenebildiğinden dolayı, değişik fizyolojik, psikolojik, sosyal problemler oluşmaktadır. Hastalıklarda zamanla iyileşme sürecine girilse dahi, yinelemelerden dolayı hastalığın şiddetinin artması, söz konusu hastalıkların tedavisi açısından tıbbi problemlerin de üstesinden gelmeyi gerektirmekte, tedavi metoduna sadık kalarak hastalığın denetim altında tutulması önem taşımakta, hasta olan bireyler ve ailelerle iletişim kurmak da temel sorumluluk getirmektedir (Haskett, 2006; Schoen vd., 2010).

Kronik hastalıklar ve meydana gelen komplikasyonlar bireyin fonksiyonel kapasitesinin azalmasına, çalışma performansının düşmesine, yaşam kalitesinin bozulmasına ve sosyal izolasyona neden olurken; ailenin yaşam tarzı ve ilişkilerini de olumsuz yönde etkilemektedir (Türkmen, 2012). Ülkemizde yapılan epidemiyolojik çalışmalar sonucunda en az 22 milyon kişinin bir veya birden fazla kronik hastalığı olduğu belirtilmiştir. Yapılan araştırmalara göre kronik hastalık tanısı konulan her üç kişiden birinde ise depresyon semptomları görülmektedir (Kanıtı Dayalı Tıp Derneği, 2016; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013). Kronik hastalarda depresif semptomların yoğun görülebilmesinin yanında çoğunlukla tanımlanamamaktadır. Fiziksel hastalıklarla birlikte gözlenen depresyon, hastaların uyumunu, tedaviye verdiği cevaba, fiziksel hastalığın gelişimine olumsuz katkı sağlamaktadır (Özkan, 2018). Depresyon hipertansiyon, koroner kalp hastalıkları ve diyabetes mellitus (DM) gibi kronik hastalıkların kontrolünü güçleştirmektedir. Depresyon kronik bir hastalığın gidişini kötüleştirebileceği gibi kronik bir hastalığın da depresyona neden olabileceği unutulmamalıdır (Mete, 2008). Depresyon dönemi

içerisinde fizyolojik problemlerde ciddi artışlar yaşanmaktadır. Düzenli giden tansiyon kontrol edilemez hale gelebilmekte, kan şekerinde ciddi oynamalar gözlemlenebilmektedir. Sağlığın yitirilmesi ve hastalıkların sınırlı hale gelmesi depresyona neden olmaktadır(Mete, 2008).Depresyon kişilerde kötü öz bakım, tıbbi tedaviye uyumsuzluk ve sağlık harcamalarında artış gibi sıkıntılara neden olmaktadır (Aydoğan vd., 2013).

Kronik hastalıkların giderek artması öz bakım yönetiminin önemini arttırmaktadır (Hançerlioğlu ve Aykar, 2018).Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi içinde; tedavinin sürekliliğini sağlama, diyetle uyma ve hastalıkla ilgili yaşam aktivitelerini yapabilme yer almaktadır. Yeterli öz bakım gücüne sahip birey, öz bakım ihtiyaçlarını kendine yetecek şekilde karşılayabilecek, sağlığıyla ilgili sorumlulukları alabilecek ve başka bireylere bağımlı olmadan günlük yaşam aktiviteleri (GYA)'ni yapabilecektir. Bireyin kronik hastalıklarla baş etmesi ve ona uyumunun sağlanması gerekmektedir. Bireylerin diyet uygulaması, fiziksel etkinliğinin artırılması, kilo verme gibi yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaç tedavisine devam etmesi hastalığa uyumunu göstermektedir (Beswick vd., 2005; Hacıhasanoğlu, 2009; Kep vd., 2013; Uzun, 2007).

Sağlık profesyonelleri arasında kronik rahatsızlıkların bakım sürecinde gözlenen mesleki liderlik tutumları ile ekibin önemli bir parçası olan hemşireler, kronik rahatsızlık taşıyan bireylerin tanılanan problemlerine dair danışmanlık, rehabilitasyon ve kişiye özgü eğitimlerin saptamasını gerçekleştirerek hastalık öz bakım yönetiminde oldukça büyük önem taşımaktadır (Sutherland and Hayter, 2009). Hemşireler kronik hastalık tanımlı bireylerin var olan veya sonradan gelişebilecek depresyon sorunlarının çözülmesinde, hastalıkları ve yaşam şekli değişikliklerine bireylerin uyum sağlamalarına yardımcı olmakta büyük önem taşımaktadırlar. Bu uyum sağlama durumu ancak öz-bakım yönetimlerinin artırılması ile yapılabilmektedir. Bu durum kronik hastalık tanımlı bireylerin depresyon ve öz bakım yönetimi düzeyi ve etkileyen faktörlerin bilinmesi ile mümkündür. Ülkemizde kronik hastalıklarda depresyon düzeyleri ile öz bakım yönetim sürecini değerlendiren ve süreci etkileyen faktörleri birlikte inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışmamız; Aile Sağlığı Merkezine başvuran kronik hastalığı olan bireylerin depresyon düzeyleri ile hastalık öz yönetimi arasındaki ilişki ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

1.1. Araştırma Soruları

1. Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran kronik hastalığı olan bireylerin depresyon düzeyleri nedir?
2. Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım yönetim düzeyleri nedir?
3. Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran kronik hastalığı olan bireylerin depresyon ve öz bakım yönetim düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
4. Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran kronik hastalığı olan bireylerin depresyon düzeylerini ve öz bakım yönetimini etkileyen faktörler nelerdir?



İKİNCİ BÖLÜM

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Kronik Hastalıklara Genel Bakış

Kronik hastalıklar, bir ya da daha fazla sistemde, geriye dönüşsüz yapı ve fonksiyon bozukluğuna yol açan ve hastalıkların birbirinin üzerine eklendiği uzun süreli sağlık sorunlarıdır (Akdemir, 2020). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'ne (CDC) göre ise, kronik hastalıklar, genel olarak 1 yıl veya daha uzun süre devam eden, tıbbi yardım gerektiren, günlük yaşamdaki aktiviteleri sınırlayan koşullar olarak tanımlanmaktadır (CDC, 2019).

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi kronik hastalıkları, kalp hastalığı, inme, kanser, tip 2 diyabetes mellitus (DM), obezite, kronik akciğer hastalıklar ve artrit olarak sınıflandırmaktadır. Kronik hastalıkların majör risk faktörleri aşırı alkol tüketimi, sigarı içimi, yetersiz fiziksel aktivite, meyve ve sebzelerde düşük sodyum ve doymuş yağ oranı yüksek besinler dahil zayıf beslenmedir (CDC,2019).

Kronik hastalıklar dünyada ve ülkemizde tüm ölümlerin en başta gelen nedenleri arasındadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 2019 raporuna göre, kronik hastalıklar dünya çapında yıllık 41 milyon insanın ölümüne (tüm ölümlerin %70'i) neden olmaktadır. Her yıl 15,5 milyon 30-69 yaş arası erken yaş ölümleri, kronik hastalıklar nedeniyle olmaktadır ve bu ölümlerin %80'i düşük ve orta gelir düzeyli ülkelerde görülmektedir. Kronik hastalıklardan ölümlerde 1. sırada kardiyovasküler hastalıklar (KVH) gelmektedir. (17,8 milyon) Bunu 2. sırada kanserler (8,9 milyon), 3. sırada solunum yolu hastalıkları (4,1 milyon) ve 4. sırada diyabet (1,7 milyon) takip etmektedir. Yine bu 4 grup hastalık erken ölümlerin %80'lik kısmını oluşturmaktadır (WHO, 2019). Türkiye İstatistik Kurumu tarafından 2018 yılında yapılan "ölüm nedeni istatistikleri" çalışmasının sonuçlarında; meydana gelen ölümlerde ilk sırada %38,4 ile dolaşım sistemi hastalıkları yer almaktadır. Bunu %19,7 ile iyi ve kötü huylu tümörler, %12,5 ile solunum sistemi hastalıkları izlemektedir (TÜİK, 2018).

Kronik hastalıklarda gözlenen yaygın nitelikler; yoğunlukla orta yaş grubunda başlayarak, yaşam boyu devam etmenin yanında, kalıcı bir bozukluk bırakarak, hastalığa neden olan birden fazla faktör olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bireylerin söz konusu faktörlerle karşılaşma oranı ve süresi, hastalığın gelişmesi konusunda önem taşımaktadır. Kronik hastalıkların seyri boyunca, birtakım evreler gözlenebildiğinden dolayı, değişik fizyolojik, psikolojik, sosyal

problemler oluşmaktadır. Hastalıklarda zamanla iyileşme sürecine girilse dahi, yinelemelerden dolayı hastalığın şiddetinin artması, söz konusu hastalıkların tedavisi açısından tıbbi problemlerin de üstesinden gelmeyi gerektirmektedir. Tedavi metoduna sadık kalarak hastalığın denetim altında tutulması önem taşımakta, hasta olan bireyler ve ailelerle iletişim kurmak da temel sorumluluk getirmektedir (Haskett, 2006; Schoen vd., 2010). Kronik rahatsızlıkların üstesinden gelme, iş birliğine gereksinim duyularak, deneyimleyerek öğrenmeyi içeren bir süreç olmaktadır. Hastaların özellikle tıbbi alanlara ve toplu bakım hizmetlerine ihtiyaçları bulunmaktadır. Kronik hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyon sürecine dair maddi desteğin sağlanması gerekmektedir. Hastaların devamlı ve uzun vadede hastaneye yatmaları ile bu alandaki enfeksiyon riski aile ve ülke ekonomisine büyük ölçüde külfet oluşturmaktadır (Türkmen, 2012).

2.2.Kronik Hastalığın Evreleri

Kronik hastalıklar genel olarak dokuz evreye göre sınıflandırılmaktadır. İlk evre olan hastalık öncesi evre, kişinin genetik faktörleri ile birlikte yaşam biçimi etmenlerinin tehlikede olduğu evreyi belirtir. İkinci hastalık evresinde, genel itibari ile kronik hastalığa bağlı semptomlar belirgin olmamakla beraber, tanı ve değerlendirme metotları ile kesinlik oluşturur. Stabil evrede ise kronik hastalığa bağlı semptomlarla birlikte yetersizliklerin kontrol altında tutulduğu durağan evreyi ifade eder. Stabil Olmayan Evre, kronik hastalığa bağlı komplikasyonların görülmeye başladığı bu dönemde hastalık yeniden aktif hale gelir ve semptomlar yeniden oluşur. Hastanın günlük yaşamının olumsuz etkilendiği bu süreçte soruna yeni yöntemler ve çözümler getirmek hastalığın kontrol altına alınması için önem arz eder. Akut evrede, kronik hastalık sürecinde kontrol altına alınamayan ve biranda gelişen belirtiler görülür. Bu durum hastaneye yatışı zorunlu kılar. Kriz dönemi, kronik hastalık sürecinde yaşamı tehdit altında bırakan ayrıca acil tedavi ve bakımı gerektiren evredir. Geriye dönüş dönemi ise, kronik hastalığa bağlı kişilerin yeni yaşam biçimini kabullenmeyi ve öğrenmeyi mecbur kılan, sınırlılıkları belirten evredir. Düşüş dönemi, kronik hastalara karşı tedavi ve bakım işlemlerinin devam ettirildiği bu dönemde semptomlar eskiye nazaran daha yoğun ve yetersizlikler daha ileri boyuta ulaşmıştır. Son evre olan ölüm döneminde ise, kronik hastalığı olan bireylerin artık vücut fonksiyonları yaşamı sürdürmeye yetmez ve kişilerin durumunda ileri derecede bir gerileme görülmektedir. Bununla birlikte hastalık sürecinin yönetilmesi daha zor bir hal almaktadır (Akdemir, 2020; Gülseven ve Oğuz, 2014).

Matson ve Brooks'un ifade ettikleri kronik hastalık uyum modeline göre, kronik hastalığa sahip kişiler hastalıkla tanıştıkları andan itibaren duygusal anlamda bazı evrelerden geçmektedir. Bu evreler şok, inkâr, kabullenme ve uyum evreleridir. Şok evresi, kronik hastalığa sahip kişiler bu dönemde hastalıkla yeni tanışmalarından dolayı yeterince bilgi sahibi olamazlar ve hastalarda anksiyete/depresyon oluşmaktadır. Hastalar içinde buldukları depresyon hali ile birlikte bundan sonraki sürecin nasıl ilerleyeceği, sıhhatine kavuşup kavuşamayacağı ile alakalı birtakım sorular sormaktadır. İnkâr evresinde ise bireyler içinde buldukları duygusal çöküşlerle birlikte durumu kabullenemezler ve gerçeklerden kaçmaya çalışmakta, içinde buldukları durum ile birlikte farklı doktorlara gitme, farklı testler yaptırma ve kabullenememe durumu daha çok ön plana çıkmaktadır. Kabullenme evresinde, hastalığın üzerlerinde oluşturmuş olduğu fiziki etkilerle birlikte hastalar artık inkârdan daha ziyade oluşan beden imajını değiştiren değişikliklerle birlikte yaşam kalitelerini bozmadan hastalığın gerekliliklerini hayatlarının birer parçası haline getirmeye çalışmaktadır. Bu evrede ayrıca kabullenme ile birlikte hasta üzerinde oluşmuş olan depresif semptomlar azalmaya başlamaktadır. Son evre olan uyum evresinde ise bireyler hastalığı kabullenmeleri ile birlikte uyum sağlama girişimlerinde bulunmaktadır. Günlük hayatlarını, iş yaşamlarını hastalığın oluşturmuş olduğu etkilerle uyumlu bir şekilde dengeleme faaliyeti içinde bulunmaktadır. Bu evrelerin en az hasar ile atılması için hastaların ve ailelerin üstlenmesi gereken sorumluluk artmaktadır (Tanık, 2006). Kronik hastalıklar ve meydana gelen komplikasyonlar bireyin fonksiyonel kapasitesinin azalmasına, çalışma performansının düşmesine, yaşam kalitesinin bozulmasına ve sosyal izolasyona neden olurken; ailenin yaşam tarzı ve ilişkilerini de olumsuz yönde etkilemektedir (Türkmen, 2012).

2.3. Kronik Hastalıklarda Depresyon

Yaşanılan duyguların dışarı vurulması ve yaşamı algılamayı sağlayan sürekli duygu haline duygu durum denir. Depresyon da bir duygu durum bozukluğudur (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Depresyon bireylerde, büyük oranda hüznün, bulanım gibi duyguların gelişmesi ile birlikte, düşünce, ifade eylemlerinde durgunluk, isteksizlik, karamsarlık ve fizyolojik hareketlerde gerileme şeklinde seyreden bir sendrom olarak değerlendirilmektedir (Öztürk, 2002). Tıbbi hastalıklarda en sık görülen bozukluklar depresyon ve anksiyetedir. Bazı durumlarda karmaşık ve sinsi belirtiler gözlemlendiği için depresyon tanısı koymak çok zor olabilmektedir (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Bütün kronik hastalıklarda, bireyler hastalığın gidişatı ve yaşanabilecek olumsuz durumlar açısından oldukça büyük kaygılar duymaktadır. Bunun sonucunda bireylerde hastalığı kabullenememe durumu oluşarak, “inkâr”

mekanizması oluşumuna sebep olabilmektedir. Sonrasında kişi “neden ben?” gibi sorularla “öfke evresi” ardından da depresif belirtilerin ortaya çıktığı “depresif evreye” girebilmektedir. Bu depresif dönem bir hastalık değil, hastalığa uyum sağlama çabasıdır. Hasta bu evreler arasında gidip gelir ve sonuç olarak kabulleniş evresi başlamaktadır. Bu belirtiler belli bir hastalığa özgü olmayıp her türlü kronik hastalık sonucunda gözlenebilmektedir (Kulaksızoğlu, 2009).

Hastaların hastalığı ne şekilde algıladıkları, bu hastalığın üstesinden gelebilme şekilleri, çevreden alınan destek, etki altında kalan organın taşıdığı önem, hastaların yaşam süreci, uyum evresi, sosyal çevrenin hastalığa dair bakış açısı son derece önem taşımaktadır. Söz konusu unsurların depresyonun gelişiminde rolü oldukça büyük olmaktadır. Depresyonun zemininde mutsuzluk duygu durumu bulunmaktadır. Bireyler mutsuz, negatif ve isteksiz hareket etmektedir. Öncesinde kolaylıkla gerçekleştirilen eylemler, zamanla bireyin gözünde büyüyerek, güçleşmeye başlamaktadır. Hasta bireyler, eski güçlerinin bulunmadığını, cansız ve enerjilerinin tükendiğini ifade etmektedirler. Uyku problemleri de depresyonla birlikte görülerek, uykuya dalma sorunu, gece sıklıkla uyanma, sabah gerekenden erken saatte uyanma ya da aşırı uyuma eğilimleri de yine bu süreçte kendini gösterebilmektedir. Yoğunlukla iştahın azaldığı bu süreçte, kilo kaybının gözlenmesi ya da tam tersi aşırı yeme gereksinimi hissedilebilmektedir. Ölüme yakın hissetme, çevresinde kaybettiği bireylerin ölümlerini sıklıkla düşünme, hastalığa dair kaygılar ve ölüm korkuları da bu evrede gündeme gelebilmektedir. Depresyon sürecinde hastaların fiziksel problemlerinde (tansiyon düzensizliği, kan şekerinin sıklıkla iniş çıkış göstermesi) artış görülmektedir (Mete, 2008; Özkan, 2018). Depresyon hipertansiyon, koroner kalp hastalıkları ve DM gibi kronik hastalıkların kontrolünü güçleştirmektedir. Depresyonun kronik bir hastalığın gidişini kötüleştirebileceği ve kronik bir hastalığın da depresyona neden olabileceği unutulmamalıdır (Mete, 2008). Depresyon kişilerde kötü öz bakım, tıbbi tedaviye uyumsuzluk ve sağlık harcamalarında artış gibi sıkıntılara neden olmaktadır (Aydoğan vd., 2013).

Ülkemizde yapılan çalışmalara göre en az 22 milyon kişinin bir veya birden fazla kronik hastalığı olduğu belirtilmiştir. Yapılan araştırmalara göre kronik hastalık tanısı konulan her üç kişiden birinde ise depresyon semptomları görülmektedir (Kanıtı Dayalı Tıp Derneği, 2016; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013). Diyabetli bireylerde %10-30 arasında hafiften orta ve ağır derecelere kadar değişen depresif bozukluklar görülmektedir (Ali vd., 2006). Hipertansif hastalarda depresyon sıklığının arttığı ve depresif hastalarda kan basıncının sirkadyen ritmi bozduğu bildirilmiştir (Türkçapar, 2010). MI sonrası görülen depresif semptomların klinik

depresyondan daha çok kardiyovasküler morbidite ve mortalitenin habercisi olduğu belirtilmektedir (Zuidersma vd., 2012). KOAH'lı hastalarda depresyonun yaygınlığının %2-42 arasında değiştiği belirtilmektedir. Depresyon, hastaların tedavi ve rehabilitasyon programlarına istekle katılmalarını engellemekte ve tedaviye uyumlarını olumsuz etkilemektedir (Korkmaz ve Tel, 2010). Kanser hastalığının teşhisinden sonra herhangi bir depresif bozukluğun hasta bireyde görülme olasılığı %40 gibi oldukça kesin rakamlarla ifade edilmektedir. Bu oranın yarısı yani %20'si ağır depresif bozukluklar, diğer yarısı ise hafif depresif bozukluklardır (Bag, 2014).

Kronik hastalığa eşlik eden depresyon genellikle sağlık personeline atlanmakta ve tedavi edilmemektedir. Kronik hastalığı olan kişilere psikiyatri konsültasyonu hizmeti verilmesiyle hem dikkatten kaçan psikiyatrik tanılar azaltılmakta hem de psikiyatrik hastalık için tedavi olanağı sağlanmış olmaktadır. Böylece hastanın hastanede kalış süresi kısalarak, hastane maliyetinin azalacağı belirtilmiştir (Uyer ve Gürgen, 2015).

2.4. Kronik Hastalık Bakım Modeli

Kronik hastalıkların oluşturduğu küresel yük büyümeye devam etmekte olup bunu kontrol altına alma zorluğu, 21. yüzyılda kalkınmanın önündeki en büyük sorunlardan birisini oluşturmaktadır. Kronik hastalıklar hem yaşam kalitesini hem de ülkelerin ekonomik ve sosyolojik açıdan sağlık taleplerini karşılama yetisini tehdit etmektedir. Yüksek ölüm oranları ve sağlık harcamalarındaki aşırı artış ile kronik hastalıklar, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği açısından küresel bir tehdit oluşturmaktadır. Kronik hastalıkla yaşayan bir kişi daha erken emekli olmakta, daha az çalışmakta, daha çok işsiz kalmakta, cebinden daha fazla sağlık harcaması yapmakta, evine daha az para getirmekte ve ailenin yaşam tarzı ve ilişkilerini de olumsuz yönde etkilemektedir. Öte yandan, ulusal sağlık bütçelerinin giderek artan bir bölümü kronik hastalıklara ayrılmaktadır. Türkiye'de kronik hastalıkların önlenmesi ve erken tedavisinin ülke ekonomisine yüzde 10 oranında bir katkı sağlayabileceği öngörülmektedir (Kanıt Dayalı Tıp Derneği, 2016; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013).

Kronik hastalık bakım sürecine dair birtakım yöntemler öne sürülmesine karşın, yaygın olarak bilinen ve sıklıkla yararlanılan en etkili model Kronik Bakım Modelidir (Beaglehole vd., 2008; Piatt and Zgibor, 2007). Kronik Bakım Modeli, bu hastalıkların yönetimi konusunda, toplumsal ve maddi açıdan oluşan yükün artış göstermesinden dolayı bakım kalitesini yükseltmek ve bu

doğrultudaki maliyetleri minimize etmek adına başvuru bir rehber olarak değerlendirilmektedir (Hennesey vd., 2010; Moroz, 2007).

Wagner ve çalışma arkadaşları aracılığı ile tanımlanan modelin kilit noktasında, sağlık bakım görevlileri ve hastanın etkin iletişiminin bulunması gerekliliği bulunmaktadır (Rothman and Wagner, 2003). Söz konusu model uyarınca bilgi ve kabiliyet ile güven ilişkisinin yansıtıldığı ortamda hastalara, hastalığa dair bulunması gereken donanım, uzmanlık, bilgi gibi unsurlara sahip olan, sağlık bakım ekibinin mevcut kaynaklardan yararlanan, optimum kalitede bakıma dair etkin karar vererek bakımının verimli olarak yürütülmesine imkân tanımaktadır (Wagner vd., 2001). Kronik bakım yöntemi, primer sağlık hizmetleri ve sağlığın korunmasını içeren uygulamaları kapsamaktadır. Bu modelde genel amaç, kronik rahatsızlık yaşayan bireylerin, gündelik bakımlarını akut ve tedavi odaklı, koruyucu ve toplum odaklı olarak planlı yürütebilmektir. Model uyarınca düzenlenen kronik hastalık yönetimi aracılığı ile hastaların durumları periyodik olarak tanılanarak, aktif katılım ve detaylı bilgilendirmeler gerçekleştirilmektedir. Bununla birlikte, öz yönetimin desteklenerek, en elverişli tedavi yönteminin saptanması ve izlem planının oluşturulması ile kaliteli bakım sürecinin ardından hastaların memnuniyeti hedeflenmektedir (Rothman and Wagner, 2003).

Bu model, yaygın olarak, hipertansiyon, aritrik ve konjestif kalp yetmezliği, astım, DM gibi hastalıklarda kullanılarak, verimlilik ve maliyetin öne çıktığı, hastanenin gereksiz işgal edilmesinin önüne geçilmesi, hastaların yaşam kalitelerinin ve memnuniyetlerinin pozitif olarak şekillendiği sonuçlarını içermektedir (Rothman and Wagner, 2003). Modelden çok sayıda ülkenin sağlık sisteminde etkin olarak yararlanılmaktadır (Smidth vd., 2013). Model kapsamında altı önemli bileşen bulunmaktadır. Bunlar; toplumun sahip olduğu kaynaklarla bunlara dair politikalar, karar verme alanında verilen destek, sağlık bakım örgütlenmesi, öz – yönetim konusunda destek, sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik planlama, klinik veri sistemleri olarak öne sürülmektedir (Beaglehole vd., 2008).

2.5.Kronik Hastalıkların Öz Bakım Yönetimi

Kronik hastalıkların yönetilmesi bilgi ve planlama becerisi gerektiren, zaman alıcı oldukça güç bir durumdur. Bireyler hastalık ve bakım süreçleri ile ilgili yeni şeyler öğrendiği için bu süreç bir keşif sürecidir. Bireyler bu süreçte semptomlarını ve kronik hastalıklarını nasıl yöneteceklerini öğrenmektedir (Gülseven ve Oğuz, 2014). Kronik hastalıkların yönetimi, hastalığın tedavi basamaklarıyla beraber hastanın öz bakım ve yönetim becerisi kazanması için

çeşitli eğitim ve öğretim yöntemleriyle hastanın güçlendirilmesini hedefleyen planlı bir süreci kapsamaktadır (Haskett, 2006).

Öz yönetim bireyin, semptomları, tedaviyi, fizyolojik ve psikolojik sonuçları yönetebilmesi, kronik hastalıkla yaşama özgü yaşam şekli değişikliklerini yapabilmesidir. Beş tane ana öz yönetim davranışı bulunmaktadır: Problem çözme, karar verme, kaynak kullanımı, sağlık ekibiyle işbirliği içinde olma ve eyleme geçmedir. Öz yönetiminin iyi olması, mortaliteyi azaltmakta, yaşam kalitesini arttırmakta ve sağlık bakımı harcamalarını azaltmaktadır (Jerant vd., 2005). Buna karşın, kötü öz yönetim, yetersiz kronik hastalık çıktıları ve sağlık bakımından gereksiz yararlanılmasına sebep olmaktadır. Öz yönetiminde aktif olan hastalar, sağlık personeli ile işbirliği içinde olmakta, önemli rolleri sürdürmeye çalışmakta, baş etme yöntemlerinin düzenli kullanmakta, problem çözmede dikkatli ve planlı bir süreç uygulamakta, seçenekleri dikkatli değerlendirdikten sonra karar vermekte, destek belirleme ve seçmede uzmanlaşma şeklinde öz yönetim davranış ve becerilerini göstermektedir. Öz yönetiminde pasif olan hastalar ise, sağlık personelinin ertelemekte, önemli rolleri bırakmakta, duygusal baş etmede yetersiz kalmakta, problem çözmede başarılı olamamakta, karmaşıklarıyla mücadele etmekte, telaş ve korku içinde karar vermekte, destek sistemlerini belirleyememe şeklinde davranışlar sergilemektedir (Jerant vd., 2005; Lorig and Holman, 2003). Başarılı ve devamlılığı olan bir hastalık öz yönetim süreci ile hastalık belirtilerinin ve acil birimlere yönelimin azalması, hastaneye yatış oranının minimize edilmesi, fizyolojik ve psikolojik işaretlerinin sınıflandırılması, bağımlılık durumunun önüne geçilmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi adına kronik hastalık yönetimi işlevinde önem taşımaktadır (Demirağ, 2009). Bu alanda tüm bakım işlevinin koordine edilmesi ve devamlılığının sağlanması konusunda, donanımlı ekip çalışmasına yönlendirme, kalite düzeyinin yükseltilmesi, hastalığa dair beklenen düzeyde iyileşme sağlanması, bakım konusunda doğan maliyetlerin minimize edilmesi son derece pratik bir yönetim olmaktadır (Rothman and Wagner, 2003).

Öz bakım, bireylerin fiziksel, zihinsel ve duygusal sağlığı yükseltmesi ve hastalıkları önlemesi için bakım aktivitelerine direkt olarak katılımları ve bireysel olarak performans gösterebilmeleridir. Öz bakım genel olarak tanımlanmasının yanında bireylerin kronik hastalıklarında daha çok sağlık bakımı, kararlar ve davranışların sonuçlandığı hastalık yönetim süreci, stabilitenin sürdürülmesi ve durumunda değişiklik fark edebilme olarak tanımlanmaktadır (Buck vd., 2015). Orem, genel hemşirelik teorisinde öz bakım kavramını “bireyin sağlığını, yaşamını ve iyilik halini korumak için gerekli aktiviteleri doğru zamanlamayla başlatması ve uygulaması” olarak tanımlamaktadır (Orem, 2001).

Öz bakım, öz bakımın sürdürülmesi ve öz bakım yönetimini kapsayan bir süreçtir, hastalar ilaç uyumu ve kendilerini psikolojik olarak stabil tutma gibi öz bakım sürdürme davranışlarını gerçekleştirmektedir. Öz bakım yönetimi ise hastaların hastalığına ait semptomlar ortaya çıktığında yapılacak aktivitelerdir. Hastalar semptom ortaya çıktığında semptomu tanımalı, değerlendirmeli ve semptoma yönelik girişimde bulunmalı ve bu girişimin etkili olup olmadığını değerlendirmelidir (Riegel vd., 2009). Öz bakım yönetim süreci bireylerin kendi hastalıklarının bakımında sorumluluk almaya başlamaları ve öz bakımı hayatları için daha anlaşılabilir yapmaya başladıklarında ortaya çıkmaktadır. Öz bakım yönetimi süreci profesyonelce önerilen tedavi rejimine uyumdan farklıdır. Bazı bireyler öz bakım yönetimi sürecini tedavi rejimine daha etkin katılmak bazıları da kendilerine ait tedavi rejimini oluşturmak için kullanmaktadır (Jones, 2001).

Öz bakım yönetimi bir eylem gerekip gerekmediğini belirlemek için fiziksel ve duygusal işaretler ve semptomlardaki değişimleri değerlendirmeyi içermektedir. Bu değişimler hastanın hastalığında, çevresinde veya tedavisinde olabilmektedir. Öz bakım yönetimi konusunda en iyi olanlar değişikliklerin anlamını bilmekte ve seçenekleri zihin süzgecinden geçirip en doğru kararı verebilmektedir. Kronik hastalığı olan bir kişi için ideal kombinasyon; amaçlı, etkili, yeterli ve gerekçeli bir öz bakımdır. Hastalar kendileri için gerekli öz bakımın neleri kapsadığını ve gerekçelerinin ne olduğunu bilmelidirler. Onlar ancak anormal olan semptom ve işaretlerin anlamını ve bu durumda ne yapmaları gerektiğini bildiklerinde doğru kararı almakta ve kendi öz bakımlarında yeterli ve etkili rol alabilmektedirler (Jaarsma vd., 2012).

2.6. Kronik Hastalıklarda Depresyon ve Öz Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Kronik hastalıklar bireyin uyum kapasitesini değiştiren başlıca stresörlerden olmakla birlikte, beraberinde getirdiği birtakım faktörler (tedaviler, ilaçlar, aile ilişkilerinde bozulma, beden imajında değişiklik, ağrı vs.) stresör kaynağı olabilmektedir. Beden imajı ve yaşam biçiminde bozulma ve rol değişiklikleri söz konusu olabilmektedir. Bu nedenle kronik hastalıkların yönetimi, fizyolojik sorunların yönetiminin yanı sıra psiko-sosyal problemlerin yönetimini de kapsamaktadır (Özdemir ve Taşcı, 2013). Depresyonda bulunan bireylerin özgüven kaybı yaşadıkları, dikkatlerini toplamakta güçlük çektikleri, okuma esnasında odaklanma zorlukları yaşadıkları saptanmaktadır. Unutkanlığın, dalgınlığın, basit kararların bile alınmasında güçlük yaşanmasının depresyon kaynaklı olduğu öne sürülmektedir (Mete, 2008).

Kronik hastalıkların giderek artması öz bakım yönetimin önemini arttırmaktadır. Kronik hastalıklarda, tedavi ve bakım yönetiminin başarısı bireyin öz yönetim ve öz bakımının yeterli olması ile mümkün olabilmektedir (Hançerlioğlu ve Aykar, 2018). Başarılı ve etkin kronik hastalık bakım uygulamaları genel olarak profesyonel, disiplinli ve koordine bir bakım ekibini kapsamaktadır (Wagner, 2000). Sağlık profesyonelleri içinde kronik hastalıkların bakım yönetiminde sergiledikleri mesleki liderlik rolleriyle ekibin önemli ve vazgeçilmez bir üyesi olarak hemşire, kronik hastalığı olan bireyin tanımlanmış sorunlarına yönelik bütüncül bakım planlayarak, danışmanlık, rehabilitasyon ve bireye özgü eğitim planlamalarını yaparak hastalıklarını yönetmede etkin rol almaktadır (Haskett, 2006; Sutherland and Hayter, 2009).

Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi içinde; tedavinin sürekliliğini sağlama, diyeteye uyma ve hastalıkla ilgili yaşam aktivitelerini yapabilme yer almaktadır. Yeterli öz bakım gücüne sahip birey, öz bakım ihtiyaçlarını kendine yetecek şekilde karşılayabilecek, sağlığıyla ilgili sorumlulukları alabilecek ve başka bireylere bağımlı olmadan günlük yaşam aktivitelerini yapabileceklerdir (Hacıhasanoğlu, 2009; Kep vd., 2013; Uzun, 2007).

Hemşireler kronik hastalıklara yönelik yenilikçi çözümlerle hastaların ve ailelerin hayatlarında olumlu değişiklikler yaratabileceklerdir (Akpınar ve Ceran, 2019). Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses- ICN) 2010 yılı temasında bütün hemşireleri kronik hastalıklarla savaşmaya çağırmıştır. ICN'e göre kronik hastalıklarla daha iyi mücadele edebilmek için hemşirelerin her ne şekilde olursa olsun uygun rol modellerle topluma sağlıklı davranışlar kazandırması, hemşirelik bakımının devamlılığını sağlaması, bilgisini artırması gerekmektedir (ICN, 2010). Hemşirelerin kronik hastalığı olan bireye eğitim, bakım, danışmanlık, çalışmaları organize etme, değişimin temsilcisi olma, kaynak kişi olma gibi sorumlulukları vardır. Hemşire bakımı planlarken hastanın yaşadığı uyum sürecini ve özelliklerini de dikkate almalıdır. Bunların ışığında hemşireler sorunları saptamakta ve bakımı planlamaktadır (Akpınar ve Ceran, 2019).

Öz bakım yönetimi modelinde; hemşirelerin mesleki sorumluluğu hasta bireyi tanımak, bakım gereksinimlerini belirlemek, bu gereksinimleri karşılayacak girişimlere karar vermek, girişimleri uygulamak ve sonuçta bireyin gereksinimlerinin karşılanıp karşılanmadığını değerlendirmektir. Dolayısıyla hemşire, bilimsel problem çözme basamakları ile paralel giden hemşirelik sürecini kullanarak hasta ve ailesinin bakımını planlayabilmektedir. Karar verme, bakım sürecinin her aşamasında olduğundan hemşire etik karar verme becerisine ve aynı zamanda kritik düşünme, bilimsel problem çözme süreci ve terapötik iletişim kurma becerisine

sahip olmalıdır. Böylelikle hasta ve ailesine profesyonel, bütüncül ve bireyselleştirilmiş bir hemşirelik bakımı sunulmaktadır(Abaan ve Altıntoprak, 2005; Türgay, 2011). Kronik hastalığı olan kişiler yıllarca hastalıklarıyla yaşamak zorundadırlar. Bu yüzden hastaların diyet, egzersiz, kendi kendine cihaz kullanımı gibi uygulamaları yapması gerekmektedir. Yani hasta kendini yönetebilir olmalıdır. Öz bakım yönetim desteğinin sağlanmasında hemşireler, hastaların aileleri ve yakın çevresi ile hastanın öz bakım yönetim güveni ve becerisi kazanmasında işbirliği içinde olmalıdırlar (Bodenheimer vd., 2002).

Hemşireler kronik hastalık tanılı bireylerin var olan veya sonradan gelişebilecek depresyon sorunlarının çözümlenmesinde, hastalıkları ve yaşam şekli değişikliklerine bireylerin uyum sağlamalarına yardımcı olmakta büyük önem taşımaktadırlar. Bu uyum sağlama durumu ancak öz bakım yönetimlerinin artırılması ile yapılabilmektedir. Bu durum kronik hastalık tanılı bireylerin depresyon ve öz bakım yönetimi düzeyi ve etkileyen faktörlerin bilinmesi ile mümkündür. Ülkemizde kronik hastalıklarda depresyon düzeyleri ile öz bakım yönetimi sürecini değerlendiren ve süreci etkileyen faktörleri birlikte inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu doğrultuda gerçekleştirilen çalışma literatürde bir ilk niteliği taşımaktadır. Bu durum araştırmanın literatüre sunacağı katkılardan dolayı çalışmanın önemini arttırmaktadır. Bu çalışma; Aile Sağlığı Merkezine başvuran kronik hastalığı olan bireylerin depresyon düzeyleri ile hastalık öz yönetimi arasındaki ilişki ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Kesitsel ve tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen bu araştırma, Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran kronik rahatsızlığı bulunan kişilerin depresyon düzeyleri ile kronik hastalıklarının öz bakım yönetimleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır. Ayrıca bunun yanı sıra kronik rahatsızlığı bulunan kişilerin depresyon düzeylerini ve hastalık öz bakım yönetimini etkileyen faktörleri belirlemiştir.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma, Ocak 2020-Mart 2020 tarihleri arasında Esenyurt bölgesinde araştırmaya izin veren Güzelyurt 2 nolu ASM, Esenyurt 30 nolu ASM, Hamit Demir ASM ve Kıraç ASM'lerinde gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini Ocak 2020-Mart 2020 tarihleri arasında ASM'lere başvuran kronik hastalığı olan bireyler oluşturmuştur. Belirtilen tarihler arasında çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya istekli olan 418 birey ile veri toplama işlemi gerçekleştirilmiştir.

3.2.1. Dahil Edilme Kriterleri

- En az altı aydır kronik hastalık tanısı almış olması,
- Veri toplama araçlarının cevaplayabilecek bilişsel yeterliliği olması,
- İletişim probleminin olmaması (işitme, dil, anlama vb.),
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması,
- Psikiyatri tanısı almamış olması.

3.3. Veri Toplama Araçları

Kronik hastalığı bulunan kişilerin depresyon, hastalık yönetimlerini ölçmek üzere oluşturulmuş olan anket formu toplamda 3 bölümden meydana gelmektedir. Bu bölümlerin her biri aşağıda detaylı bir şekilde açıklanmıştır.

3.3.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-1)

Formda hastanın tanısı, hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, çocuk durumu, aile yapısı, mesleği, sosyal güvencesi, çalışma durumu, aile gelir düzeyi ve kronik hastalıkları ile ilgili sorular bulunmaktadır.

3.3.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE) (Ek-2)

Beck (1961) tarafından geliştirilen ölçek, depresyon yönünden riski belirlemek ve depresyon belirtilerinin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçek 21 belirti kategorisini içermektedir. Bunlar; duygu durumu, kötümserlik, başarısızlık duygusu, duyumsuzluk, suçluluk duygusu, cezalandırılma duygusu, kendinden nefret etme, kendini suçlama, kendini cezalandırma duygusu, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal içedönüklük, kararsızlık, bedensel imge, çalışabilirliğin ketlenmesi, uyku bozuklukları, yorgunluk ve bitkinlik, iştahın azalması, kilo kaybı, somatik yakınmalar ve cinsel dürtü kaybıdır. Ölçekten alınan puan aralığı 0- 63 arasında değişmektedir. 0-9 puan minimal depresyon, 10-16 puan hafif depresyon, 17-29 puan orta depresyon, 30-63 puan şiddetli depresyon yaşadığını belirtmektedir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça kişinin depresyon duygularını yaşama düzeyi yükselmektedir. Hisli (1989) tarafından Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,74 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0,87 bulunmuştur.

3.3.3. Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği (SCMP-G) (Ek-3)

Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimini değerlendirmek amacı ile 2001 yılında Jones tarafından geliştirilmiştir. 35 maddeden oluşan ölçek beşli likert (1=hiç katılmıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum) tipindedir. Ölçeğin öz koruma (2, 6, 8, 11, 15, 18, 19, 20, 22, 23 ve 25-34 arasındaki maddeler) ve sosyal koruma (1, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 21, 24 ve 35. maddeler) olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekte yer alan 3., 15., 19. ve 28. maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puanlar 35-175 puan arasında değişmekte olup, puanın artması bireyin öz bakım yönetiminin de arttığını ifade etmektedir. Hançerlioğlu ve Aykar (2018) tarafından Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği yapılan SCMP-G ölçeğin genel Cronbach alfa değerleri 0,75, öz koruma alt boyutu için 0,78, sosyal koruma alt boyutu için 0,78'dir. Bu çalışmada SCMP-G'nin Cronbach alfa değerleri 0,89, öz koruma alt boyutu için 0,85, sosyal koruma alt boyutu için 0,88 bulunmuştur.

3.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Aile Sağlığı Merkezlerine başvuruda bulunan kronik rahatsızlığı olan kişilerin depresyon ve öz-bakım yönetimlerini belirlemek amacı ile toplanan verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22 adı verilen paket program kullanılmıştır. Araştırmaya katılan bireylere ilişkin tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzdeler, aritmetik ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir. Araştırmanın bağımlı değişkeni olan depresyon ve öz-bakım yönetimi düzeylerinin ikili bağımsız değişkenlere göre analizi için t-testi ve ikiden fazla bağımsız değişkenlere göre analizi için ANOVA testi kullanılmıştır. Beck depresyon ölçeği ve öz-bakım yönetimi ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki ilişki Pearson korelasyon testi ile analiz edilmiştir. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilecektir.

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmayı yapabilmek için İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 2019/09 sayılı karar ile etik kurul izni alınmıştır. İlgili ASM'lerden çalışmanın yapılmasına ilişkin İl Sağlık Müdürlüğünden kurum izni alınmıştır. Katılımcı kronik hastalığı olan bireylere araştırma öncesinde araştırmanın amacına yönelik açıklama yapıldıktan sonra bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı izinler alınmış ve anket formu uygulanmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. BULGULAR

Bu bölümde Aile Sağlığı Merkezine başvuruda bulunan kronik rahatsızlığı olan 418 katılımcının anket formunda yer alan sorulara verdikleri yanıtların analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

4.1. Sosyodemografik Özellikler ve Kronik Hastalıklara İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $62,1 \pm 5,73$ olup %56,7'sinin kadın, %81,9'unun evli, %96,1'inin çocuğunun olduğu, %23,4'ünün ilkökul mezunu, %60,5'inin çalışmadığı, %89'unun sağlık güvencesinin olduğu, %48,1'inin gelir durumunun orta olduğu, %68,2'sinin çekirdek aile tipine sahip olduğu, %68,9'unun eş ve çocukları ile yaşadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların %71,8'inin sigara kullanmadığı, %94'ünün alkol tüketmediği, %80,9'unun düzenli olarak egzersiz yapmadığı, %51,8'inin diyetlerini bazen aksattığı, %52,6'sının ailelerinde kronik rahatsızlığa sahip bireylerin olduğu, %6,2'sinin mevcut bir özrün olduğu ve %62,9'unun sağlık hizmetlerinden memnun olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri(n=418)

		Ort±ss	Min-Max
Yaş		62,1±5,73	33-93
		Frekans	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	237	56,7
	Erkek	181	43,3
Medeni Durum	Evli	335	80,1
	Bekar	83	19,9
Çocuk	Evet	399	95,5
	Hayır	19	4,5
Eğitim Durumu	Okur-Yazar Değil	56	13,4
	Okur-Yazar	70	16,7
	İlkökul	98	23,4
	Ortaokul	68	16,3
	Lise	94	22,5
	Üniversite	32	7,7
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	253	60,5
	Tam Zamanlı Çalışıyor	135	32,3
	Yarı Zamanlı Çalışıyor	30	7,2
Sağlık Güvencesi	Var	372	89,0
	Yok	46	11,0
Gelir Durumu	Çok Kötü	21	5,0
	Kötü	115	27,5
	Orta	201	48,1
	İyi	69	16,5
	Çok İyi	12	2,9
Aile Tipi	Çekirdek	285	68,2
	Geniş	124	29,7
	Parçalanmış	9	2,2
İkamet Edilen Kişi	Yalnız	13	3,1
	Eş ve Çocuklar	288	68,9

	Anne, Baba ve Kardeşler	6	1,4
	Diğer*	111	26,5
Sigara Kullanımı	Hayır	300	71,8
	Evet	118	28,2
Alkol Kullanımı	Hayır	393	94,0
	Evet	25	6,0
Egzersiz	Evet	80	19,1
	Hayır	338	80,9
Diyete Uyum Sağlama	Evet	85	20,3
	Hayır	114	27,3
	Bazen Aksatıyorum	219	52,4
Ailede Kronik Rahatsızlığı Bulunan Kişiler	Var	220	52,6
	Yok	198	47,4
Özür Durumu	Evet	26	6,2
	Hayır	392	93,8
Sağlık Hizmetlerinden Duyulan Memnuniyet Durumu	Çok Memnunum	5	1,2
	Memnunum	263	62,9
	Kararsız	90	21,5
	Memnun Değilim	46	11,0
	Hiç Memnun Değilim	14	3,3

*Uzak Yakın Akraba, Yeğen, Teyze, Amca, Bakıcı, Hala, Dayı

Tablo 4.2’de araştırmaya katılan kişilerin mevcut kronik hastalıklarının dağılımları belirtilmektedir. Aşağıda belirtilen kronik hastalık dağılım tablosu incelendiğinde kronik hastalığa sahip bireylerin %35,4’ünün hipertansiyon ve diyabet hastalıkları, %33,7’sinin ise kalp hastalıkları olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.2. Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Kronik Hastalık Dağılımları (n=418)

	n	%
Kalp Hastalıkları	141	33,7
Hipertansiyon	148	35,4
Diyabet	148	35,4
Solunum Sistemi Hastalıkları	34	8,1
Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları	119	28,5
Kronik Böbrek Yetmezliği	26	6,2
Diğer*	45	10,8

*Baş Ağrısı, Migren, Ülser, Gastrit

Kronik hastalığa sahip bireylerin %57,7’sinin mevcut kronik rahatsızlıkları için kullandıkları ilaçların isimlerini bildiği, %88,5’inin ilaçların dozlarını bildiği, %91,6’sının ilaçlarını düzenli olarak kullandığı, %81,8’inin reçete dışı ilaç kullanmadığı, %92,3’ünün hekimleri bilgisi dışında ilaçlarını kullanmayı bırakmadığı, %32,5’sinin düzenli olarak kan kontrolü için hekime başvurduğu tespit edilmiştir. Kronik hastalığa sahip bireylerin %98,1’inin hastalıkları hakkında bilgi aldığı %81,1’inin aldıkları bilgiyi yeterli bulduğu, %43,3’ünün genel sağlık durumlarının kötü olduğu, %82,5’inin uyku sorununun olduğu, %31,6’sının daha önce psikiyatriste gittiği, %11,5’sinin psikiyatrik destek almak istediği saptanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Kronik Hastalıklara İlişkin Bilgileri (n=418)

		n	%
Kronik Rahatsızlık İçin Kullanılan İlaçların İsimlerini Bilme Durumu	Evet	241	57,7
	Hayır	177	42,3
Kronik Rahatsızlık İçin Kullanılan İlaçların Dozlarını Bilme Durumu	Evet	370	88,5
	Hayır	48	11,5
Mevcut Kullandıkları Kronik Rahatsızlık İlaçların Düzenli Kullanma Durumu	Evet	383	91,6
	Hayır	3	,7
	Bazen Aksatan	32	7,6
Reçete Dışı İlaç Kullanma Durumu	Evet	76	18,2
	Hayır	342	81,8
Hekim Bilgisi Dışında İlaç Kullanımını Bırakma Durumu	Evet	32	7,7
	Hayır	386	92,3
Kan Kontrolü Amaçlı Hekime Başvurma Durumu	Evet	136	32,5
	Hayır	282	67,5
Hastalık Hakkında Bilgi Alma Durumu	Evet	410	98,1
	Hayır	8	1,9
Hastalık Hakkında Bilginin Yeterliliği Durumu	Evet	339	81,1
	Hayır	79	18,9
Genel Sağlık Durumu	Çok Kötü	13	3,1
	Kötü	181	43,3
	Orta	173	41,4
	İyi	51	12,2
Uyku Sorunu Durumu	Evet	345	82,5
	Hayır	73	17,5
Daha Önce Psikiyatriye Gitme Durumu	Evet	132	31,6
	Hayır	286	68,4
Psikiyatrik Destek Alma İsteği Durumu	Evet	48	11,5
	Kararsız	99	23,7
	Hayır	271	64,8

4.2. Beck Depresyon Envanteri Bulguları

Kronik hastalığa sahip bireylerin depresyon düzeyleri değerlendirildiğinde %16,5'inin (69) minimal düzeyde depresyona sahip olduğu, %12,7'sinin (53) hafif düzeyde depresyona sahip olduğu, %66,5'inin (278) orta düzeyde depresyona sahip olduğu ve %4,3'ünün (18) şiddetli düzeyde depresyona sahip olduğu tespit edilmiştir. BDE puan ortalaması $18,56 \pm 6,82$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Beck Depresyon Envanteri Bulguları

Depresyon Durumu	Aralık	Ort±ss	Max-Min	n	%
Minimal Düzeyde Depresyon	0-9 Arası	7,71±1,85	0-9	69	16,5
Hafif Düzeyde Depresyon	10-16 Arası	11,98±2,46	10-16	53	12,7
Orta Düzeyde Depresyon	17-29 Arası	21,48±2,20	17-29	278	66,5
Şiddetli Düzeyde Depresyon	30-63 Arası	34,44±3,16	30-38	18	4,3
BDE	0-63 Arası	18,56±6,82	0-38	418	100

4.3. Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği Bulguları

Tablo 4.5’de kronik hastalığa sahip bireylerin SCMP-G ve alt boyutlarının toplam puan ortalamaları yer almaktadır. SCMP-G’nin toplam puan ortalaması 107,38±8,48, öz koruma alt boyutu için toplam puan ortalaması 61,21±8,48, sosyal koruma alt boyutu için toplam puan ortalaması 46,17±8,48 bulunmuştur.

Tablo 4.5. Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puanları

	Aralık	Ort±ss	Min- Max
SCMP-G	35-175 Arası	107,38±8,48	67-128
Öz Koruma	20-80 Arası	61,21±8,48	48-79
Sosyal Koruma	15-60 Arası	46,17±8,48	19-54

4.4. Sosyodemografik Özelliklere ve Kronik Hastalıklara İlişkin Bilgiler ile Beck Depresyon Envanteri ve Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeğinin Karşılaştırılması

Aile Sağlığı Merkezine başvuruda bulunan ve kronik rahatsızlığı bulunan kişilerin BDE puan ortalamaları değerlendirildiğinde; bekarların (X=20,08), çalışmayanların (X=21,31), gelir durumu kötü olanların (X=21,99), aile tipi parçalanmış olanların (X=27,00), yalnız yaşayanların (X=28,61), sigara kullananların (X=19,26) ve alkol kullananların (X=18,94) daha yüksek depresyon düzeyine sahip olmaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Kronik hastalığa sahip bireylerden bekar olanların ($X=62,74\pm 8,36$), gelir durumu çok iyi olanların ($X=71,75$), anne, baba ve kardeşler ile yaşayanların ($X=68,50$), sigara kullanmayanların ($X=62,64$) ve alkol kullanmayanların ($X=69,88$) SCMP-G alt boyutu olan öz koruma puan ortalamalarının yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Kronik hastalığa sahip bireylerden kadınların ($X=47,11$), evli olanların ($X=46,32$) ve diğer kişilerle ikamet edenlerin ($X=48,01$) SCMP-G alt boyutu olan sosyal koruma puan ortalamalarının yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Aile Sağlığı Merkezine başvuruda bulunan ve kronik rahatsızlığı bulunan kişilerin SCMP-G puan ortalamaları değerlendirildiğinde; kadınların ($X=73,59$), bekar olanların ($X=108,38$), gelir durumu çok iyi olanların ($X=82,50$), anne, baba ve kardeşler ile yaşayanların ($X=104,50$), sigara kullanmayanların ($X=73,85$) ve alkol kullanmayanların ($X=80,16$) SCMP-G puanlarının yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 4.6. Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bilgiler ile BDE ve SCMP-G İlişkisi

		BDE		Öz Koruma		Sosyal Koruma		SCMP-G	
		Ort±ss	İstatiksel analiz	Ort±ss	İstatiksel analiz	Ort±ss	İstatiksel analiz	Ort±ss	İstatiksel analiz
Cinsiyet Durumu	Kadın	18,86±6,52	t=1,03 p=,300	61,46±8,35	t=,89 p=,370	47,11±8,51	t=4,92 p=,000	73,59±8,21	t=3,35 p=,001
	Erkek	18,16±6,43		60,87±8,36		44,95±8,40		70,82±8,29	
Medeni Durum	Evli	17,56±6,42	t=7,25 p=,012	61,48±8,37	t=11,24 p=,000	46,32±8,54	t=9,57 p=,002	107,80±8,3	t=49,62 p=,009
	Bekar	20,08±6,48		62,74±8,36		45,62±8,50		108,38±8,4	
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	18,67±6,52	t=,399 p=,696	61,00±8,18	t=-2,02 p=,116	46,19±8,50	t=,38 p=,680	72,20±8,56	t=-1,38 p=,167
	Hayır	17,81±6,42		64,43±8,28		45,75±8,42		75,18±8,51	
Eğitim Durumu	Okur-Yazar Değil	21,21±6,35	F=14,25 p=,124	46,98±8,12	F=45,25 p=,058	58,91±8,24	F=35,45 p=,187	105,89±8,6	F=21,21 p=,258
	Okur-Yazar	21,50±6,39		47,41±8,39		58,07±8,56		105,48±8,6	
	İlkokul	19,97±6,46		44,62±8,38		60,72±8,25		105,34±8,5	
	Ortaokul	17,97±6,32		46,08±8,35		61,92±8,18		108,01±8,6	
	Lise	15,82±6,33		46,75±8,40		63,15±8,26		109,91±8,6	

	Üniversite	12,43±6,38		45,34±8,34		66,34±8,32		111,68±8,6	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	21,31±6,35	F=13,69 p=,018	105,69±8,2	F=10,36 p=,087	59,49±8,28	F=14,56 p=,082	46,19±8,28	F=25,36 p=,054
	Tam Zamanlı Çalışıyor	13,51±6,38		110,20±8,2		64,41±8,20		45,78±8,26	
	Yarı Zamanlı Çalışıyor	18,06±6,13		109,03±8,2		61,23±8,24		47,80±8,27	
Sağlık Güvencesi Durumu	Var	18,40±6,31	t=1,12 p=,214	107,18±8,4	t=1,56 p=,259	61,25±8,54	t=3,25 p=,069	45,93±8,46	t=4,56 p=,288
	Yok	19,84±6,38		109,07±8,4		60,86±8,84		48,19±8,41	
Gelir Durumu	Çok Kötü	21,28±6,35	F=49,77 p=,000	55,85±8,42	F=15,23 p=,000	48,47±8,41	F=14,36 p=,148	69,33±8,24	F=12,65 p=,000
	Kötü	21,99±6,38		57,53±8,42		47,41±8,36		69,95±8,26	
	Orta	19,34±6,39		61,20±8,38		45,88±8,25		72,10±8,14	
	İyi	11,66±6,27		67,13±8,46		44,34±8,19		76,47±8,16	
	Çok İyi	7,75±6,30		71,75±8,28		45,75±8,36		82,50±8,28	
Aile Tipi Durumu	Çekirdek	17,21±6,35	F=22,86 p=,000	62,52±8,52	F=4,56 p=,075	45,58±8,46	F=7,69 p=,089	73,12±8,35	F=3,54 p=,052
	Geniş	21,04±6,31		58,17±8,56		47,53±8,41		70,70±8,46	
	Parçalanmış	27,00±6,36		61,33±8,51		46,33±8,39		72,66±8,42	
İkamet Edilen Kişi Durumu	Yalnız	28,61±6,25	F=15,25 p=,000	59,07±8,21	F=7,83 p=,004	36,84±8,69	F=25,68 p=,000	95,92±8,26	F=43,25 p=,002
	Eş ve Çocuklar	17,03±6,38		62,80±8,42		46,01±8,31		108,81±8,4	
	Anne, Baba ve Kardeşler	15,00±6,24		68,50±8,43		46,00±8,36		114,50±8,4	
	Diğer	21,54±6,39		56,98±8,66		48,01±8,24		105,00±8,4	
Sigara Kullanımı Durumu	Evet	19,26±6,21	t=3,19 p=,002	60,64±8,42	t=-2,75 p=,006	46,16±8,46	t=-,09 p=,928	71,82±8,45	t=-2,21 p=,027
	Hayır	16,78±6,15		62,64±8,39		46,21±8,31		73,85±8,43	
Alkol Kullanımı Durumu	Evet	18,94±6,27	t=4,68 p=,000	60,65±8,49	t=-7,02 p=,000	46,23±8,24	t=1,01 p=,312	71,90±8,18	t=-4,48 p=,000
	Hayır	12,52±6,34		69,88±8,25		45,28±8,24		80,16±8,30	
Egzersiz Durumu	Evet	16,36±6,28	t=2,12 p=,084	63,86±8,47	t=4,56 p=,124	46,63±8,22	t=1,20 p=,417	110,50±8,3	t=5,23 p=,547
	Hayır	19,08±6,29		60,58±8,40		46,07±8,24		106,65±8,3	
Diyete Uyum Sağlama Durumu	Evet	16,81±6,34	F=16,58 p=,147	63,37±8,26	F=12,02 p=,051	45,78±8,33	F=24,36 p=,066	109,16±8,4	F=41,87 p=,087
	Hayır	20,55±6,38		58,51±8,29		46,50±8,36		105,01±8,4	
	Bazen Aksatan	18,31±6,36		61,73±8,32		46,16±8,34		107,90±8,4	
Ailede Kronik Rahatsızlığı Bulunan Kişiler Durumu	Var	19,41±6,33	t=4,258 p=,094	60,12±8,21	t=1,24 p=,114	46,49±8,25	t=3,65 p=,055	106,62±8,3	t=2,10 p=,066
	Yok	17,61±6,47		62,41±8,23		45,82±8,36		108,25±8,3	
	Evet	21,80±6,45	t=5,455	60,19±8,39	t=1,36	44,92±8,45	t=2,23	105,12±8,5	t=5,65

Özür Durumu	Hayır	18,34±6,63	p=,084	61,27±8,42	p=,423	46,26±8,40	p=,074	107,54±8,5	p=,214
Sağlık Hizmetlerinden Duyulan Memnuniyet Durumu	Çok Memnun	15,20±6,38	F=8,54 p=,077	71,20±8,38	F=14,89 p=,214	49,20±8,40	F=45,36 p=,052	120,40±8,45	F=37,41 p=,128
	Memnun	16,51±6,24		63,11±8,34		45,38±8,45		108,49±8,59	
	Kararsız	21,37±6,39		57,22±,36		47,50±,44		104,7±8,42	
	Memnun Değil	23,78±6,35		58,97±8,34		46,65±8,43		105,63±8,42	
	Hiç Memnun Değil	23,00±6,29		54,92±8,32		50,00±8,42		104,92±8,42	

Tablo 4.7’de katılımcıların kronik hastalıklara ilişkin bilgileri ile BDE ve SCMP-G ilişkisi değerlendirilmiştir. Buna göre genel sağlık durumu kötü olanların (X=22,4751) daha yüksek depresyon düzeyine sahip olmaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kronik hastalığa sahip bireylerden ilaçlarını düzenli kullanmayanların SCMP-G (X=108,00) ile alt boyutu olan sosyal koruma (X=50,00) puan ortalamalarının yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İlaçlarını düzenli kullananların SCMP-G alt boyutu olan öz koruma (X=61,61) puan ortalamasının yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 4.7. Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Kronik Hastalıklara İlişkin Bilgiler ile BDE ve SCMP-G İlişkisi

		BDE		Öz Koruma		Sosyal Koruma		SCMP-G	
		Ort±ss	İstatiksel analiz	Ort±ss	İstatiksel analiz	Ort±ss	İstatiksel analiz	Ort±ss	İstatiksel analiz
Kronik Rahatsızlık İçin Kullanılan İlaçların İsimlerini Bilme Durumu	Evet	16,10±6,30	t=2,12 p=,084	63,37±8,26	t=4,56 p=,124	46,21±8,45	t=1,20 p=,417	109,59±8,1	t=5,23 p=,547
	Hayır	21,90±6,27		58,26±8,36		46,12±8,41		104,40±8,2	
Kronik Rahatsızlık İçin Kullanılan İlaçların Dozlarını Bilme Durumu	Evet	18,03±6,18	t=3,19 p=,201	61,85±8,45	t=-2,75 p=,087	46,13±8,26	t=-,09 p=,146	107,99±8,3	t=-2,21 p=,052
	Hayır	22,64±6,43		56,25±8,41		46,54±8,35		102,79±8,3	
Mevcut Kullandıkları Kronik Rahatsızlık İlaçların Düzenli Kullanma Durumu	Evet	18,28±6,13	F=12,47 p=,314	61,61±8,44	F=15,25 p=,027	46,19±8,32	F=10,35 p=,020	107,81±8,4	F=9,52 p=,042
	Hayır	18,00±6,24		58,00±8,40		50,00±8,46		108,00±8,1	
	Bazen Aksatan	21,72±6,25		55,96±8,47		45,58±8,44		101,55±8,2	
Reçete Dışı İlaç Kullanma Durumu	Evet	19,53±6,32	t=5,45 p=,084	60,88±8,36	t=1,36 p=,423	46,61±8,46	t=2,23 p=,074	107,5±8,5	t=5,65 p=,214
	Hayır	18,34±6,34		61,28±8,36		46,08±8,39		107,37±8,1	
Hekim Bilgisi Dışında İlaç Kullanımını Bırakma Durumu	Evet	21,09±6,31	t=1,03 p=,300	59,90±8,30	t=,89 p=,370	46,96±8,35	t=4,92 p=,054	106,88±8,2	t=3,35 p=,144
	Hayır	18,35±6,38		61,31±8,46		46,11±8,39		107,43±8,2	
Kan Kontrolü Amaçlı Hekime Başvurma Durumu	Evet	16,43±6,43	t=,39 p=,696	62,22±8,45	t=-2,02 p=,116	45,74±8,42	t=,38 p=,680	107,97±8,3	t=-1,38 p=,167
	Hayır	19,65±6,37		60,69±8,48		46,42±8,27		107,12±8,3	
	Evet	18,49±6,38	t=1,12	61,25±8,42	t=1,56	46,19±8,35	t=3,25	107,45±8,2	t=4,56

Hastalık Hakkında Bilgi Alma Durumu	Hayır	22,00±6,35	p=,214	57,00±8,36	p=,259	45,00±8,30	p=,069	102,00±8,2	p=,288
Hastalık Hakkında Bilginin Yeterliliği Durumu	Evet	17,72±6,33	t=4,681	62,03±8,30	t=-7,02	45,74±8,25	t=1,01	107,78±8,1	t=-4,48
	Hayır	22,30±6,26	p=,225	57,72±8,49	p=,089	48,16±8,46	p=,312	105,89±8,1	p=,122
Genel Sağlık Durumu	Çok Kötü	21,92±6,35	F=82,50 p=,000	68,12±8,45	F=15,45 p=,124	70,26±8,25	F=18,56 p=,084	70,23±8,24	F=20,15 p=,079
	Kötü	22,47±6,36		68,23±8,41		69,64±8,6		69,60±8,26	
	Orta	16,75±6,42		69,54±8,43		71,36±8,34		73,58±8,36	
	İyi	9,96±6,45		69,89±8,40		70,23±8,41		72,39±8,32	
Uyku Sorunu Durumu	Evet	19,31±6,35	t=2,12	60,22±8,30	t=4,56	46,42±,36	t=1,20	106,65±8,46	t=5,23
	Hayır	15,02±6,38	p=,084	65,87±8,46	p=,124	45,00±8,34	p=,417	110,88±8,36	p=,547
Daha Önce Psikiyatriye Gitme Durumu	Evet	19,14±6,34	t=4,25	60,50±8,44	t=1,24	47,40±8,32	t=3,65	107,90±8,34	t=2,10
	Hayır	18,29±6,30	p=,094	61,53±8,42	p=,114	45,61±8,40	p=,055	107,15±8,34	p=,066
Psikiyatrik Destek Alma İsteği Durumu	Evet	20,43±6,29	F=12,21 p=,085	59,62±8,40	F=12,32 p=,165	45,00±8,41	F=14,52 p=,218	104,62±8,45	F=41,20 p=,087
	Kararsız	19,12±6,32		59,98±8,38		47,05±8,46		107,04±8,45	
	Hayır	17,98±6,31		62,00±8,36		46,04±8,26		108,05±8,49	

Kalp hastalıkları olan hastaların (X=19,26) diğer kronik rahatsızlığı olan hastalara göre depresyon düzeylerinin çok daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kronik rahatsızlıklara göre SCMP-G ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde; solunum sistemi hastalıkları olanların (X=69,88) SCMP-G öz koruma puanlarının; kas-iskelet sistemi hastalığı olanların (X=46,63) SCMP-G sosyal koruma alt boyut puanlarının diğer katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diyabet hastalığı olan (X=109,16) hastaların diğer kronik rahatsızlığı olan hastalara göre SCMP-G ölçek puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.8. Kronik Hastalıklar ile BDE ve SCMP-G İlişkisi

	BDE		Öz Koruma		Sosyal Koruma		SCMP-G	
	Ort±ss	İstatiksel analiz	Ort±ss	İstatiksel analiz	Ort±ss	İstatiksel analiz	Ort±ss	İstatiksel analiz
Kalp Hastalıkları	19,26±6,29	F=8,541 p=,016	60,64±8,45	F=14,899 p=,025	46,16±8,42	F=45,365 p=,048	102,50±8,43	F=37,417 p=,041
Hipertansiyon	16,78±6,35		62,64±8,42		46,21±8,54		106,65±8,51	
Diyabet	17,25±6,33		60,65±8,43		46,23±8,56		109,16±8,19	
Solunum Sistemi Hastalıkları	16,25±6,28		69,88±8,37		45,28±8,42		105,01±8,25	
Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları	18,69±6,27		63,86±8,34		46,63±8,46		107,90±8,26	
Kronik Böbrek Yetmezliği	18,02±6,25		60,58±8,29		46,07±8,63		106,62±8,39	
Diğer	17,23±6,37		65,58±8,43		45,78±8,52		108,25±8,43	

4.5. Yaş ile Beck Depresyon Envanteri ve Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeğinin Korelasyon Analizi

Kronik hastalığı bulunan kişiler üzerinde uygulanmış olan BDE ve SCMP-G ve alt boyutları ile aralarındaki ilişkileri test edebilmek için gerçekleştirilmiş olan korelasyon analizi sonuçlarına göre:

- Yaş ile BDE arasında 0,155 değerine ulaşılmıştır. Yaş ile BDE arasında pozitif yönlü çok zayıf düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir.
- Yaş ile SCMP-G -0,250 değerine ulaşılmıştır. Buradan hareketle yaş ile SCMP-G arasında negatif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir.
- Yaş ile SCMP-G alt boyutu olan öz koruma arasında -0,222 değerine ve sosyal koruma ile -0,133 değerine ulaşılmıştır. Yaş ile öz koruma ve sosyal koruma alt boyutları arasında negatif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir.
- Beck Depresyon Envanteri ile SCMP-G -0,481 değerine ulaşılmıştır. BDE ile SCMP-G arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir.
- Beck Depresyon Envanteri ile SCMP-G alt boyutu olan öz koruma arasında -0,652 değerine ulaşılmıştır. Buradan hareketle depresyon ile SCMP-G alt boyutu olan öz koruma arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir.

Tablo 4.9. Korelasyon Analizi Sonuçları

		Yaş	BDE	SCMP-G	Öz Koruma	Sosyal Koruma
Yaş	r	1	,155*	-,250*	-,225*	-,133*
	p	-	,002	,000	,000	,007
BDE	r	,155*	1	-,481*	-,652*	,066
	p	,002	-	,000	,000	,177
SCMP-G	r	-,250*	-,481*	1	,843*	,615*
	p	,000	,000	-	,000	,000
Öz Koruma	r	-,225*	-,652*	,843*	1	,093
	p	,000	,000	,000	-	,056
Sosyal Koruma	r	-,133*	,066	,615*	,093	1
	p	,007	,177	,000	,056	-

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

BEŞİNCİ BÖLÜM

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, Aile Sağlığı Merkezine başvuran kronik hastalığı olan bireylerin depresyon düzeyleri ile hastalık öz yönetimi arasındaki ilişki ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgular literatür kapsamında tartışılmıştır.

Kronik hastalığa sahip bireylerin depresyon düzeyleri değerlendirildiğinde %16,5'inin minimal düzeyde depresyona sahip olduğu, %12,7'sinin hafif düzeyde depresyona sahip olduğu, %66,5'inin orta düzeyde depresyona sahip olduğu ve %4,3'ünün şiddetli düzeyde depresyona sahip olduğu tespit edilmiştir. BDE puan ortalaması $18,56 \pm 6,82$ olup hastalar orta düzeyde depresyon yaşamaktadır. Aba ve Tel (2012) tarafından gerçekleştirilmiş olan çalışmada kronik rahatsızlığı bulunan kişilerin depresyon düzeyleri incelendiğinde araştırmaya katılan katılımcıların tamamına yakınının orta düzeyde depresyona sahip olduğu tespit edilmiştir. Sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerle yapılan çalışmada, hastaların büyük çoğunluğunun depresyon yönünden risk altında olduğu belirtilmiştir (Hacıhasanoğlu vd., 2010). Koç ve Sağlam (2011) kronik hastalığı olan yaşlı bireylerle yaptığı çalışmaların depresyon düzeylerinin yüksek olduğunu bildirmiştir. Bu çalışma ile literatür bulguları benzer niteliktedir.

Kronik hastalığa sahip bireylerden bekarların ($X=20,08 \pm 6,48$), çalışmayanların ($X=21,31 \pm 6,35$), gelir durumu kötü olanların ($X=21,99 \pm 6,38$), aile tipi parçalanmış olanların ($X=27,00 \pm 6,36$), yalnız yaşayanların ($X=28,61$), genel sağlık durumu kötü olanların ($X=22,4751$), sigara kullananların ($X=19,26$) ve alkol kullananların ($X=18,94$) daha yüksek depresyon düzeyine sahip olmaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Aba ve Tel (2012) tarafından yapılan çalışmada da bekarların depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde yer alan çalışmalarda cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, aile tipi, sigara ve alkol kullanımı ile kiminle yaşadığı gibi değişkenlerin depresyon düzeylerini etkilediği belirlenmiştir (Rogerio and Calder, 2018; Garcia and Ortega, 2018). Buradan hareketle literatür değerlendirildiğinde benzer sonuçlara ulaşıldığını söylemek mümkündür. Depresyon vakalarında düşük sosyoekonomik statü, dul olmak, yalnız yaşamak, sosyal destek azlığı, bilişsel bozukluk, kronik hastalık, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık gibi faktörlerin hazırlayıcı faktörler olduğu belirtilmektedir (Arasıl, 2016).

Kalp hastalıkları olan hastaların ($X=19,26$) diğer kronik rahatsızlığı olan hastalara göre depresyon düzeylerinin çok daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aydemir ve ark. (2015) kronik kalp hastalarının depresyon düzeylerinin, kronik solunum hastalarına göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Yapılan bir derlemede depresyonun, KVH hastalarında çok daha yaygın olduğu ve nedeninin daha yüksek mortalite ve morbidite oranları ile bağlantılı olduğu belirtilmiştir (Hare vd., 2014).

Bu çalışmada SCMP-G'nin toplam puan ortalaması $107,38\pm 8,48$, öz koruma alt boyutu için toplam puan ortalaması $61,21\pm 8,48$, sosyal koruma alt boyutu için toplam puan ortalaması $46,17\pm 8,48$ bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek puan aralığının 35-175 arası olduğu düşünüldüğünde bu ortalamanın yüksek olduğu ve öz bakım yönetiminin iyi derecede olduğu görülmüştür. Garcia ve Ortega (2018) tarafından gerçekleştirilmiş olan çalışma incelendiğinde SCMP-G puan ortalamasının $103,24\pm 9,53$ olduğu bildirilmiştir. Yapılan farklı bir çalışmada da hastaların SCMP-G puan ortalamalarının $111,03\pm 10,55$, öz koruma alt boyut puan ortalamasının $66,19\pm 6,84$ ve sosyal koruma alt boyutunun puan ortalamasının $44,83\pm 7,14$ olduğu belirlenmiştir (Özdelikara vd., 2020). Doğan ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışma SCMP-G puan ortalamalarının $128,34\pm 12,52$, öz koruma alt boyut puan ortalamasının $77,5\pm 8,01$ ve sosyal koruma alt boyut puan ortalamasının $50,84\pm 8,05$ olduğu bildirilmiştir. Çalışma sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar hastaların öz bakım yönetimini önemsediklerini göstermektedir.

Kronik hastalığa sahip bireylerden bekar olanların ($X=62,74\pm 8,36$), gelir durumu çok iyi olanların ($X=71,75$), anne, baba ve kardeşler ile yaşayanların ($X=68,50$), sigara kullanmayanların ($X=62,64$), alkol kullanmayanların ($X=69,88$) ve ilaçlarını düzenli kullananların ($X=61,61$) SCMP-G alt boyutu olan öz koruma puan ortalamalarının yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Özdelikara ve ark.'nın (2020) yaptıkları çalışmada hastaların tanıtıcı özellikleri ile öz koruma puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Öz koruma, bireylerin hastalığa bağlı olarak tedavi ve yaşam biçimi değişikliklerini ve bireyin kendini hastalığın olumsuz etkilerinden korunmasını ifade etmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin hastalıkları ile ilgili tedavi ve yaşam biçimi değişikliklerine uyum sağlayıp öz korumayı iyi yönettikleri söylenebilir.

Kronik hastalığa sahip bireylerden kadınların ($X=47,11$), evli olanların ($X=46,32$), diğer kişilerle ikamet edenlerin ($X=48,01$) ve ilaçlarını düzenli kullanmayanların ($X=50,00$) SCMP-G alt boyutu olan sosyal koruma puan ortalamalarının yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı

olduğu belirlenmiştir. Özdelikara ve ark.'nın (2020) yaptıkları çalışmada hastaların tanıtıcı özellikleri ile sosyal koruma puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sosyal koruma, bireyin hastalığıyla sosyal çevresinin etkileşimini ifade etmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin hastalıkları ile ilgili çevrelerinden aldıkları desteğin iyi olduğu söylenebilir.

Aile Sağlığı Merkezine başvuruda bulunan ve kronik rahatsızlığı bulunan kişilerin SCMP-G puan ortalamaları değerlendirildiğinde; kadınların (X=73,59), bekâr olanların (X=108,38), gelir durumu çok iyi olanların (X=82,50), anne, baba ve kardeşler ile yaşayanların (X=104,50), sigara kullanmayanların (X=73,85), alkol kullanmayanların (X=80,16), ilaçlarını düzenli kullanmayanların (X=108,00) SCMP-G puanların yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Özdelikara ve ark. (2020) yaptığı çalışmada kadın hastaların öz bakım yönetimi toplam puan ortalaması erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Karadut'un yaptığı araştırmada bu çalışmaya benzer şekilde evli hastaların öz bakım gücü bekârlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (Karadut vd., 2013). Kadınların toplumdaki rolleri bakıma alışık olmalarından dolayı kendi bakımlarını iyi yönettikleri düşünülmektedir. Evli bireylerin ise sorumluluklarının fazla olması öz bakıma yeteri kadar zaman ayıramamasına neden olabilmektedir.

Kronik rahatsızlıklara göre SCMP-G ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde; solunum sistemi hastalıkları olanların (X=69,88) SCMP-G öz koruma puanlarının; kas-iskelet sistemi hastalığı olanların (X=46,63) SCMP-G sosyal koruma alt boyut puanlarının diğer katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diyabet hastalığı olan (X=109,16) hastaların diğer kronik rahatsızlığı olan hastalara göre SCMP-G ölçek puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada kronik kalp yetersizliği olan hastaların öz koruma, sosyal koruma ve SCMP-G puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Özdelikara vd., 2020). Hançerlioğlu ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada kronik kalp yetersizliği olan hastaların SCMP-G puanlarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Çalışma sonuçları literatürden farklı bulunmuştur.

Bu çalışmada yaş ile BDE arasında pozitif yönlü çok zayıf düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir. Yaş arttıkça depresyon puanlarının arttığı saptanmıştır. Yapılan farklı çalışmalarda da yaş ilerledikçe depresyon düzeyinin arttığı gösterilmiştir (Aydemir ve ark., 2015; Hacıhasanoğlu vd., 2010; Simon vd., 2015; Roiser and Sahakian, 2013; Türkeş vd., 2015). Yaş ile SCMP-G ve alt boyutları arasında negatif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada, kronik rahatsızlığı bulunan hastalarda yaş gruplarına göre öz bakım gücünde

farklılık olduğu, öz bakım gücünün 40 yaş ve altı grupta yüksek, 60 yaş ve üstü grupta düşük olduğu saptanmıştır (Köhlera vd., 2016). Özdelikara ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada yaş arttıkça SCMP-G ve alt boyut puanlarının azaldığını bildirmiştir. Bireylerde yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan problemler kronik hastalıkların öz bakım yönetimini zorlaştırabilmektedir. Beck Depresyon Envanteri ile SCMP-G ve alt boyutu olan öz koruma arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir. Bu ilişki depresyonun artması ile birlikte kronik hastalığı bulunan kişilerin öz bakım yönetim becerilerinin düştüğünü göstermektedir. Tıbbi hastalarda depresif semptomlar yaygın olmakla birlikte çoğunlukla tanınmazlar. Oysaki fiziksel hastalığa eşlik eden depresyon; hastaların uyumunu, tedaviye yanıtını, fiziksel hastalığın seyrini olumsuz olarak etkilemektedir (Özkan 2018). Kronik rahatsızlıklar yaşamın her yönünü etkileyen uzun süreli hastalıklardır. Kronik rahatsızlıkları bulunan hastalarının hastalık süreci ve hastalık semptomları üzerinde kontrol sağlayabilmeleri için öz bakım davranışlarını düzenli ve etkin yapmaları gerekmektedir (Garcia and Ortega, 2018). Kronik hastalıklar bireyin bağımlılığının artmasına neden olmaktadır. Ayrıca depresyon da bireyi çok yönlü etkilediğinde önemli düzeyde yeti yitimine (kişinin kendinden beklenen iş, okul, ev hayatlarındaki toplumsal rollerini ve kendine bakabilme işlevlerini giderek kaybetmesi veya aksatması) neden olmaktadır. Yeti yetimi hastaları aktivitelerinde kısıtlılık yaparak enerji tüketimlerini sınırlamaya zorladığından hastaların öz bakım gücü olumsuz etkilenmektedir (Buldan ve Kurban, 2018). Bu durumun da bireylerin öz bakım yönetimlerini azaltabileceği düşünülmektedir.

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Aile Sağlığı Merkezine başvuran kronik hastalığı olan bireylerin depresyon düzeyleri ile hastalık öz yönetimi arasındaki ilişki ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılan bu araştırmada elde edilen sonuçlar şunlardır;

- Kronik hastalığa sahip bireylerin depresyon düzeyleri değerlendirildiğinde %16,5'inin minimal düzeyde depresyona sahip olduğu, %12,7'sinin hafif düzeyde depresyona sahip olduğu, %66,5'inin orta düzeyde depresyona sahip olduğu ve %4,3'ünün şiddetli düzeyde depresyona sahip olduğu tespit edilmiştir. BDE puan ortalaması $18,56 \pm 6,82$ olup hastalar orta düzeyde depresyon yaşamaktadır.
- Kronik hastalığı olan bireylerde yaş, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, aile tipinin, genel sağlık durumunun kötü olması, ilaçların düzenli kullanılmaması, sigara ve alkol kullanması depresyon düzeylerini olumsuz etkilemektedir.
- Kronik hastalığa sahip bireylerin SCMP-G toplam puan ortalaması $107,38 \pm 8,48$, öz koruma alt boyutu için toplam puan ortalaması $61,21 \pm 8,48$, sosyal koruma alt boyutu için toplam puan ortalaması $46,17 \pm 8,48$ bulunmuştur. Kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım yönetimleri iyi olarak değerlendirilmiştir.
- Yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, aile tipi, sigara ve alkol kullanma öz bakım yönetimini olumsuz etkilemektedir.
- Beck Depresyon Envanteri ile SCMP-G ve alt boyutu olan öz koruma arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir. Bu ilişki depresyonun artması ile birlikte kronik hastalığı bulunan kişilerin öz bakım yönetim becerilerinin düştüğünü göstermektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Kronik hastalığı olan bireylerin depresyon düzeylerinin düzenli olarak değerlendirilmesi,
- Depresyon düzeyinin öz bakım yönetimini etkileyebileceği düşüncesinden yola çıkarak öz bakım yönetiminin düzenli olarak değerlendirilmesi,
- Depresyon düzeylerini ve öz bakım yönetimini etkileyen faktörlerin belirlenmesi,
- Kronik hastalığa sahip bireylerin ve ailelerinin depresyon ve öz bakım yönetimine ilişkin farkındalıklarının artırılması,

- Depresyon düzeylerinin azaltılması ve öz bakım yönetiminin artırılmasına yönelik girişimler yapılması,
- Daha farklı ve büyük örneklem gruplarıyla çalışmanın tekrarlanması önerilmektedir.



KAYNAKÇA

1. Aba, N. ve Tel, H. (2012). Diabetes Mellituslu Hastalarda Depresyon ve Öz bakım Gücü. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 1, 18-23.
2. Abaan, S. ve Altıntoprak, A. (2005). Hemşirelerde Problem Çözme Becerileri: Öz Değerlendirme Sonuçlarının Analizi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,62-76.
3. Akdemir, N. (2020). Kronik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Geliştirilmiş 3. Baskı, Sistem Ofset, Ankara.
4. Akpınar, N. B. ve Ceran, M. A. (2019). Kronik Hastalıklar ve Rehabilitasyon Hemşireliği. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 3(2), 140-152.
5. Ali, S., Stone, M. A., Peters, J. L., Davies, M. J. and Khunti K., (2006). The prevalence Of Comorbid Depression in Adults With Type 2 Diabetes: A Systematic Review And Meta-Analysis. Diabetmed, 23, 1165-1173.
6. Arasil, T. Ankilozan Spondilit. In: Beyazova, M, Gökçe-Kutsal, Y., editor. (2016). Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Ankara: Güneş Kitabevi.
7. Aydemir, Y., Doğu, Ö., Amasya, A., Yazgan, B., Gazioğlu, E. Ö. ve Gündüz, H. (2015). Kronik Solunum Ve Kalp Hastalıklarında Anksiyete Ve Depresyon Sıklığı Ve İlişkili Özelliklerin Değerlendirilmesi. Sakarya Tıp Dergisi, 5(4), 199-203.
8. Aydoğan, Ü., Doğaner Y. Ç. ve Sarı O. (2013). Koruyucu Bakımın Temel İlkeleri. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği Özel Dergisi,4(Özel Sayı), 5-12.
9. Bag, B. (2014). Kanser Hastalarında Depresyon/Depression in Cancer Patients. Psikiyatride Guncel Yaklasimler, 6(2), 186.
10. Beaglehole, R., Epping-Jordan, J., Patel, V., Chopra, M., Ebrahim, S., Kidd, M. and Haines, A. (2008). Improving The Prevention And Management Of Chronic Disease İn Low-Income And Middle-Income Countries: A Priority For Primary Health Care. The Lancet, 372(9642), 940-949.
11. Beck, A.T. (1961) An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry, 4, 561-571.
12. Beswick, AD., Rees, K., West, RR., Taylor, FC., Burke, M., Griebisch I vd. (2005). Improving uptake and adherence in cardiac rehabilitation: literature review. J Adv Nurs, 49, 538–555.

13. Bodenheimer, T., Wagner, E. H. and Grumbach K. (2002). Improving Primary Care For Patients With Chronicillness, *Jama*, 288 (14), 1775-9.
14. Buck, H.G., Dickson, V. V., Fida, R., Riegel, B., D'Agostino, F., Alvaro, R. and Vellone, E. (2015). Predictors of Hospitalization and Quality of Life in Heart Failure: A Model of Comorbidity Self-Efficacy and Self-Care. *H.G. International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 1714–1722.
15. Buldan, Ö. ve Kurban N. (2018), Kronik Hastalığı Olan Olguların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ile Hemşirelik Bakımı Algısı Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler, *DEUHFED*, 11(4), 274-282.
16. CDC. (2019). <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm> (Erişim Tarihi: 12.06.2020).
17. Demirağ, S. A. (2009). Kronik Hastalıklar ve Yaşam Kalitesi. *Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi* 1(1), 58-65.
18. Doğan, M.D., Tosun, E. ve Tek, A.D. (2018). Kronik Hastalıklarda Hastalık Algısı, Yaşam Kalitesi, Öz-Bakım Yönetimi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), 33-40.
19. Garcia-Montoya, L. and Marzo-Ortega H. (2018). The role of secukinumab in the treatment of psoriaticarthritis and ankylosingspondylitis. *Therapeutic advances in musculoskeletal disease*, 6;10(9):169-180
20. Gülseven, B. ve Oğuz, S. (2014). Kronik Durumlar. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. (Eds) Karadakovan, A., Aslan, F.E. Geliştirilmiş 3. Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara.
21. Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P., Yıldırım, A. ve Uslu, S. (2010). Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Anksiyete ve Depresyon. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(3), 209-216.
22. Hacıhasanoğlu, R. (2009). Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekim Bul*, 8, 167172.
23. Hançerlioğlu, S. ve Aykar, F.Ş. (2018). Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliği. *GÜSBD*, 7(1), 175-183.
24. Hancerlioglu, S., Fadiloglu, C., Yildirim, Y. and Aykar, F.S. (2019). The Effect of Self-Care Management on Compliance with Chronic Disease. *International Journal of Caring Sciences*, 12(2), 877-883.
25. Hare, D.L., Toukhsati, S.R., Johansson, P. and Jaarsma, T.(2014). Depression and cardiovascular disease: a clinical review. *Eur Heart J.*, 35(21), 1365-1372.

26. Haskett, T., (2006). Chronic illness management: Changing the system. *Home Health Care Management Practice*, 18(6), 492-496.
27. Hennessey, B., Suter, P. and Harrison, G. (2010). The home-based chronic care model: A platform for partnership for the provision of a patient centered medical home. *CARING*, 29(2), 18-24.
28. Hisli, N. (1989) Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7, 3-13.
29. International Council of Nurses (ICN) (2010). Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care, 1-69, <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2010.pdf> (15.07.2020).
30. Jaarsma, T., Riegel, B. and Strömberg, A. (2012). A Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness, *Advances in Nursing Science*, 35(3), 194-204.
31. Jerant, A. F., Fitzwater, M. M., F. and Moore, M., (2005). Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions, *Patient Education and Counseling*, 57, 300-307.
32. Jones, L.C. (2001). Measuring Guarding As A Self-Care Management Process In Chronic Illness: The SCMP-G. Strickland, O.L., Dilorio, C. Editörler. *Measurement Of Nursing Outcomes*. New York: Springer Publishing Company, 150-158.
33. Kanıta Dayalı Tıp Derneği. (2016). Sağlıklı Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar Farkındalık Projesi Sağlıklı Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar Raporu. <Http://Saglikliturkiye.Org/Modules/Yayinlar/Datafiles/Saglikliyaslanmavekronikhastaliklarfarkindalikprojesi-2016-06-23.Pdf> (Erişim Tarihi: 19.06.2020) DOI: 10.13140/RG.2.2.12545.25444
34. Karadut, P., Aşlar, R. ve Yıldırım, A. (2013). Diyabetli hastaların Öz-bakım Gücüne Algıladıkları Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(1), 1-9.
35. Karamustafalıoğlu, O. ve Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.
36. Kep, A.S., Kritpracha, N.C. and Thaniwattananon, P. (2013). Cardiac rehabilitation enhancing programs in patients with myocardial infarction: a literature review,. *Nurse Media Journal of Nursing*, 3, 541-556.
37. Koç, Z. Ve Sağlam, Z. (2011). Hastanede yatan yaşlı hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 3, 42-52.

38. Korkmaz, T. ve Tel, H.(2010). KOAH'lı Hastalarda Anksiyete, Depresyon Ve Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13 (4), 79-86.
39. Köhlera, O., Kroghc, J., Morsa, O. and Benros, M.E. (2016). Inflammation in Depression and the Potential for Anti-Inflammatory Treatment. *Current Neuropharmacology*, 14, 732-742
40. Kulaksızoğlu, I.B. (2009). Nörolojik Hastalıkların Psikiyatrik Yansımaları. *Nöroloji Ders E-Kitabı*. ([[Http://Www.İtfnoroloji.Org/Psikiyatrik/Psikiyatrik.Htm](http://www.İtfnoroloji.Org/Psikiyatrik/Psikiyatrik.Htm)]) (Erişim Tarihi: 22.03.2019)
41. Lorig, K.R. and Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms, *Ann. Behav. Med.*, 26, 1–7.
42. Mete, H. E. (2008). Kronik Hastalık ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11:3-18.
43. Moroz, S.A.M. (2007). Improving chronic illness care: The chronic care model. *Current Issues in Cardiac Rehabilitation and Prevention*, 15(1), 2-5.
44. Orem, D.E. (2001). *Self-Care Deficit Theory Of Nursing: ConceptSand Applications* (7th Ed.) USA: Dennis CM Mosby-Year Book Inc.
45. Özdelikara, A., Taştan, A. ve Atasayar, B. Ş. (2020). Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ve Uyumun Değerlendirilmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 42-49.
46. Özdemir, Ü. ve Taşçı, S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.
47. Özkan, S. (2018). Genel Tıpta Depresyon. *Hümanite Psikiyatri*, <https://www.humanitepsikiyatri.com/wp-content/uploads/2018/11/genel-tipta-depresyon-2018-kitap-min.pdf> (Erişim Tarihi: 14.07.2020)
48. Öztürk, O.(2002).*Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 9. Basım, Ankara. Feryal Matbaası.
49. Piatt, G. A. and Zgibor, J. C. (2007). Current opinion in endocrinology. *Diabetes & Obesity*, 14, 158-165.
50. Riegel, B., Lee, C.S., Dickson, V.V. and Carlson, B. (2009). An Update on the Self-Care of Heart Failure Index, *J Cardiovasc Nurs*, 24(6), 485–497.
51. Rogero, M.M. and Calder, P.C. (2018). Obesity, Inflammation, Toll-LikeReceptor 4 and FattyAcids. *Nutrients*, 10.
52. Roiser, J. P. and Sahakian, B. J. (2013). Hot and cold cognition in depression. *CNS Spectrus*, 18, 139-149.
53. Rothman, A.A. and Wagner, E.H. (2003). Chronicillness management: what is the role of primary care? *An MedIntern*, 138(3), 256-261.

54. Schoen, C. (2010). How Health Insurance Design Affects Access to Care And Costs, By Income, in Eleven Countries. *HealthAff*, 29, 23-34.
55. Simon, S.S., Cordás, T.A. and Bottino, C.M. (2015). Cognitive Behavioral Therapies in older adults with depression and cognitive deficits: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*, 30(3), 223-233.
56. Smidth, M., Christensen, M. B., Olesen, F. and Vedsted, P. (2013). Developing an active implementation model for a chronic disease management program. *International Journal of Intergrated Care*, 13, 1-16.
57. Sutherland, D. and Hayter, M. (2009). Structured review: evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases. *J Clin Nurs*, 18(21), 2978-2992
58. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2013). Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. [Http://Sbu.Saglik.Gov.Tr/Ekutuphane/Kitaplar/Khrfat.Pdf](http://Sbu.Saglik.Gov.Tr/Ekutuphane/Kitaplar/Khrfat.Pdf) (Erişim Tarihi: 19.06.2020)
59. Tanık, N. (2006). Multipl Skleroz'da Depresyon ve Hastalık Parametreleri İle İlişkisi. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Van.
60. TÜİK (2018). Ölüm Nedeni İstatistikleri. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626> (Erişim Tarihi: 19.06.2020)
61. Türgay, A.S. (2011). Hasta Bakım Süreci. (Akça F. A, Editör). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. İstanbul.
62. Türkçapar, H. (2010). Hipertansiyonda Bilişsel Davranışçı Tedavi. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği Özel Dergisi*, 1(Özel Sayı 1), 26-9.
63. Türkeş, N., Can, H., Kurt, M. ve Dikeç, B.E. (2015). İz Sürme Testi'nin 20- 49 Yaş Aralığında Türkiye İçin Norm Belirleme Çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*, 26, 189-196.
64. Türkmen, E. (2012). Kronik Hastalıklar ve Önemi. Durna, Z. Ed. *Kronik Hastalıklar ve Bakım* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 37-49.
65. Uyer, B. ve Gürgen, F. (2015). Bir Üniversite Hastanesinde Psikiyatri Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, 18, 24-28.
66. Uzun, M. (2007). Kardiyak rehabilitasyonda hasta eğitimi ve egzersiz. *Anadolu Kardiyol Derg*, 7, 298-304.
67. Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh M., Schaefer J. and Bonomi, A., (2001). Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. *HealthAffairs (Millwood)*, 20(6), 64-78.

68. Wagner, E.H. (2000). The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ*, 320(7234), 569-572.
69. WHO. (2019). Diet, Nutrition and the prevention Of Chronic diseases. WHO Technical Report Series: 916, <https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/Geneva>., s.75. (Erişim Tarihi: 19.06.2020)
70. Wu, J. J., Penfold, R. B., Primates, P., Fox, T. K., Stewart, C., Reddy, S. P. vd. (2017). The risk of depression, suicidal ideation and suicide attempt in patients with psoriasis, psoriatic arthritis or ankylosing spondylitis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 31(7), 1168-1175.
71. Zhang, L., Wu, Y., Liu, S. and Zhu, W. (2019). Prevalence of Depression in Ankylosing Spondylitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatry Investig*, 16(8), 565-574
72. Zhao, S., Thong, D., Miller, N., Duffield, S. J., Hughes, D. M., Chadwick, L. and Goodson, N. J. (2018). The prevalence of depression in axial spondyloarthritis and its association with disease activity: a systematic review and meta-analysis. *Arthritis research & therapy*, 20(1), 140.
73. Zuidersma, M., Conradi, H. J., van Melle, J. P., Ormel, J. and de Jonge, P. (2013). Self-reported depressive symptoms, diagnosed clinical depression and cardiac morbidity and mortality after myocardial infarction. *International Journal of Cardiology*, 167(6), 2775-2780

EKLER

EK-1:Tanıttıcı Bilgi Formu

1. **Cinsiyet:** 1.Kadın 2. Erkek
2. **Yaşınız**.....
3. **Medeni Durumunuz?**1. Evli 2. Bekar
4. **Çocuğunuz var mı?**1. Evet..... 2. Hayır
5. **Eğitim durumunuz?**
1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul 4. Orta okul 5. Lise 6. Üniversite
6. **Çalışma durumu:** 1. Çalışmıyor 2. Tam zamanlı çalışıyor 3. Yarı zamanlı çalışıyor
7. **Sağlık Güvenceniz var mı?** 1. Var 2. Yok
8. **Gelir durumunuz?** 1. Çok kötü 2.Kötü 3. Orta 4. İyi 5. Çok iyi
9. **Aile Tipiniz?** 1. Çekirdek aile 2.Geniş aile 3. Parçalanmış aile
10. **Kiminle İkamet Ediyorsunuz:**
1. Yalnız 2. Eş ve/veya Çocuklar 3. Anne, Baba, Kardeşler 4. Diğer
11. **Sigara kullanıyor musunuz?** 1. Hayır 2. Evet
12. **Alkol kullanıyor musunuz?** 1. Hayır 2. Evet
13. **Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?** 1. Evet 2. Hayır
14. **Size önerilen diyetle uyum sağlıyor musunuz?** 1. Evet 2. Hayır 3. Bazen aksatıyorum
15. **Ailenizde kronik hastalığı olan var mı?** 1)Var 2)Yok
16. **Mevcut bir özrünüz var mı?** 1. Evet2. Hayır
17. **Kronik hastalığınız için kullandığınız ilaç/ilaçların ismini biliyor musunuz?** 1. Evet 2. Hayır
18. **Kronik hastalığınız için kullandığınız ilaç/ilaçların dozunu biliyor musunuz?** 1. Evet 2. Hayır
19. **İlaçları düzenli kullanıyor musunuz?** 1. Evet 2. Hayır 3. Bazen aksatıyorum
20. **Reçete Dışı İlaç Kullanma Alışkanlığınız var mı?** 1. Evet 2. Hayır
21. **Hekiminizin bilgisi dışında ilaç kullanmayı bıraktınız mı?** 1. Evet 2. Hayır
22. **Hastalığınız ile ilgili kan kontrolü tespiti için düzenli hekim kontrolüne gider misiniz?**
1. Evet 2. Hayır
23. **Hastalığınız hakkında herhangi bir bilgi aldınız mı?** 1. Evet 2. Hayır
24. **Cevabınız evetse aldığınız eğitimi/bilgiyi yeterli buldunuz mu?** 1. Evet 2. Hayır
25. **Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?**
1. Çok kötü 2. Kötü 3. Orta 4. İyi 5. Çok iyi
26. **Aldığınız sağlık hizmetlerinden memnun musunuz?**
1. Çok memnunum 2.Memnunum 3. Kararsızım 4. Memnun değilim 5. Hiç memnun değilim
27. **Uykuya dalma ya da uykuyu sürdürme sorunuz var mı?** 1. Evet 2. Hayır
28. **Bu güne kadar hiç psikiyatriste gittiniz mi?** 1. Evet 2. Hayır

29. Psikiyatrik destek almak ister misiniz ? 1. Evet 2. Kararsızım 3. Hayır

30. Var olan Kronik Hastalıklar	Yok	Var
<i>Diyabet (Tip 1, Tip 2)</i>		
Koroner arter hastalığı		
Kalp yetmezliği		
Periferel arter hasatalığı		
Serebro vasküler hastalık (serebro vasküler olay)		
Osteoartrit		
Romatoid artrit		
Diğer romatizmal hastalıklar		
Osteoporoz		
Kronik Böbrek Yetmezliği		
Hipertansiyon		
Siroz		
Kanser		
Baş ağrısı		
Baş dönmesi		

EK-2: BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Sayın katılımcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Daha sonra size uygun cümleyi daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1.	0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum. 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum	2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum. 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
2	0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim. 1. Gelecek hakkında karamsarıyım.	2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok. 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3	0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum. 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.	2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum. 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
4	0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum. 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.	2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor. 3. Her şeyden sıkılıyorum.
5	0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum. 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.	2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum. 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6	0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor. 1. Cezalandırılabilirim hissediyorum.	2. Cezalandırılmayı bekliyorum. 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7	0. Kendimden memnunum. 1. Kendi kendimden pek memnun değilim.	2. Kendime çok kızıyorum. 3. Kendimden nefret ediyorum.
8	0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum. 1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.	2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum. 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
9	0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok. 1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.	2. Kendimi öldürmek isterdim. 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
10	0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor. 1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.	2. Çoğu zaman ağlıyorum. 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
11	0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.	2. Şimdi hep sinirliyim. 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

	1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.	
12	0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim. 1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.	2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim. 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
13	0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum. 1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.	2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum. 3. Artık hiç karar veremiyorum.
14	0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum. 1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.	2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum. 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
15	0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum. 1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.	2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor. 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
16	0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum. 1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.	2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum. 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17	0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum. 1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.	2. Yaptığım her şey beni yoruyor. 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
18	0. İştahım her zamanki gibi. 1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.	2. İştahım çok azaldı. 3. Artık hiç iştahım yok.
19	0. Son zamanlarda kilo vermedim. 1. İki kilodan fazla kilo verdim.	2. Dört kilodan fazla kilo verdim. 3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum
20	0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor. 1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.	2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor. 3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
21	0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim. 1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim	2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim. 3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim

EK-3: Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği

Bir hastalık hayatınızda birçok değişiklikler yapılmasını gerektirebilir. Bu soruların amacı, farklı insanların hastalıkları ile nasıl başa çıktıklarını öğrenmektir. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Her cümle için, düşüncelerinizi en iyi tanımlayan cevabı yuvarlak içine alınız. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz.

Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Hastalığım nedeniyle çevremdeki kişilere rahatsızlık vermekten endişeleniyorum	1	2	3	4	5
2	Hastalığımı kontrol edebilirim	1	2	3	4	5
3	Hastalığım ailem ve arkadaşlarımı etkilemiyor	1	2	3	4	5
4	Başkalarını memnun etmek sağlığımdan daha önemlidir	1	2	3	4	5
5	Başka kişilere yük olduğumu düşünüyorum	1	2	3	4	5
6	Hastalığımı kontrol etmek için elimden geleni yapmalıyım	1	2	3	4	5
7	Hastalığımın dolayı çevremdeki kişilerin endişelenmemesinden ben sorumluyum	1	2	3	4	5
8	Yaşam tarzım konusunda dikkatli olmak zorundayım	1	2	3	4	5
9	Hastalığım arkadaşlarımla ilişkilerimi etkiledi	1	2	3	4	5
10	Bazı şeyleri yapmıyorum, çünkü çevremdeki kişiler sağlığım konusunda endişeleniyor	1	2	3	4	5
11	Tedavi planına uymazsam hastalığımın kötüleşeceğinden endişeleniyorum	1	2	3	4	5
12	Çevremdeki kişilerin hastalığım yüzünden bana farklı davranmalarından rahatsız oluyorum	1	2	3	4	5
13	Hastalığımı çok fazla düşünsem de, bu konuda konuşmamaya çalışıyorum	1	2	3	4	5
14	Çevremdeki kişilerin benim yaşadığım sağlık problemlerini yaşamamaları için yaşam tarzlarımı değiştirmeleri konusunda onları ikna etmeye çalışırım	1	2	3	4	5

15	Aktivitelerimi planlamakta zorlanıyorum çünkü hastalığımın buna engel olup olmayacağını hiç bilemiyorum	1	2	3	4	5
16	Başkalarının iyiliği için hastalığım hakkında olumlu bir tutum sergilemeliyim	1	2	3	4	5
17	Hastalığım diğer kişileri rahatsız ediyor	1	2	3	4	5
18	Sadece problem yaşadığımda hastalığım aklıma geliyor	1	2	3	4	5
19	Günlük aktivitelerimi yaparken hastalığımı düşünmüyorum	1	2	3	4	5
20	Sağlığımın düzelmesi için yaşam tarzımda değişiklikler yaptım	1	2	3	4	5
21	Çevremdeki kişilere hastalığımı anlatıyorum ki keyifsiz olduğumda hiç kimse bunu üzerine alınmasın	1	2	3	4	5
22	Tedavi planımı takip edersem hastalığımı kontrol edebilirim	1	2	3	4	5
23	Kendime bakarsam, hastalığımla ilgili daha fazla sorun çıkmasını önleyebilirim	1	2	3	4	5
24	Çevremdeki kişilere hastalığımın ne kadarını anlatacağıma dikkat ediyorum, çünkü insanları üzmem istemiyorum	1	2	3	4	5
25	Hastalığımdaki değişimleri gösteren belirtileri tespit etmek için kendimi kontrol ederim	1	2	3	4	5
26	Günlük planlarımı yaparken, hastalığımı düşünüyorum	1	2	3	4	5
27	Hastalığımın kötüleştiğini gösteren işaretleri takip ederim	1	2	3	4	5
28	Hastalığımı kontrol edebilmek için yapabileceğim çok az şey var	1	2	3	4	5
29	Sağlığım hakkında çok fazla düşünüyorum	1	2	3	4	5
30	Normal bir yaşam sürebilmem için bir rutini takip etmek çok önemlidir	1	2	3	4	5
31	Hastalığım hakkında her şeyi öğrenerek hastalığımı kontrol altında tutuyorum	1	2	3	4	5
32	Hastalığımı kontrol altında tutabilmek için yaşam tarzımı değiştirdim	1	2	3	4	5
33	Yaşamım tedavi planım etrafında şekilleniyor	1	2	3	4	5
34	Sağlığıma dikkat etmek zorundayım yoksa durumum kötüleşir	1	2	3	4	5
35	Çevremdeki kişileri hastalığım konusunda rahatsız etmemek için düzenimi değiştiriyorum	1	2	3	4	5

EK-4:Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu araştırma, Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Depresyon Düzeyleri ile Hastalık Yönetimi Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörleri belirlemek amacıyla, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliğinde yüksek lisans öğrencisi Fatma AYTAP tarafından yapılacaktır.

Sizi “Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Depresyon Düzeyleri ile Hastalık Yönetimi Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler” adlı yüksek lisans tez çalışmasına davet ediyorum. Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Sorulara içtenlikle vereceğiniz cevaplar sağlık hizmeti planlayan biz sağlık çalışanlarına yol gösterici olacaktır. Yaptığım tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bu araştırmada kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Ayrıca araştırma sonuçlarını yazarken sizlerin isimleri kesinlikle araştırma raporunda yer almayacaktır. Bu araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz için şimdiden teşekkür ederim.

Ben,, katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Görüşülen Kişinin Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Araştırmacının Adı-Soyadı:Fatma AYTAP

İmzası:.....

EK-5: Etik Kurul İzin Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 06/11/2019-E.4962

 **Istanbul Zaim Üniversitesi**
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

Sayı : 20292139-050.01.04
Konu : Etik Kurul Kararları

Sayın Fatma AYTAP

Fen Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi

Kurulumuz 31.10.2019 tarihinde toplanarak, "Aile Sağlığı Merkezi'ne Başvuran Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Depresyon Düzeyleri ile Hastalık Yönetimi Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler" başlıklı araştırmanızda kullanmak üzere kurula sunmuş olduğunuz Etik Kurul Başvuru Formunuzu onaylayarak imza altına almıştır. Araştırmanızın Etik Kurul Onay Formu ekte yer almaktadır. Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdır

Prof. Dr. Nasuh USLU
Kurul Başkanı

Ek: Etik Kurul Onay Formu (3 sayfa)

06/11/2019 Raportör

: Zeyneb Funda TEZ

Mevcut Elektronik İmzalar

Evrak Doğrulama İçin: <https://ebys.izu.edu.tr/en/Vision/Doğrula/AMA1X6>
NASUH USLU (Etik Kurulu Başkanlığı - Kurul Başkanı) 06/11/2019 21:07

Adres : Halkalı Caddesi No: 2 Küçükçekmece/İstanbul
Telefon No : 444 97 98 Faks No: +90 (212) 693 82 29
E-Posta : bilgi@izu.edu.tr İnternet Adresi: www.izu.edu.tr
Kep : izu@hs01.kep.tr

Ayrıntılı Bilgi : Zeyneb Funda TEZ
Unvan : Raportör
Tel : 2126929606



EK-6: İl Sağlık Çalışma İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL EĞİTİM
ve TESCİL BİRİMİ
22/12/2019 13:05 - 15916306 - 604.01.02 - E.2067



Sayı : 15916306-604.01.02
Konu : Fatma AYTAP Araştırma İzni Hk.

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
Fen Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne
Halkalı Cd. No.281 PK34303 Küçükçekmece/İSTANBUL

İlgi : 08/11/2019 tarihli ve 71211201-4995 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazı ile Üniversiteniz Fen Bilimleri Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Fatma AYTAP'ın "Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Depresyon Düzeyleri ile Hastalık Yönetimi Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler"** konulu tez çalışmasını, Müdürlüğümüze bağlı Aile Sağlığı Merkezlerinde yapma talebi Müdürlüğümüzce onaylanmıştır.

Fatma AYTAP'ın Müdürlüğümüze başvuruda bulunması halinde çalışma yapabileceği hastane/birimlerin listesi tebliğ edilecek olup, çalışmanın bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda ve doküman halinde Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiği ve konunun çalışmada adı geçen kişiye tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Müdür a.
Başkan

Seyitnizam Mah. Mevlana Cad.No:85 Zeytinburnu/İSTANBUL

Telefon: Faks No:

e-Posta:yesim.biyik@saglik.gov.tr İnt.Adresi: yesim.biyik@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden b4e6d801-1d93-4435-a5fa-dd11f1e64a92 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Yeşim BIYIK

MEMUR

Telefon No:(0 212) 638 33 99

FATMA AYTAP

ORIGINALITY REPORT

14%	10%	3%	10%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	izu.edu.tr Internet Source	1%
2	nursingdepartment.nursing.ankara.edu.tr Internet Source	1%
3	Submitted to Istanbul Gelisim University Student Paper	1%
4	www.ichastaliklarihemsireligi.com Internet Source	1%
5	docs.neu.edu.tr Internet Source	1%
6	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Student Paper	1%
7	Submitted to Trakya University Student Paper	1%
8	katalog.marmara.edu.tr Internet Source	<1%
9	Submitted to Mugla University	

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı: AYTAP, Fatma
Uyruğu: T.C.
Doğum tarihi ve yeri: 24.03.1987, İstanbul
Telefon: (0507) 4586562
e-mail: fatos_87_tmzbs@hotmail.com

Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Yüksek Lisans	Sabahattin Zaim Üniversitesi/ Hemşirelik	2020
Lisans	Atatürk Üniversitesi/ Hemşirelik	2010
Lise	Siverek Lisesi	2004