



**KRONİK HASTALIK TANISI ALAN BİREY VE  
YAKINLARINDA DEPRESYON VE AİLE İÇİ ROL  
DEĞİŞİMİ**

**2023  
YÜKSEK LİSANS TEZİ  
SOSYAL HİZMET**

**Çağla ABDAN**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Gülay GÜNAY**

**KRONİK HASTALIK TANISI ALAN BİREY VE YAKINLARINDA  
DEPRESYON VE AİLE İÇİ ROL DEĞİŞİMİ**

**Çağla ABDAN**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Gülay GÜNAY**

**T.C.  
Karabük Üniversitesi  
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü  
Sosyal Hizmet Anabilim Dalında  
Yüksek Lisans Tezi  
Olarak Hazırlanmıştır**

**KARABÜK  
Haziran 2023**

## İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	1
TEZ ONAY SAYFASI.....	4
DOĞRULUK BEYANI .....	5
ÖNSÖZ .....	6
ÖZ.....	7
ABSTRACT.....	8
ARŞİV KAYIT BİLGİLERİ.....	9
ARCHIVE RECORD INFORMATION .....	10
KISALTMALAR .....	11
ARAŞTIRMANIN KONUSU .....	12
ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ.....	15
ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	16
ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ / PROBLEM .....	20
EVREN VE ÖRNEKLEM .....	23
KAPSAM VE SINIRLILIKLAR/KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER .....	25
1. KRONİK HASTALIKLAR.....	28
1.1. Kronik Hastalıklar .....	28
1.1.1. Kronik Hastalıkların Sınıflaması .....	30
1.1.2. Kronik Hastalıklarda Risk Faktörleri .....	31
1.1.2.1. Davranışsal Risk Faktörleri.....	31
1.1.2.2. Fizyolojik Risk Faktörleri.....	32
1.1.2.3. Diğer Risk Faktörleri .....	33
1.1.3. Kronik Hastalıkların Aşamaları.....	34
1.1.4. Kronik Hastalığın Zaman Evreleri .....	35
1.1.5. Araştırmada Ele Alınan Hastalıklar .....	36

1.1.5.1. Kardiyovasküler Hastalıklar .....	36
1.1.5.2. Kanser.....	38
1.1.5.3. Solunum Yolu Hastalıkları .....	39
1.1.5.4. Kronik Böbrek Hastalıkları .....	44
1.1.6. Kronik Hastalıklarda Psikososyal Uyum.....	47
1.1.7. Kronik Hastalık Tanısı Alan Birey Yakınlarının Karşılaştıkları Psikososyal Sorunlar.....	49
1.1.8. Dünya’da ve Türkiye’de Kronik Hastalıkların İstatistikleri.....	49
1.2. Kronik Hastalıkları Önleme Çalışmaları .....	53
1.3. Kronik Hastalıklarda Depresyon .....	54
1.4. Kronik Hastalıklarda Aile İçi Rol Değişimi .....	57
2. VERİLERİN ANALİZİ VE BULGULAR .....	60
2.1. Verilerin Analizi ve Bulgular.....	60
2.1.1. Normallik Analizi.....	60
2.1.2. Güvenirlilik Analizi.....	61
2.1.3. Demografik Özellikler .....	63
2.1.4. Kronik Hastalık Tanısı Almış Bireylerin Kronik Hastalık Uyum Düzeyleri ve Demografik Değişkenler ile İlişkisi .....	66
2.1.5. Kronik Hastalık Tanısı Almış Bireyler ve Yakınlarının Depresyon Düzeyleri ve Demografik Değişkenler ile Arasındaki İlişki .....	69
2.1.6. Kronik Hastalık Tanısı Almış Bireyler ve Yakınlarının Psikolojik Sağlamlık Düzeyleri ile Demografik Değişkenler Arasındaki İlişki.....	78
2.1.7. Kronik Hastalık Tanısı Alan Bireyler İle Hasta Yakınlarının Kronik Hastalığa Uyum, Depresyon ve Psikolojik Sağlamlıkları Arasındaki İlişki .....	82
2.1.8. Kronik Hastalık Tanısı Alan Bireyler İle Yakınlarının İçi Rol Değişimleri ve Demografik Değişkenler ile İlişkisi .....	84
SONUÇ .....	90
ÖNERİLER .....	101
KAYNAKÇA .....	104
TABLolar LİSTESİ .....	116
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	118
EKLER .....	119
Ek 1: Etik Kurul Onay Belgesi .....	119
Ek 2: Kronik Hastalıklara Uyum Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni .....	120

<b>Ek 3: Kısa Psikolojik Sağamlık Ölçeği Kullanım İzni .....</b>	<b>121</b>
<b>Ek 4: Demografik Bilgi Formu .....</b>	<b>122</b>
<b>Ek 5: Kronik Hastalığa Uyumu Değerlendirme Ölçeği* .....</b>	<b>124</b>
<b>Ek 6: Beck Depresyon Envanteri .....</b>	<b>125</b>
<b>Ek 7: Kısa Psikolojik Sağamlık Ölçeği .....</b>	<b>127</b>
<b>Ek 8: Psikososyal Destek Bilgi Formu .....</b>	<b>128</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>130</b>

## TEZ ONAY SAYFASI

Çağla ABDAN tarafından hazırlanan “KRONİK HASTALIK TANISI ALAN BİREY VE YAKINLARINDA DEPRESYON VE AİLE İÇİ ROL DEĞİŞİMİ” başlıklı bu tezin Yüksek Lisans Tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Gülay GÜNAY .....

Tez Danışmanı, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

Bu çalışma, jürimiz tarafından Oy Birliği ile Sosyal Hizmet Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 08/06/2023

**Ünvanı, Adı SOYADI (Kurumu)**

**İmzası**

Başkan : Doç. Dr. Oğuzhan ZENGİN ( KBÜ) .....

Üye : Prof. Dr. Gülay GÜNAY ( KBÜ) .....

Üye : Doç. Dr. Buğra YILDIRIM (CBÜ) .....

KBÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu, bu tez ile, Yüksek Lisans Tezi derecesini onamıştır.

Prof. Dr. Müslüm KUZU .....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

## **DOĞRULUK BEYANI**

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı herhangi bir yola tevessül etmeden yazdığımı, araştırmamı yaparken hangi tür alıntılarım intihal kusuru sayılacağını bildiğimi, intihal kusuru sayılabilecek herhangi bir bölüme araştırmamda yer vermediğimi, yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden olduğunu ve bu eserlere metin içerisinde uygun şekilde atıf yapıldığını beyan ederim.

Enstitü tarafından belli bir zamana bağlı olmaksızın, tezimle ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak ahlaki ve hukuki tüm sonuçlara katlanmayı kabul ederim.

**Adı Soyadı:** Çağla ABDAN

**İmza** :

## ÖNSÖZ

Bu tez çalışmasında kronik hastalık tanısı alan bireyler ve hasta yakınlarının depresyon durumlarını ve aile içindeki rol değişimlerini ortaya koymak amaçlanmıştır. Ancak şunu belirtmek isterim ki tez konum kapsamında seçtiğim hastalıklar ne yazık ki sadece istatistiksel açıdan yüksek ölüm oranlarına sahip olmalarından kaynaklanmıyor.

Bu yolda yaşadıklarımın ders çıkarıp birilerine faydalı olmayı amaçladım. Bu sebeple; ilham kaynağım olan, bizler için yaşamaktan vazgeçmeyen ve tüm hastalıklarına rağmen ayakta sapasağlam duran babama; çabalamaktan hiç bıkmadan elimizi daima sımsıkı tutan, nazımızı çeken, tanıdığım en güçlü kadın olan anneme ve ben çok uzaktayken o yanlarında olduğu için rahat hissettiğim, ablası olmaktan gurur duyduğum biricik kardeşime her koşulda yanımda oldukları için teşekkür ederim, iyi ki varsınız.

Ardından lisans ve yüksek lisans hayatım boyunca bana çok büyük emeği geçen tez danışmanım Prof. Dr. Gülay GÜNAY'a, değerli fikirleriyle tezime katkı sağlayan kıymetli jüri üyelerim Doç. Dr. Oğuzhan ZENGİN ve Doç. Dr. Buğra YILDIRIM hocalarıma teşekkür ederim.

Orada çalıştığım için kendimi çok şanslı hissettiğim Atatürk Üniversitesi Oltu Beşeri ve Sosyal Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümünde birlikte çalıştığım hocalarıma teşekkür ederim.

Aynı şehirlerde olamasak da kopmadığımız, en yakın arkadaşlarım Uzm. Klin. Psk. Ece ŞİMŞEK TETİK ve SHU Betül TÜRKAN KOÇ'a ve yüksek lisans hayatımda yollarımızın kesiştiği ancak ömür boyu güzel bir dostluğumuzun olacağına emin olduğum güzel arkadaşlarım Esra Nur KARAKAYA, Gamze Nur CAFEROĞLU ve Huriye ONGUN BAYDAR'a çok teşekkür ederim.

Ve son olarak zor zamanlar yaşasak da elimi bırakmadığı için nişanlım SHU Lütfi İhsan TAŞCI'ye ve da pes etmediğim için kendime ve baş etme stratejilerime sonsuz teşekkür ederim.

Yolumuz uzun...



## ÖZ

Kanser, kalp damar hastalıkları, kronik böbrek hastalıkları ve solunum yolu hastalıkları gibi uzun dönem tedavi gerektiren hastalıklar bireyleri ve ailelerini psikososyal açıdan da etkileyen, ailelerin hayatlarında ciddi değişiklikler yaratan hastalıklardır. Bu yönüyle değerlendirdiğimizde kronik hastalıkların psikososyal etkilerini ortaya koymak, hastalıkların iyileşmesi ve etkilerinin azaltılması için elzemdir. Sosyal hizmet uzmanları da hastalıkların psikososyal etkilerinin en aza indirilmesi için sağlık hizmeti veren kuruluşların Tıbbi Sosyal Hizmet Birimlerinde görev alan meslek gruplarından biridir.

Buradan yola çıkarak bu tez çalışmasında kronik hastalıkların bireyler ve ailelerinde depresyona yol açıp açmadığı ve aile içinde rol değişikliklerine neden olup olmadığı araştırılmıştır. Buna göre araştırma 208 kronik hastalık tanısı alan birey ve 218 hasta yakınıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada veri toplama aracı olarak Demografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri, Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ve araştırmacı tarafından hazırlanan Psikososyal Destek Bilgi Formu kullanılmıştır. Elde edilen verilerin SPSS 24.0 programı ile analiz edilmiştir.

Araştırmada hasta yakınlarının kronik hastalık tanısı alan bireylere göre daha yüksek depresyon puanlarına sahip olduğu tespit edilmiş, aynı zamanda kronik hastalık tanısı alan bireylerin hasta yakınlarına kıyasla psikolojik açıdan daha sağlam olduğu ortaya koyulmuştur.

Aile içi rol değişimi açısından bakıldığında, kanser ve kronik böbrek hastalığı tanısı alan bireylerin, kalp-damar hastalığı tanısı alan bireylere göre daha yüksek rol değişimi yaşadığı tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Kronik Hastalık; Depresyon; Rol Değişimi; Tıbbi Sosyal Hizmet; Aile

## **ABSTRACT**

Diseases that require long-term treatment such as cancer, cardiovascular diseases, chronic kidney diseases and chronic lung diseases are diseases that affect individuals and their families psycho-socially and create serious changes in the lives of families. From this point of view, it is essential to reveal the psycho-social effects of chronic diseases, to heal the diseases and to reduce their effects. Social workers are also one of the occupational groups that work in the Medical Social Service Units of health care institutions in order to minimize the psycho-social effects of diseases.

Based on this, in this thesis study, it was investigated whether chronic diseases cause depression in individuals and their families and whether they cause role changes in the family. Accordingly, the research was carried out with 208 individuals with chronic diseases and 218 patient relatives. Demographic Information Form, Beck Depression Inventory, Brief Psychological Resilience Scale and Psycho-Social Support Information Form prepared by the researcher were used as data collection tools in the study. The obtained data was analyzed with SPSS 24.0 program.

In the study, it was determined that relatives of patients had higher depression scores compared to individuals with chronic diseases, at the same time, it has been revealed that individuals with chronic diseases are psychologically stronger than their relatives.

In terms of family role change, it has been determined that individuals diagnosed with cancer and chronic kidney disease experience higher role switching compared to individuals diagnosed with cardiovascular disease.

**Keywords:** Chronic Disease; Depression; Role Change; Medical Social Work; Family

## ARŞİV KAYIT BİLGİLERİ

<b>Tezin Adı</b>	Kronik Hastalıklar Tanısı Alan Birey ve Yakınlarında Depresyon ve Aile İçi Rol Değişimi
<b>Tezin Yazarı</b>	Çağla ABDAN
<b>Tezin Danışmanı</b>	Prof. Dr. Gülay GÜNAY
<b>Tezin Derecesi</b>	Yüksek Lisans Tezi
<b>Tezin Tarihi</b>	08/06/2023
<b>Tezin Alanı</b>	Sosyal Hizmet Anabilim Dalı
<b>Tezin Yeri</b>	KBÜ/LEE
<b>Tezin Sayfa Sayısı</b>	130
<b>Anahtar Kelimeler</b>	Kronik Hastalık; Depresyon; Rol Değişimi; Tıbbi Sosyal Hizmet; Aile

## ARCHIVE RECORD INFORMATION

<b>Name of the Thesis</b>	Depression and Family Role Change in Individual Diagnosed with Chronic Diseases and Their Relatives
<b>Author of the Thesis</b>	Çağla ABDAN
<b>Advisor of the Thesis</b>	Prof. Dr. Gülay GÜNAY
<b>Status of the Thesis</b>	Master's Degree
<b>Date of the Thesis</b>	08/06/2023
<b>Field of the Thesis</b>	Department of Social Work
<b>Place of the Thesis</b>	UNIKA/IGP
<b>Total Page Number</b>	130
<b>Keywords</b>	Chronic Disease; Depression; Role Change; Medical Social Work; Family

## KISALTMALAR

<b>CDC</b>	: Centers for Disease Control and Prevention
<b>WHO</b>	: World Health Organisation
<b>IFSW</b>	: International Federation of Social Workers
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>AIHW</b>	: Australian Institute of Health and Welfare
<b>KHUDÖ</b>	: Kronik Hastalığa Uyumu Değerlendirme Ölçeği
<b>STK</b>	: Sivil Toplum Kuruluşları
<b>KOAH</b>	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
<b>EAACI</b>	: European Academy of Allergy and Clinical Immunology
<b>GINA</b>	: Global Initiative for Asthma
<b>GOLD</b>	: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
<b>NKF- KDOQI</b>	: National Kidney Foundation- Kidney Disease Outcomes Quality Initiative
<b>KBH</b>	: Kronik Böbrek Hastalığı
<b>GFH</b>	: Glomerüler Filtrasyon Hızı
<b>SDBY</b>	: Son Dönem Böbrek Yetmezliği
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>SOYBİS</b>	: Sosyal Yardım Bilgi Sistemi
<b>MERNİS</b>	: Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi
<b>ABS</b>	: Aile Bilgi Sistemi

## ARAŞTIRMANIN KONUSU

19. yüzyıl itibariyle bireylerin ve toplumların yaşam şekilleri ekonomik ve teknolojik değişimlere bağlı olarak yeniden şekillenmiştir. Teknolojik gelişmeler, yeni buluşlar ve icatların insan yaşamına kolaylıklar sağlamasının yanı sıra; eğitim fırsatlarının yaygınlaşması, bilgiye erişimin giderek kolaylaşması, sağlığı koruma ve sürdürmeye ilişkin farkındalıkların artması, daha iyi yaşam koşullarına sahip olma ve insanoğlunun daha uzun süre hayatta kalma isteği beklenen ortalama yaşam süresinin uzamasına neden olmuştur (Brown, 2015, s. 1). İnsan yaşamında meydana gelen bu dönüşümler her ne kadar uzun ömürlülük ve kaliteli bir yaşam sürdürme konusunda etkili olsa da yaşanan değişimler ve gelişmeler farklı hastalıkların deneyimlenmesine de zemin hazırlamıştır. Bu nedenle insanoğlunun hastalık ve hasta olmaya ilişkin endişe ve kaygısı tüm zamanlarda, özellikle de günümüzde insanların yaşamları üzerinde yıkıcı etkilere sebep olma özelliğini sürdürmeye devam etmiştir.

Sağlığın korunması ve iyilik halinin her yaşam döneminde sürdürülebilmesi kısmen kalıtsal, kısmen içinde yaşanılan sosyal ve ekolojik çevrenin ve kısmen bireylerin davranışları ile şekillenmektedir (Corbin vd., 2016, s.73). Dolayısıyla sağlıklı bir yaşamın sürdürülmesi doğrudan doğruya bireylerin kontrolünde gerçekleşmemektedir. Diğer bir ifade ile sahip olunan genetik yapı; su, toprak, hava kirliliği, kimyasal atıklar gibi çevresel etkenler; ekonomik baskı, hızlı sosyal değişim, kültürel normlar gibi sosyal etkenler ve diğer taraftan toplumsal hizmetlere erişim engelliliği veya bu hizmetlerin yetersizliği gibi kurumsal etkenlere de bağlı olarak bireylerin sağlık ve iyilik hallerini sürdürmeleri mümkün olamamaktadır (Walker ve Hill-Polerecky, 1996 s.1-2). Tüm bunların yanı sıra bireylerin yaşamları içinde edinmiş oldukları alışkanlıklar, yaşam tarzları, sağlıklı olma algısı, stresle baş edememe, sosyal destek mekanizmalarının eksikliği veya yokluğu gibi etkenler hastalıkların oluşmasına veya var olan hastalıkların kronikleşmesine neden olabilmektedir (Song ve Giovannucci, 2016, s.1155).

İnsanlık tarihinde kötü yaşam koşulları, kaynak yetersizliği ve yetersiz beslenmeye bağlı olarak sıklıkla görülen ve kitleler halinde ölümlere neden olan bulaşıcı hastalıkları, 19. Yüzyıldan sonra yerini bulaşıcı olmayan, uzun süreli tedavi gerektiren ve bireylerin hastalıklarıyla yıllarca yaşamasını öngören kronik hastalıklara bırakmıştır.

İnsanoğlunun karşı karşıya kaldığı hastalıklarda meydana gelen değişimler, sağlık alanındaki tedavi yöntemlerini de etkilemiştir. Uzun yıllar Medikal Model aracılığıyla tedavi edilen hastalıklar, 1970’li yıllarda yerini sistem teorisini temel alan Biyopsikososyal Model’e bırakmıştır. 1977 yılında George Engel tarafından ileri sürülen Biyopsikososyal Model; hastayı yalnızca tıbbi yönüyle değerlendirmeyi değil, yaşam şartları, geçmiş yaşam deneyimleri, ekonomik ve sosyal koşulları, psikolojik durum, ailevi özellikleri, eğitim seviyesi ve sosyal çevresi ile birlikte ele almanın önemine vurgu yapmaktadır. Diğer bir ifade ile hastalık tanısının konulmasında ve tedavi sürecinde meslek profesyonellerine çoklu bakış açısından yaklaşarak bütüncül bir bakış açısı sağladığını ifade etmektedir (Engel, 1978, s.170).

Biyopsikososyal Model ile birlikte bütüncül bakış açısının oluşturulmasında doktor, hemşire vb. gibi tıbbi tedavi veren sağlık profesyonellerinin yanı sıra sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve psikiyatrist gibi ruh sağlığı çalışanlarının da sürece dahil olarak farklı meslek profesyonellerinin bir arada çalışmasını öngörmektedir (Bolton ve Gillett, 2019, s.5).

Tıbbi sosyal hizmet birimi de bireylerin sağlık sorunlarıyla başa çıkmalarına yardımcı olmak ve sağlık hizmetlerine erişimlerini iyileştirmek için Biyopsikososyal Modeli kullanır. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları bireylerin fiziksel sağlık durumu, psikolojik durumu ve sosyal etkileşimlerini göz önüne alarak (Duyan, 1996, s.4-5) danışmanlık, bağlantı kuruculuk, eğiticilik, vaka yöneticiliği (Zastrow, 2015, s.101-103) gibi rolleri çerçevesinde bireylerin ihtiyaçlarını değerlendirir ve uygun hizmetleri sunar. Bu bağlamda, kronik hastalık tanısı alan bireyler ve aileleri, tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının mesleki süreçlerinde sıklıkla karşılaşabileceği müracaatçı gruplarından biridir.

Kronik hastalıkların tıbbi tedavisinin uzun sürmesi, hastalık tanısı konulan bireyi ve ona bakım veren aile üyelerini psikolojik, fiziksel, sosyal veya duygusal olarak pek çok açıdan etkileyebilmektedir. Bu açıdan tıbbi sosyal hizmet uzmanları, kronik hastalık tanısı alan bireyin ve aile üyelerinin psikososyal ihtiyaçlarını ele alarak, hastalığa uyumlarını teşvik etmek için gerekli müdahalelerin sağlanmasında ve tedavi sürecinde ortaya çıkabilecek sosyo-ekonomik problemlerin çözümünde aktif bir rol oynamaktadır (Findley, 2014, s.91; Özbesler, 2017, s.6).

Hastalıkla karşı karşıya kalmak; hasta ve ailesini çoğu zaman bir krizin ortasına sürüklemekte, depresyon ve diğer psikolojik rahatsızlıkların önünü açmakta, aile içindeki mevcut düzenin değişmesine ve buna bağlı olarak da ailenin işlevlerini sağlıklı bir şekilde yerine getirmesine engel olmaktadır. Çünkü kronik hastalık tanısı almak, hasta ve ailesi için zorlu bir tedavi sürecinin başlangıcı demektir. Bu tedavi süreci hastanın yaşamında iş kaybı, sosyal hayattan uzaklaşma, içine kapanma gibi sonuçlara neden olabilir. Hasta yakınları ise bu dönemde hem mevcut düzenin korunması hem de hastaya yeterli bakımı sağlayabilmek adına pek çok sorunla başa çıkmak zorunda kalmaktadırlar. Hastalıkla birlikte özellikle aile içindeki mevcut düzenin korunması oldukça zorlaşmaktadır. Kronik hastalık tanısıyla birlikte ortaya çıkan tüm bu psikososyal problemler sosyal hizmet müdahale alanında önemli bir yer tutmaktadır (Yıldırım vd., 2013, s.171-175; Işıksan, 2007, s. 16; Aykara ve Akçay, 2010, s.59).

Dolayısıyla araştırmada sözü edilen kronik hastalıkların psikososyal etkilerinin net bir şekilde anlaşılması; kronik hastalık tanısı alan bireyler ve aile üyelerinin için hastalığa uyumun kolaylaşması, hastalık ile birlikte ortaya çıkabilecek depresyon, anksiyete gibi psikolojik problemlerin önlenmesi veya erken teşhis edilmesi, hastalığın bir sonucu olarak iş yaşamından uzaklaşmanın getireceği ekonomik problemlere alternatiflerin ortaya konulması, aile işlevlerinin yeniden düzenlenmesi ve kronik hastalıklarda uygulanacak sosyal hizmet müdahalelerinin meslek profesyonellerince yaygınlaşabilmesi açısından önemlidir.

Bu doğrultuda araştırmanın konusu, kronik hastalık tanısı alan bireyler ile aile üyelerinde depresyonun varlığını, kronik hastalığa uyumlarını, bireylerin psikolojik sağlamlıklarını ve hastalık teşhisi ile birlikte aile içinde meydana gelen rol değişimlerini belirlemektir. Bu araştırmanın özellikle kronik hastalıklara yönelik sosyal hizmet müdahalelerin daha etkili bir şekilde yürütülmesi açısından tıbbi sosyal hizmet alanındaki literatüre katkı sağlayacağını, aynı zamanda sağlık kuruluşlarındaki tıbbi sosyal hizmet uygulamalarına kronik hastalıklarda ailenin etkililiği konusunda rehberlik edeceği inancındayım.



## ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Kronik hastalıklar, genel olarak bir yıl veya daha uzun süren, düzenli tıbbi müdahale gerektiren, günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan durumlar olarak tanımlanır (CDC, 2023).

Araştırma kapsamına alınan kalp-damar hastalığı, kanser, solunum yolu hastalıkları ve kronik böbrek hastalıkları, bireylerin ve ailelerinin hayatlarında ciddi değişikliklere neden olan, uzun soluklu ve zorlu hastalıklardır. Bireylere bu tür kronik hastalıklardan birinin teşhisinin konulması ile birlikte bireyler; inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme (Kübler-Ross, 1969) gibi bilişsel tepkiler yaşayabilmektedir. Hastalığın beraberinde getirdiği tıbbi tedavinin uzun süreli olması sebebiyle bireyler iş ve sosyal yaşamlarından uzaklaşabilmekte ve aile içindeki rol ve sorumluluklarını yerine getiremeyebilmektedirler. Bu sebeple kronik hastalık tanısı alan bireylere tıbbi tedavi uygulamanın yanı sıra bu bireyler ve aile üyelerine psikososyal destek sağlamak, kronik hastalık nedeniyle yaşanması muhtemel olan birey ve aile yaşamındaki kriz ve travmalarla başa çıkmak ve yaşanan değişime uyum sağlanmasını kolaylaştırması açısından önemlidir. Dünya genelinde tüm ölümlerin %74'ünün kronik hastalıklardan kaynaklandığı (WHO, 2022A) göz önünde bulundurulduğunda, hastalıkların psikososyal etkilerinin açıkça ortaya koyulması birey, aile ve topluluğun sağlıklı bir şekilde işlevlerini sürdürmeleri açısından önemli ve gereklidir.

Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu'nun (IFSW) (2014) tanımına göre sosyal hizmet; *“sosyal değişimi ve gelişimi, sosyal bütünleşmeyi, insanların güçlendirilmesini ve özgürleşmelerini destekleyen uygulama temelli bir meslek ve akademik disiplindir”* (IFSW, 2014). Kronik hastalıkların tedavisi sırasında ortaya çıkabilecek olan bireylerin sosyal işlevselliğindeki bozulmaların, iş veya eğitim hayatındaki kopuşun, aile içi rol ve sorumluluklarda gerçekleşen değişimlerin, bireylerin hayatında hastalık ile birlikte ortaya çıkan psikososyal ve ekonomik problemlerin çözümünde, bireylerin sağlıklı baş etme stratejileri geliştirmesinde ve yaşam kalitelerinin korunmasında veya artırılmasında tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarına önemli rol ve sorumluluklar düşmektedir (Aykara ve Akçay, 2010, s.59; Pak-Güre, 2017, s.4).

Bu araştırma ile birlikte kronik hastalıkların bireyler ve aileleri üzerindeki psikososyal etkileri ortaya koyulacak, psikososyal desteğin kronik hastalıklardaki önemi

açıklanmaya çalışılacak ve bireyler ile ailelerine yönelik çözüm önerileri sunulacaktır. Öte yandan bu araştırma sosyal hizmet mesleğinin kronik hastalıklar konusundaki çalışmalarının bir çerçeveye oturtulması açısından önemlidir.

Kronik hastalıklar bireyleri fiziksel açıdan etkilediği kadar psikososyal açıdan da etkilediğinden bu araştırmanın temel amacı kanser, kalp-damar hastalığı, solunum yolu hastalıkları, kronik böbrek hastalıklarından biri veya birkaçının teşhisi konmuş bireyler ve aile üyelerinde depresyonun varlığını ve hastalıktan sonra meydana gelen aile içi rollerdeki değişiklikleri saptamaktır.

Araştırmanın temel amacının yanı sıra üzerinde durulan ve odaklanılan alt amaçlar ise aşağıdaki gibidir:

1. Kronik hastalık tanısı alan bireylerin psikososyal açıdan hastalığa uyum sağlayıp sağlayamadığını tespit etmek,
2. Kronik hastalık tanısı alan bireylerin psikolojik sağlımlıklarını belirlemek,
3. Aile üyelerinden birinde kronik hastalık olan hasta yakınlarının psikolojik sağlımlıklarını belirlemek,
4. Kronik hastalık tanısı alan bireyler ve yakınlarının aile içi rollerindeki değişiklikleri saptamak olarak planlanmıştır.

## **ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ**

Bu bölümde araştırmanın modeli, veri toplama araçları ve veri toplama süreci hakkında bilgi verilmektedir. Bu çalışmada öncelikle ilgili literatür taranarak kuramsal çerçeve oluşturulmuştur.

Ardından araştırma kapsamına alınacak kronik hastalıklar belirlenmiştir. Bu konuda ilgili literatür tarandıktan ve ölüm istatistikleri incelendikten sonra (TÜİK, 2019; WHO, 2013A; WHO, 2018C; Ritchie ve Roser, 2018); en yaygın şekilde görülen 12 farklı hastalık olduğu belirlenmiştir (AIHW, 2022). Diyabet, yüksek tansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, KOAH, artrit, kanserler, astım, kronik böbrek hastalıkları, Alzheimer, demans, kemik erimesi ve depresyon gibi sık görülen kronik hastalıklar arasından; hastalıkların uzun süreli tedavi gerektirmesi, hastane bakımının yanı sıra evde bakımın söz konusu olması, bireyin ve aile üyelerinin yaşamını derinden etkilemesi, ölüm oranlarının yüksek olması gibi kriterler göz önünde bulundurulmuş ancak tüm bu

hastalıklara ilişkin tanı almış bireylere ulaşmanın zorluğu, yüksek maliyetli ve kişisel bilgilerin gizliliği gibi etkenler nedeniyle insidansı yüksek olan kanser, kardiyovasküler hastalıklar, solunum yolu hastalıkları ve kronik böbrek hastalıkları temel alınmıştır.

Araştırmanın amacına ulaşabilmek için nicel araştırma yöntemlerinden *ilişkisel tarama modeli* kullanılmıştır. İlişkisel tarama modeli iki veya daha fazla değişken arasındaki değişimin varlığını ve düzeyini tespit etmeyi amaçlayan araştırma yöntemidir (Mertler, 2022 s.119). Bu kapsamda ilgili literatür incelendikten sonra hasta ve hasta yakınlarına yönelik iki ayrı araştırma formu hazırlanmış ve araştırmanın amacı doğrultusunda ilgili örneklem gruplarına uygulanmıştır.

### **Veri Toplama Araçları**

Araştırmada veri toplama aracı olarak; incelenen literatür bilgileri kapsamında araştırmacı tarafından hazırlanan bir araştırma formu kullanılmıştır. Araştırmaya katılması planlanan hasta ve hasta yakınları için benzer sorulardan oluşan iki ayrı form hazırlanmıştır. Hazırlanan araştırma formu üç bölümden oluşmaktadır. Araştırma formunun birinci bölümünde Demografik Bilgi Formu yer almaktadır. İkinci bölümünde; Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği bulunmaktadır. Araştırma formunun üçüncü bölümünde ise yine araştırmacı tarafından hazırlanan ve katılımcıların psikososyal destek ihtiyaçları ile aile içi rol değişimlerini belirlemek üzere sorulan Psikososyal Destek Bilgi Formu yer almaktadır.

**Demografik Bilgi Formu:** Bu bölümde katılımcıların demografik özelliklerini belirlemek amacıyla; cinsiyet, yaş, eğitim seviyesi, medeni durum, meslek, çalışma durumu, gelir seviyesi, tanı konulan kronik hastalık, kronik hastalık tanısının konulduğu tarih, bakım veren kişiyle olan yakınlık derecesi gibi sorular yer almaktadır. Sorular kronik hastalık tanısı alan katılımcılar için kendilerinin, hasta yakını olan katılımcılar için ise hem kendilerinin hem de bakım sağladıkları hastalarının demografik bilgilerini edinmeye yönelik olarak hazırlanmıştır.

**Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği (KHÜDÖ):** Bu ölçek bireylerin kronik hastalıklara uyumunu değerlendirmek amacıyla Kacaroglu Vicdan ve Birgili (2018) tarafından geliştirilmiştir. Toplam 28 maddeden oluşan KHÜDÖ'ü üçlü Likert seçeneklerinden (1=Hiçbir zaman, 3= Her zaman) biri ile değerlendirilmektedir. Kronik Hastalığa Uyum Değerlendirme Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması

Kacaroğlu-Vicdan ve Birgili (2018) tarafından herhangi bir kronik hastalık tanısı alan 288 birey ile gerçekleştirilmiştir. 28 maddeden oluşan ölçeğin özdeğeri birin üzerinde olan ve toplam varyansın %43.27'sini açıklayan 4 alt boyuta sahip olduğu belirlenmiştir. KHÜDÖ alt boyutları Psikolojik Alt Boyuta 16 madde (11., 12., 13., 14., 15., 18., 19., 20., 21., 22., 23., 24., 26., 32., 37., 38.), Sosyal Alt Boyuta 5 madde (27., 28., 29., 30., 31.), Spiritüel (Manevi) Alt Boyuta 3 madde (33., 34., 36.) ve Fizyolojik Alt Boyuta 4 madde (2., 6., 9., 10.) yer almaktadır. Doğrulayıcı faktör analizi, ölçeğin dört boyutlu yapısının iyi uyum indekslerine sahip olduğunu göstermiştir. Ölçeğin güvenilirlik değerleri dikkate alındığında Spearman-Brown ve Guttman katsayısı 0.86 olarak, 35 kişi ile gerçekleştirilen test tekrar test değeri ( $r=0.84$ ;  $p<0.01$ ) yüksek düzeyde ve anlamlı olduğu, ayrıca Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ölçeğin geneli için 0.83 olarak belirlenmiştir. Kacaroğlu Vicdan ve Birgili (2018) tarafından geliştirilen Kronik Hastalığa Uyumu Değerlendirme Ölçeği'nden alınabilecek en düşük puan 24 en yüksek puan ise 84 olup, ölçekten alınabilecek puanların yüksek olması katılımcıların kronik hastalıklara uyum düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir (Kacaroğlu-Vicdan ve Birgili, 2018).

***Beck Depresyon Envanteri:*** Beck tarafından 1961 yılında depresyon belirtilerinin şiddetini ölçebilmek için geliştirilen Depresyon Envanteri, toplam 21 maddeden oluşmakta ve dörtlü likert seçeneklerinden biri ile değerlendirilmektedir. Her seçeneğin 0 ile 3 arasında bir puan değeri bulunmaktadır. Beck Depresyon Envanterinin güvenilirlik çalışmasına göre tutarlılık katsayısı 0.80, iki yarı güvenilirliği ise 0.74'tür (Beck, 1961, s.567-569). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlamasını ilk olarak Tegin (1980) üniversite öğrencileri ile gerçekleştirmiş olup, güvenilirlik analizi sonuçlarında güvenilirlik katsayıları 0.78 ve 0.65 olarak bulunmuştur. Ardından bir diğer Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1989, s.6-12) tarafından 259 üniversite öğrencisiyle yapılmıştır. Yapılan çalışmada ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0.74, iç tutarlılık katsayısı ise 0.80 olarak belirlenmiştir. Envanteri dolduran bireylerden içinde buldukları haftada kendilerini nasıl hissettiklerine yönelik dört seçenektan birini işaretlemesi beklenmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0 ile 63 arasında değişmektedir. Bireyin toplam puanı 0-9 puan arasındaysa depresyonun olmadığı/minimal olduğu, 10-16 arasındaysa hafif düzeyde olduğu, 17-29 arasındaysa orta düzeyde olduğu, 30-63 arasındaysa şiddetli depresyonda olduğu söylenebilmektedir (Hisli, 1989).

***Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği:*** Bu ölçek, Smith ve arkadaşları tarafından 2008 yılında bireylerin psikolojik sağlıklarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, beşli likert (1=Hiç uygun değil – 5=Tamamen uygun) tipinde 6 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin orijinalinin geliştirilme, geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında dört örneklem grubu kullanılmıştır. Buna göre ilk iki örneklem grubu her iki cinsiyetteki üniversite öğrencilerinden (ilk örneklem n=128 öğrenci; ikinci örneklem n=64 öğrenci) oluşurken, diğer iki örneklem grubu kalp (n=112) ve fibromiyalji (n=50) hastalarından oluşmuştur. Ölçeğin yapı geçerliğini belirlemek amacıyla uygulanan açımlayıcı faktör analizi sonuçlarına göre 4 örneklem grubu için toplam varyansın sırasıyla %61, %61, %57, %67'sini açıklayan tek faktörlü yapıya sahip olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin iç tutarlık kat sayısı 0.80 ve 0.90 arasında; test tekrar test güvenirliğinin ise 0.62 ve 0.69 arasında olduğu bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması ise Doğan (2015) tarafından 295 (186 kadın, 109 erkek) üniversite öğrencisi ile gerçekleştirilmiştir. Açımlayıcı Faktör Analizi sonuçlarında toplam varyansın %54'ünü açıklayan tek faktörlü bir yapıya sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonuçları ise ölçeğin iyi uyum indekslerine sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Ölçeğin güvenirliği iç tutarlık yöntemiyle incelenmiş olup iç tutarlık katsayısının 0.83 olduğu bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek puanlar 6 ile 36 arasında değişmekle birlikte, alınan yüksek puanlar psikolojik sağlamlığın yüksek olduğunu göstermektedir (Doğan, 2015, s.94-98).

***Psikososyal Destek Bilgi Formu:*** Bu form, tanı ve tedavi süreci boyunca hasta ve ailelerinin aile içi rollerindeki değişiklikleri belirleyebilmek için ilgili literatür tarandıktan sonra araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (Adaylar, 1995; Akın ve Durna, 2006; Armay vd., 2007; Atagün vd., 2011; Aydoğan vd., 2012; Bahar, 2008; Demir-Doğan vd., 2018; Eryiğit-Günler, 2019; Gemalmaz ve Avşar, 2015; Işıkhana vd., 1998; Kaya- Akı ve Demir-Dikmen, 2012; Mete, 2008; Korkmaz ve Tel, 2010; Özdemir ve Taşcı, 2013). Hazırlanan formda, kronik hastalık tanısı alan bireyler ile hasta yakını olan bireylere aynı sorular sorulmuştur. Buradaki amaç aile içinde yaşanması muhtemel rol değişimlerinin hem kronik hastalık tanısı alan bireyler hem de yakınlarının gözünden nasıl yaşandığını belirleyebilmektir.

## **Veri Toplama Süreci**

Araştırma verileri, Nisan 2021 – Nisan 2022 tarihleri arasında Bursa ilinde toplanmıştır. Araştırma verilerinin Bursa ilinde toplanmasının sebebi, COVID-19 Pandemisinin yaşanması ve tam kapanma uygulanan dönemlerde araştırmacının Bursa ilinde ikamet ediyor olmasıdır. Örneklem grubuna ulaşma konusunda Bursa’da bulunan ve kronik hastalıklar konusunda çeşitli çalışmalar yapan sivil toplum kuruluşlarından destek alınmıştır. Araştırmacı öncelikle araştırmanın örneklemine konu olan hastalıklarla ilgili faaliyetlerde bulunan Sivil Toplum Kuruluşları ile iletişim kurmuş ve destek talep etmiştir. Ardından, çalışmaya katılmaya gönüllü olan bireylerden birer onam formu alınıp Google Drive üzerinden oluşturulan anket formunu doldurmaları istenmiştir. Araştırmaya katılan her katılımcıdan araştırmayı çevrelerinde bulunan ve araştırma kapsamına uygun kişilerle paylaşmaları talep edilmiştir.

## **Araştırmanın Etiği**

Araştırma için Karabük Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu’ndan etik kurul izni (23.02.2021 tarihli ve Toplantı No: 2021/02 Karar No:34) ve araştırmaya katılan katılımcılardan araştırmaya katılmaya gönüllü olduklarına dair yazılı onam alınmıştır.

## **ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ / PROBLEM**

Kronik hastalığı olan bireyler ve aile üyeleri, yalnızca tıbbi tedaviye değil aynı zamanda ciddi bir psikososyal desteğe de ihtiyaç duymaktadırlar. Sosyal hizmetin önemli uygulama ve müdahale alanlarından biri olan Tıbbi Sosyal Hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları ihtiyaç duyulan bu psikososyal desteği sağlamak üzere sağlık kuruluşlarında çalışmakta olan meslek personelleridir. Tıbbi sosyal hizmet uzmanı hastalar ve aile üyelerinin hastalığı nedeniyle yaşadığı duygu değişimlerinde, tedavi boyunca ihtiyaçlarının karşılanmasında, hastane ve aile arasındaki iletişim ve etkili tedavinin bir parçası olmak gibi çeşitli koruyucu, önleyici ve destekleyici çalışmalar yapmak konusunda rol oynamaktadır (Özbesler ve İçağasıoğlu-Çoban, 2010, s.33). Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları, sağlık kuruluşlarında ihmal, istismar, hasta hakları gibi alanlarda aktif çalışmalar yürütse de kronik hastalıklara yönelik psikososyal müdahaleler konusunda yetersiz kalmıştır.

Dolayısıyla bu alanda yapılacak olan akademik çalışmaların hem nicelik hem de niteliksel açıdan geliştirilmesi, tıbbi sosyal hizmet uzmanı olarak hastanede görev yapan meslek elemanlarının kendilerini geliştirmeleri ve deneyim kazanmaları açısından da önem arz etmektedir. Bu nedenle araştırmanın belirlenen amaçları doğrultusunda aşağıdaki hipotezlerin test edilmesi planlanmaktadır.

**Tablo 1:** Araştırmada test edilen hipotezler

H1: Kronik hastalık tanısı alan bireylerin demografik özelliklerine bağlı olarak depresyon durumları farklılık göstermektedir.
<i>H<sub>1a</sub>: Kronik hastalık tanısı alan bireylerde depresyon durumları ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i> <i>H<sub>1b</sub>: Kronik hastalık tanısı alan bireylerde depresyon durumları ile yaş arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i> <i>H<sub>1c</sub>: Kronik hastalık tanısı alan bireylerde depresyon durumları ile medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i> <i>H<sub>1d</sub>: Kronik hastalık tanısı alan bireylerde depresyon durumları ile eğitim seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i> <i>H<sub>1e</sub>: Kronik hastalık tanısı alan bireylerde depresyon durumları ile gelir seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i>
H2: Kronik hastalığı olan bireylerin demografik özelliklerine bağlı olarak hastalığa uyum düzeyleri farklılık göstermektedir
<i>H<sub>2a</sub>: Kronik hastalık tanısı alan bireylerde hastalığa uyum düzeyleri ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i> <i>H<sub>2b</sub>: Kronik hastalık tanısı alan bireylerde hastalığa uyum düzeyleri ile yaşları arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i> <i>H<sub>2c</sub>: Kronik hastalık tanısı alan bireylerde hastalığa uyum düzeyleri ile medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i> <i>H<sub>2d</sub>: Kronik hastalık tanısı alan bireylerde hastalığa uyum düzeyleri ile eğitim seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i> <i>H<sub>2e</sub>: Kronik hastalık tanısı alan bireylerde hastalığa uyum düzeyleri ile gelir seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i>
H3: Kronik hastalığı olan bireylerin demografik özelliklerine bağlı olarak psikolojik sağlamlık düzeyleri farklılık göstermektedir.
<i>H<sub>3a</sub>: Kronik hastalık tanısı alan bireylerde psikolojik sağlamlık düzeyleri ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i> <i>H<sub>3b</sub>: Kronik hastalık tanısı alan bireylerde psikolojik sağlamlık düzeyleri ile yaşları arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i>

<p><i>H<sub>3c</sub>: Kronik hastalık tanısı alan bireylerde psikolojik sağlamlık düzeyleri ile medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i></p> <p><i>H<sub>3d</sub>: Kronik hastalık tanısı alan bireylerde psikolojik sağlamlık düzeyleri ile eğitim seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i></p> <p><i>H<sub>3e</sub>: Kronik hastalık tanısı alan bireylerde psikolojik sağlamlık düzeyleri ile gelir seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i></p>
<p>H4: Hasta yakınlarının demografik özelliklerine bağlı olarak depresyon durumları farklılık göstermektedir.</p>
<p><i>H<sub>4a</sub>: Hasta yakınlarının depresyon durumları ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i></p> <p><i>H<sub>4b</sub>: Hasta yakınlarının depresyon durumları ile yaşları arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i></p> <p><i>H<sub>4c</sub>: Hasta yakınlarının depresyon durumları ile medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i></p> <p><i>H<sub>4d</sub>: Hasta yakınlarının depresyon durumları ile eğitim seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i></p> <p><i>H<sub>4e</sub>: Hasta yakınlarının depresyon durumları ile gelir seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i></p>
<p>H5: Hasta yakınlarının demografik özelliklerine bağlı olarak psikolojik sağlamlık düzeyleri farklılık göstermektedir.</p>
<p><i>H<sub>5a</sub>: Hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i></p> <p><i>H<sub>5b</sub>: Hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri ile yaşları arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i></p> <p><i>H<sub>5c</sub>: Hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri ile medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i></p> <p><i>H<sub>5d</sub>: Hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri ile eğitim seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i></p> <p><i>H<sub>5e</sub>: Hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri ile gelir seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i></p>
<p>H6: Kronik hastalık tanısı alan bireyler ve hasta yakını bireylerin depresyon ölçeği puanları anlamlı bir farklılık göstermektedir.</p>
<p>H7: Kronik hastalık tanısı alan bireyler ve hasta yakını bireylerin psikolojik sağlamlık ölçeği puanları anlamlı bir farklılık göstermektedir.</p>
<p>H8: Kronik hastalık tanısı alan bireylerin hastalığa uyum ölçeğinden aldıkları puanlar ile depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında negatif yönlü bir ilişki vardır.</p>
<p>H9: Kronik hastalık tanısı alan bireylerin psikolojik sağlamlıkları ile depresyon durumları arasında negatif yönlü bir ilişki vardır.</p>
<p>H10: Kronik hastalık tanısı alan bireylerin hastalığa uyumları ile psikolojik sağlamlıkları arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.</p>



H11: Hasta yakını bireylerin psikolojik sağlamlıkları ile depresyon durumları arasında negatif yönlü bir ilişki vardır.
H12: Kronik hastalık tanısı alan bireylerin demografik özelliklerine bağlı olarak aile içi rol değişimleri farklılık göstermektedir. <i>H<sub>12a</sub>: Kronik hastalık tanısı alan bireylerde aile içi rol değişimleri ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i> <i>H<sub>12b</sub>: Kronik hastalık tanısı alan bireylerde aile içi rol değişimleri ile yaşları arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i> <i>H<sub>12c</sub>: Kronik hastalık tanısı alan bireylerde aile içi rol değişimleri ile medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i> <i>H<sub>12d</sub>: Kronik hastalık tanısı alan bireylerde aile içi rol değişimleri ile eğitim seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i> <i>H<sub>12e</sub>: Kronik hastalık tanısı alan bireylerde aile içi rol değişimleri ile gelir seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i>
H13: Hasta yakınlarının demografik özelliklerine bağlı olarak aile içi rol değişimleri farklılık göstermektedir. <i>H<sub>13a</sub>: Hasta yakınlarının aile içi rol değişimleri ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i> <i>H<sub>13b</sub>: Hasta yakınlarının aile içi rol değişimleri ile yaşları arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i> <i>H<sub>13c</sub>: Hasta yakınlarının aile içi rol değişimleri ile medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i> <i>H<sub>13d</sub>: Hasta yakınlarının aile içi rol değişimleri ile eğitim seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i> <i>H<sub>13e</sub>: Hasta yakınlarının aile içi rol değişimleri ile gelir seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.</i>

## EVREN VE ÖRNEKLEM

Bu araştırmanın iki ayrı evreni ve iki ayrı örneklemini bulunmaktadır. Araştırmanın iki ayrı evren ve örneklemden oluşmasının sebebi kronik hastalıklarda ortaya çıkan sorunların hem teşhis konulan birey açısından hem de aile üyeleri açısından ayrı ayrı incelenmesi gerekliliğidir.

Bu sebeple araştırmanın birinci evreni Bursa İli'nde yaşayan kalp-damar hastalıkları, solunum yolu hastalıkları, kronik böbrek hastalıkları ve kanser hastalığı tanısı konulan bireyler iken ikinci evreni kalp-damar hastalıkları, solunum yolu hastalıkları, kronik böbrek hastalıkları ve kanser hastalığı tanısı konulan bireylerin aile üyelerinden oluşmaktadır.

Araştırmada belirlenen örneklem grubunun belirli özellikleri taşıması gerektiğinden, veri toplama yöntemi olarak olasılıksız örnekleme yöntemlerinden Ölçüt Örnekleme Yöntemi tercih edilmiştir. Ölçüt Örnekleme Yöntemi, katılımcıların belirli özelliklere ve kriterlere sahip olması gerektiği durumlarda kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntemde belirlenen ölçütü (kriteri) karşılayan bireyler araştırmaya dahil edilmektedir (Büyüköztürk vd, 2021, s. 94-95). Bu araştırmadaki ölçüt, araştırmaya katılacak olan bireylere kalp–damar hastalıkları, solunum yolu hastalıkları, kronik böbrek hastalıkları veya kanser hastalığı tanısı konulmuş olması ya da bu hastalıklardan birinin tanısı konulan bireylerin aile üyesi olmaktır. Öte yandan kronik hastalık teşhisinin en az bir yıl önce konulmuş olması ve hastalığıyla ilgili tedavi süreçlerinin devam etmesi belirlenen diğer ölçütlerdir.

Diğer yandan, çeşitli evreleri temsil ettiği düşünölen birbirinden ayrı gruplar üzerinde belirli bir zaman aralığında yapılan gözlemler ile çıkarılan sonuçlara kesit alma araştırması denmektedir (Büyüköztürk vd, 2021, s. 186). Araştırma verileri toplanırken kesit alma araştırmasından faydalanılmıştır. Araştırmaya katılan bireylerden bu araştırmayı çevrelerine yönlendirmeleri talep edilmiştir.

Bu doğrultuda araştırmanın iki örneklem grubu bulunmaktadır. Araştırmanın birinci örneklem grubunu belirlenen kronik hastalıklardan en az birinin tanısı konulmuş, araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve araştırma formunu dolduran 211 kronik hastalık tanısı alan birey oluşturmaktadır. Ancak kronik hastalık tanısı alan bireylerin doldurduğu anket formlarından üç tanesi katılımcıların eksik ve hatalı doldurması sonucunda analiz işlemine tabi tutulmamıştır.

Araştırmanın ikinci örneklem grubunu ise, birlikte yaşadığı aile üyelerinden birinde (anne, baba, büyükanne, büyükbaba, kardeş veya çocuk) belirlenen kronik hastalıklardan en az birinin tanısı konulmuş olan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve araştırma formunu dolduran 218 hasta yakını oluşturmaktadır. Araştırmaya dahil olan kronik hastalık tanısı alan bireyler ile hasta yakını olarak adlandırılan bireyler arasında aile bağı bulunmamaktadır. Hasta yakını olarak araştırmaya katılabilmenin şartı, sözü edilen hastalıklardan en az birinin teşhisi konmuş bir aile üyesiyle aynı evde yaşıyor olmasıdır.

## **KAPSAM VE SINIRLILIKLAR/KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER**

Araştırmanın kapsamı içerik, araştırma yapılan coğrafi konum, örneklem açısından değerlendirildiğinde şunlar söylenebilir: Araştırma kapsamına alınan ilk kavram, ‘kronik hastalık’ kavramıdır. Bu aşamada, kronik hastalık tanımının ne olduğundan, yapılan farklı tanımlamalardan ve tanımlamaların ortak noktalarından bahsedilmiş; ardından kronik hastalıkların sınıflandırılması, risk faktörleri, aşamaları, zaman evreleri açıklanmaya çalışılmıştır.

Araştırma kapsamında ele alınan kalp–damar hastalıkları, kanser, solunum yolu hastalıkları ve kronik böbrek hastalıklarının ne olduğundan, tanı ve tedavi yöntemlerinden bahsedilip söz konusu hastalıklar psikososyal açıdan ele alınmaya çalışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan ikinci kavram ‘depresyon’ olarak belirlenmiştir. Bu başlık altında depresyon tanımları, belirtileri ve kronik hastalıklardaki depresyon durumu ifade edilmeye çalışılmıştır. Araştırma kapsamında ele alınan son kavram ‘aile içi rol değişimi’dir. Burada aile içi rolün tanımı, aile içi roller ve sorumluluklar ile hangi durumlarda bu rol ve sorumlulukların değiştiğinden söz edilmiştir.

Araştırmanın coğrafi konum olarak kapsamı Bursa ilidir. Çalışmanın yapıldığı esnada COVİD-19 Pandemisi’nin etkilerinin ciddi şekilde yaşanıyor olması ve tam kapanma uygulanması nedeniyle çalışma araştırmacının ikamet ettiği şehir olan Bursa’da gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın örneklem açısından ilk kapsamı ise kalp–damar hastalıkları, kanser, solunum yolu hastalıkları ve kronik böbrek hastalıklarından en az birinin teşhisi konulmuş bireylerden oluşmaktadır. İkinci olarak kapsam alanına giren örneklem grubu ise sözü edilen hastalıklardan en az birinin teşhisi konulmuş olan kişilerin yakınlarından oluşmaktadır. Dolayısıyla bu araştırma kanser, kardiyovasküler hastalıklar, solunum yolu hastalıkları ve kronik böbrek hastalıklarından en az birinin teşhisi konulmuş bireylerden ve aile içerisinde bu hastalıklardan en az birinin teşhisi konulmuş biriyle yaşayan hasta yakınları ile sınırlandırılmıştır.

Yapılan araştırmada kadınların toplumsal cinsiyet rolleri çerçevesinde yürüttüğü rol ve sorumlulukları çalışmanın odağını farklı bir boyuta taşıyacağından kapsam dışı bırakılmıştır.

Tüm araştırmalarda olduğu gibi bu çalışmanın yürütülmesi sırasında bazı sınırlılıklar ortaya çıkmıştır.

- Bu araştırmanın veri toplama aşamasında 2019 Aralık ayında in’de ortaya çıkan ve tüm dünyada önemli krizlere sebep olan COVID-19 pandemisi sebebiyle büyük zorluklar yaşanmıştır. Kronik hastalığı olan bireyler COVID-19’a yakalanma riskinin yüksek olduğu gruplardan biri olarak tanımlandığından ve yüz yüze görüşme yapmak katılımcılar için büyük risk teşkil edeceğinden veriler çoğunlukla evrimii platformlarda (Whatsapp ve ZOOM) kurulan iletişim yoluyla toplanmıştır.
- Araştırma kapsamına alınan kronik hastalık tanısı alan bireylerin tamamı kronik hastalık tanısının sonradan konulduğu bireylerden oluşmaktadır. Araştırmada doğuştan kronik bir hastalık taşıyan bireyler kapsam dışı bırakılmıştır. Bunun sebebi ise, hastalıklara sonradan yakalanan kişilerin, doğuştan hastalıkla mücadele eden bireylere göre ‘kriz’ durumunu daha yakından yaşamalarıdır.
- Bu araştırma, araştırma formunda kullanılan “Kronik Hastalığa Uyumu Değerlendirme leği, Beck Depresyon Envanteri, Kısa Psikolojik Sağamlık leği” ile araştırmacı tarafından hazırlanan araştırma formundaki sorularla ve araştırmaya katılmaya gönüllü 208 hasta ve 218 hasta yakını katılımcı ile sınırlıdır.
- Çalışmaya katılan kronik hastalığı olan bireylerin aile üyelerine ulaşmanın zorluğu sebebiyle araştırmaya dahil olan kronik hastalık tanısı alan bireyler ile hasta yakınları bireyler birbirlerinden bağımsız iki örneklem grubunu ifade etmektedir.

Araştırma esnasında karşılaşılan güçlükler ise şu şekilde sıralanabilir:

- Araştırma kapsamına alınan hastalıklarla ilgili çalışmalar yürüten STK’lar ile iletişim kurulmaya çalışıldığında Covid-19 Pandemisi kısıtlılıkları nedeniyle birçok STK’ya ulaşılamamıştır. Ulaşılan STK’lardan bir kısmı dernek yelerinin Kişisel Verilerini Koruma Kanunu kapsamında araştırma formunu üyelerine ulaştırmak konusunda isteksiz davranmıştır.

- Araştırmada çevrimiçi ortamlarda veri toplama esnasında internet bağlantı problemleri yaşanmıştır. Bu sebeple veri toplama işlemi beklenenden uzun sürmüştür.
- Öte yandan kronik hastalık tanısı alan bireylerle iletişim kurulurken kişilerin yaşlarının büyük olması sebebiyle katılımların evlerindeki çocuğu, torunu, gelini gibi üçüncü kişiler görüşmeler esnasında soruların aktarımı ve yanıtlanmasına yardımcı olmuştur.
- Araştırma esnasında örnekleme alınan sayıdan daha fazla sayıda kronik hastalığa olan bireyler ya da hasta yakınlarına ulaşılsa da katılımcılar araştırma formunu doldurma konusunda istekli olmamışlardır.

# 1. KRONİK HASTALIKLAR

Bu bölümde kronik hastalıklarla ilgili bilgi verilecek, kronik hastalıkların psikososyal etkileri çerçevesinde risk faktörleri, evreleri, psikososyal uyumu, Dünya ve Türkiye’de kronik hastalıklara ilişkin istatistiksel bilgilere yer verilerek kavramsal çerçeve oluşturulmaya çalışılacaktır.

## 1.1. Kronik Hastalıklar

Bireyler yaşamları boyunca çeşitli sağlık problemleriyle karşı karşıya kalabilmektedir. Bu sağlık problemleri kimi zaman geçici bir durum olabilirken kimi zamansa uzun süreli bakım ve tedavi gerektirmektedir. İşte bu uzun süreli (3 ay ve daha fazla) tıbbi bakım ve tedavi gerektiren, kişinin yaşamında derin değişikliklere sebep olan, yavaş ilerleyen, kesin tedavisi olmayan, fiziksel etkilerinin yanında bireyleri psikolojik ve sosyal açıdan da büyük ölçüde etkileyen, kişinin günlük yaşamını kısıtlayan durumlara *kronik hastalık* veya *bulaşıcı olmayan hastalık* adı verilmektedir (Gagnon ve Patten, 2002, s.149-150).

Literatürde, kronik hastalıkların çeşitli tanımları bulunmaktadır. Birçok tanım, semptomların süresi, günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlanma, bakımı ihtiyacı veya diğer gereksinimler gibi kriterlerin bir araya gelmesiyle oluşmaktadır. Kronik hastalıkların ilk tanımlarından biri, 1949’da National Commission on Chronic Illness tarafından yapılmıştır. Buna göre, kronik hastalıklar kalıcıdır, sakatlık bırakır, geri dönüşü olmayan patolojik değişikliklerden kaynaklanır, rehabilitasyon için özel eğitim gerektirir ve uzun süreli gözetim, gözlem veya bakım gerektirir (Sidell, 1997, s.6). Westbom ve Kornfalt (1987, s.87) kronik hastalıkları, normal yaşamı engelleyen ve en az üç ay tedavi gerektiren bir yetersizlik olarak tanımlamışlardır. Addor ve diğerleri (1997, s.342)’ne göre, üç aydan daha fazla süren, işlevsel bozulma düzeyi veya tıbbi bakım aynı yaştaki diğer bireylere kıyasla daha fazla olan durumlara kronik hastalık denmektedir. Theofanidis (2007, s.1)’e göre kronik hastalıklar, yılda üç aydan uzun aralıklarla süren veya bir aydan uzun hastanede yatış süresi olan, bireylerin günlük işlevlerini etkileyen fiziksel veya ruhsal durumlar olarak tanımlanmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütüne göre ise kronik hastalıklar, tıbbi müdahalelerle tedavisinin kesinlikle mümkün olmadığı, bireyin biyopsikososyal alanlarında geri

dönüşü olmayan birtakım değişiklikleri beraberinde getiren, hastalığın zararlarını azaltmak ve aktif katılımı artırmak için periyodik izleme ve destek bakım gerektiren durumlardır (WHO, 2014, s.119). Tüm tanımlar kronik hastalıkları zaman, yaşam stili, etki alanı gibi kriterlerde tanımlasa da kronik hastalık tanısı almak, her bireyin gözünde ayrı anlamlar taşımaktadır.

Kronik hastalıklar hemen her yaş grubundan insanda görülebilen biyopsikososyal bir durumdur. Bununla birlikte yaş ilerledikçe kronik hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır. Kronik durumlar çok çeşitli sebeplerle ortaya çıkabilir. Hastalıklar, genetik özellikler ya da çeşitli yaralanmalar bu sebeplerden bazılarıdır (Gülseven ve Oğuz, 2014, s.99)

Kronik hastalıklar düzenli bir tıbbi takip gerektirdiği için bireylerin hayatlarında ciddi değişikliklere, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanmaya ya da bir bakım veren eşliğinde yaşamayı gerektirebilir. Ayrıca uzun dönemli bir tedavi gerektirdiği için, bakım ve tedavi masrafları oldukça yüksek maliyetli olabilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011, s.15-17). Bu yönüyle kronik hastalık tanısı alan bireyler ve aileleri üzerinde hem manevi hem de maddi olarak ciddi bir yük oluşturmaktadır. Dolayısıyla kronik hastalık kavramının net bir şekilde tanımlanması, hastalığın risk faktörlerinin, hastalığa uyum sürecinin açık bir şekilde anlaşılması, kronik hastalık tanısı alan bireyler ve ailelerinin yaşadıkları birçok sorunun çözümüne yardımcı olması açısından önemlidir. Bunun yanı sıra tüm bunlar, tıbbi tedavi ekibi ve ruh sağlığı profesyonellerinin yapacağı müdahalelerin verimliliğinin artmasına da yardımcı olacaktır (Samson vd., 2007, s.16-17).

Kronik hastalık tanısı koyulan kişi iş hayatından daha erken ayrılmakta, çalışma sürelerini kısaltmakta, emeklilik sistemine daha erken katılmaktadır. Dolayısıyla istihdam sürecine kıyasla ekonomik kazancı azalmakta ancak sağlık harcamaları artmaktadır. Tıbbi tedavi masrafları sebebiyle kronik hastalık tanısı alan birey ve ailelerin ekonomik sorunlar yaşaması kaçınılmazdır. Öte yandan kronik hastalıkların tıbbi tedavisi; ilaç katkıları, sosyal güvenlik gibi durumlar sebebiyle ülke ekonomisini de olumsuz yönde etkilemektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011, s.15).

### 1.1.1. Kronik Hastalıkların Sınıflaması

Yaşam koşullarının iyileştirilmesi, teknolojik gelişmeler vb. durumlar, ortalama yaşam süresinin uzamasına yardımcı olurken, bireylerin yaşamları boyunca karşılaştığı hastalıkları da değiştirmiş ve bulaşıcı hastalıklar yerini kronik hastalıklara bırakmıştır. Tıbbi tedavi koşullarının gelişmesiyle birlikte, kronik hastalıkların ölüme sebebiyet vermesi büyük ölçüde azaltılabilir de bu durum bireylerin yaşamlarını kronik hastalık ile birlikte sürdürmesine yol açmıştır (Gerteis vd., 2014, s. 1).

Kronik hastalıkların sayısı ve türü oldukça fazladır. İnsan vücudunun tüm sistemlerinde farklı kronik hastalıklar görülebilmekle birlikte, çeşitli sınıflandırmalar da yapılabilir. Kronik hastalığın türüne, etki alanına, sıklığına ve yaşa göre yapılan farklı sınıflamalar yaygın kullanılan sınıflandırmalardandır.

Hastalığın türüne göre kardiyovasküler hastalıklar, solunum yolu hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, nörolojik hastalıklar, kanser, diyabet vb. gibi ayrımları bulunmakta; etki alanına göre bireysel (astım, migren vb.) ve toplumsal (diyabet, obezite vb.) kronik hastalıklar olarak sınıflandırma yapılabilmektedir (Gülseven ve Oğuz, 2014, s.92-93).

Hastalığın sıklığına göre yaygın (hipertansiyon, diyabet, astım vb.) ve nadir (huntington hastalığı, sistinozis vb.) kronik hastalıklar olarak sınıflandırılmaktadır. Bazı kronik hastalıklar (diyabet, yüksek tansiyon, artrit, kemik erimesi vb) toplum içinde oldukça sık görünse de bireylerin ve ailelerin hayatlarında ciddi değişikliklere neden olmaz. Genellikle uygun bir tıbbi tedavi ile etkileri azaltılabilir. Böylece bu tür kronik hastalık tanısı alan bireyler sosyal hayatlarından uzaklaşmadan hayatlarını sürdürebilmektedir. Öte yandan bireylerin ailevi, sosyal ve ekonomik hayatlarında ciddi değişikliklere neden olan kronik hastalıklar genellikle uzun ve zorlu hastane yatışları, yoğun tıbbi tedavi ve beraberinde yoğun psikolojik etkiler getirmektedir (Megari, 2013, s.141-142).

Hastalığın kişide görüldüğü dönem itibariyle yaşa göre sınıflandırması, çocukluk çağı kronik hastalıkları, yetişkinlik çağı kronik hastalıkları ve yaşlılık kronik hastalıkları olarak üçe ayrılabilir. Epilepsi, tümörler, konjenital kalp hastalıkları, hemofili, diyabet, astım, kronik böbrek yetmezliği, anksiyete, dikkat eksikliği ve hiperaktivite, alerjik durumlar gibi çok çeşitli hastalıklar çocukluk çağında sık görülen; epilepsi, tümörler, anevrizma, migren, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, miyokart enfarktüsü (kalp



krizi), diyabet, astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), kanser, kronik böbrek yetmezliği yetişkinlik çağında sık görülen; alzheimer hastalığı, osteoporoz, kalça kırıkları vb. hastalıklar da yaşlılık döneminde sık görülen kronik hastalıklardandır (Akdemir, 2005, s.196; Gerteis vd., 2014, s.4-6).

### **1.1.2. Kronik Hastalıklarda Risk Faktörleri**

Kronik hastalıkların biyolojik alt yapısının yanı sıra, bireyler için tehlike oluşturan, yaygın şekilde görülen ve doğru bir yaklaşımla kronik hastalığı önleyebilecek risk faktörleri bulunmaktadır. Dünya genelindeki ölüm sebeplerinde başta gelen hastalıklar (kalp-damar hastalıkları, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet) bu risk faktörleri ile yakından ilişkilidir. Bireylerin yaşam stillerinde yapacağı ufak değişiklikler, hastalıkların ortaya çıkması açısından koruyucu bir faktör olacaktır (Mokdad vd., 2004, s.1239-1242).

Risk faktörleri, davranışsal ve fizyolojik olmak üzere iki grupta incelenebilir. Davranışsal risk faktörleri, alkol kullanımı, tütün kullanımı, fiziksel hareketsizlik ve aşırı tuz/sodyum kullanımı olarak sıralanırken; fizyolojik risk faktörleri, yüksek kan basıncı (tansiyon), aşırı kilo/obezite, yüksek kan şekeri ve yüksek kolesterol olarak sıralanabilir (WHO, 2013A).

#### **1.1.2.1. Davranışsal Risk Faktörleri**

##### **a. Alkol Kullanımı**

Alkolün zararlı ve yüksek miktarda kullanımı dünyada erken ölümler ve sakatlıklar için önemli bir risk faktörüdür. Bunun dışında kalp hastalıklarına, kanserlere, karaciğer hastalıklarına, çeşitli zihinsel ve davranışsal bozukluklara, diğer bulaşıcı olmayan durumlara veya bulaşıcı hastalıklara neden olabilmektedir (WHO, 2018B).

##### **b. Fiziksel Hareketsizlik**

Fiziksel hareketsizlik de bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların çoğalmasında bir risk faktörüdür. Fiziksel olarak yeterince aktif olmayan kişiler, haftanın çoğu günü en az 30 dakika orta yoğunlukta fiziksel aktivite yapanlara kıyasla, tüm ölüm nedenlerinde

daha yüksek riske sahiptir. Ek olarak fiziksel aktivite; inme, hipertansiyon ve depresyon riskini azaltmaktadır (WHO, 2010).

c. Aşırı Tuz/Sodyum Kullanımı

Tuz oranı yüksek bir beslenme stiline sahip olmak kan basıncının yükselmesine neden olmaktadır. Bu da bireyler için kalp hastalığı ve felç riskini artırmaktadır. Riski azaltmak için önerilen günlük sodyum alımı 2 gramdan az sodyum veya 5 gram tuzdur (WHO, 2012).

d. Tütün Kullanımı

Tütün kullanımı, bulaşıcı olmayan kronik hastalıklardan kaynaklanan hastalık ve ölümler için önde gelen risk faktörlerinden biridir. Hastalık ve ölüm oranlarının bu derece yüksek olmasının sebebi yalnızca doğrudan tütün tüketiminden değil, aynı zamanda tütün kullanmayanların dumana maruz kalmasından da kaynaklanmaktadır (WHO, 2013A, s.62).

### **1.1.2.2. Fizyolojik Risk Faktörleri**

a. Yüksek Kan Basıncı (Tansiyon)

Hipertansiyon olarak da bilinen yüksek kan basıncı; koroner kalp hastalığı, kronik böbrek hastalığı ve inme için önemli bir risk faktörüdür. Kontrolsüz bırakılırsa, yüksek kan basıncından kaynaklanan komplikasyonlar arasında kalp yetmezliği, periferik damar hastalıkları, böbrek yetmezliği, retina kanaması, görme bozukluğu, felç ve bunama bulunur. Vakaların çoğunda, yüksek kan basıncının kesin nedeni bilinmemekle birlikte, yüksek tuz alımı, aşırı kilolu veya obez olmak, alkolün zararlı kullanımı, fiziksel hareketsizlik, stres, hava gibi birkaç değiştirilebilir risk faktörü yüksek kan basıncı görülme olasılığını artırmaktadır (WHO, 2013B).

b. Diyabet

Diyabet, pankreasın yeterince insülin üretememesinden (tip 1 diyabet) ya da vücudun ürettiği insülini etkin bir şekilde kullanamamasından (tip 2 diyabet) kaynaklanan kronik bir hastalıktır. İnsülin kan şekerini düzenleyen bir hormon olduğundan, her iki diyabet türü de kan şekerinde yükselmeye neden olur ve bu zamanla vücutta ciddi hasarlara neden olabilmektedir. Kalp, kan damarları, gözler, böbrekler ve

sinirler, kalp krizi, felç, böbrek yetmezliği, körlük ve sinir hasarı gibi olası sonuçları olabilir. Bu nedenle diyabet halk sağlığı için ciddi bir tehdittir ve dünya çapında önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir (WHO, 2016A).

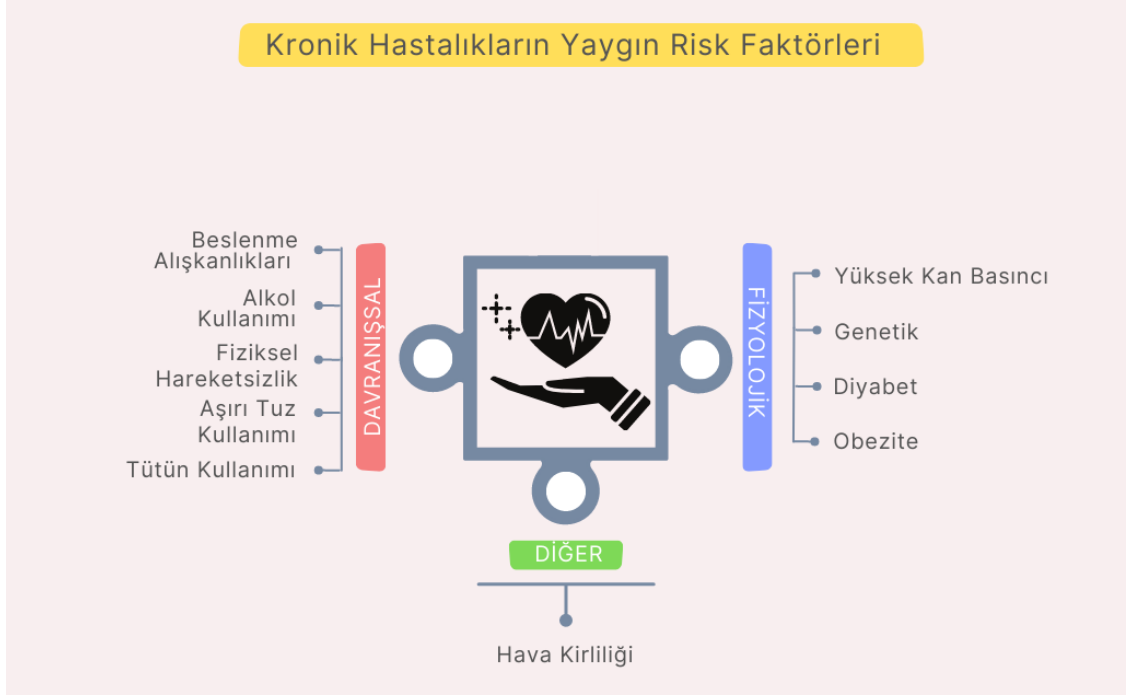
c. Obezite

Yaşam seyri boyunca, fazla kilolu ve obez olmak, birçok olumsuz sağlık sonucu ile ilişkilidir. Obezite, artan hipertansiyon riski, birçok bulaşıcı olmayan hastalık (diyabet, koroner kalp hastalığı inme ve kanser gibi) ve uyku apnesi gibi durumlarla doğrudan bağlantılıdır (WHO, 2016B).

### **1.1.2.3. Diğer Risk Faktörleri**

a. Hava Kirliliği

Hem kapalı hem de açık hava kirliliği önemli bir halk sağlığı sorunudur ve iskemik kalp hastalıkları, solunum yolu hastalıkları ve kanserlere bağlı milyonlarca ölümün altında yatan temel nedenlerden biridir. 2016 yılında hava kirliliği dünya çapında 7 milyon kişinin ölüm nedeni olmuştur. Bu ölümlerin yaklaşık %80'i ise bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar kaynaklıdır, bu da hava kirliliğini mevcut tütün içiciliğine kıyasla bulaşıcı olmayan hastalıklar için önemli bir risk faktörü haline getirmektedir. Akciğer kanserinden yetişkin ölümlerinin yaklaşık %29'u, felçten %24'ü ve kalp hastalığından kaynaklanan ölümlerin %25'i hava kirliliğine bağlanmıştır (WHO, 2018A).



**Şekil 1:** Kronik hastalıkların risk faktörleri

### 1.1.3. Kronik Hastalıkların Aşamaları

Kronik hastalıkların insan vücudundaki etkileri

- Kriz aşaması,
- Kronik aşama,
- Terminal aşama olmak üzere üç temel aşamadan oluşmaktadır.

*Kriz Aşaması:* Belirtilerin ortaya çıktığı, tanının koyulduğu ve ilk tedavinin uygulandığı aşamadır. Bu aşamada hasta ve yakınları ortaya çıkan hastalığa uyum sağlamak için çabalar. Kriz aşamasının sağlıklı bir biçimde tamamlanabilmesi için hasta ve ailesinin yapması gereken bazı temel görevler bulunmaktadır. Hastalık semptomları ve bu semptomlarla birlikte ortaya çıkabilecek olan bilişsel ve fiziksel kayıplarla baş etmeyi öğrenmek; tanı ve tedavi süreçlerine uyum sağlamak, tıbbi destek ekipleri ve kurumsal ortamlarla bir çalışma ilişkisi kurmak gibi görevler bu temel görevlerdendir. Tüm süreç içinde ailelerin desteği hastalığa uyum ve kriz döneminin sağlıklı atlatılabilmesi için gereklidir (Rolland, 1993, s.461).

*Kronik Aşama:* İkinci aşama olan kronik aşama, tanı ve tedavi sürecinden hastanın hayatının sonuna yaklaştığı döneme dek devam eder. Bu aşamada hasta ve

ailesi hayatlarında meydana gelen kalıcı değişikliklere psikolojik olarak uyum sağlayabilmiştir. Bu dönemde hasta ve ailesi kronik hastalığa rağmen mümkün olduğunca ‘normal’ bir hayat sürdürmeye çalışmaktadır.

*Terminal Aşama:* Terminal dönem olarak adlandırılan üçüncü aşama ise hastalığın kötüleşmesi ve hastanın hayatının sona ermesi ile sonuçlanır. Bu evrede ölüm kaçınılmazdır ve aile üyeleri bunun farkındadır. Aileler yas ve ayrılık süreçlerinin başındadır. Bu süreçler sağlıklı bir şekilde geçirildiğinde aileler hastalık öncesi ‘normal’ yaşantılarına dönebilirler. Kaybı kabullenmek bu dönemde en önemli adımdır (Rolland, 1999, s.248).

#### **1.1.4. Kronik Hastalığın Zaman Evreleri**

Bireyler; kronik hastalıklarla uzun yıllar beraber yaşamak zorunda olduğu için, yıllar içinde farklı evreler yaşayabilmektedirler. Bu evreler her hasta için farklı şekillerde seyreder (Gülseven ve Oğuz, 2014, s. 95).

- *Hastalık Öncesi Dönem:* Bu dönem kişinin genetik özellikleri ve sürdürdüğü hayat stili nedeniyle riskli konumda bulunduğu dönemdir.
- *Hastalık Dönemi:* Bu dönemde bir belirsizlik söz konusudur. Kronik hastalığın semptomları ortaya çıkmış, testler yapılmaktadır. Bireye tanı konmasından hemen önceki dönemdir.
- *Stabil Dönem:* Bu dönemde bireylere kronik hastalık tanısı konmuştur. Artık semptomlar kontrol altında tutulmaktadır.
- *Stabil Olmayan Dönem:* Bu dönemde hastalığa ilişkin semptomlar kontrolden çıkmış, kötüye gitmektedir. Çeşitli komplikasyonların geliştiği ve hastalığın tekrar aktifleştiği dönemdir. Bu süreçte bireylerin günlük yaşam aktiviteleri kesintiye uğrayabilmektedir.
- *Akut Dönem:* Bu dönem aniden ortaya çıkan ve kontrol altına alınmakta zorlanılan belirti ve komplikasyonların görüldüğü dönemdir. Hastaneye yatışlar genellikle bu aşamada gerekir. Bireylerin yaşamlarında ciddi değişiklikler yapması gerekebilir.
- *Kriz Evresi:* Bu dönem kritik ve bireyin hayatını tehdit eden durumların görüldüğü dönemdir. Acil müdahale ve tedavi gerektirir.

- Dönüş Evresi: Akut evrede ortaya çıkan ve kriz evresinde müdahale edilen hastalık bu dönemde iyileşme belirtileri göstermektedir. Bireyin hastalıklardan kaynaklanan yaşam kısıtlılıklarına uyum sağlamayı öğrenmesi beklenir.
- Evresi: Bu dönemde hastalık oldukça ilerlemiştir ancak tıbbi tedavi ile kontrol altında tutulmaya çalışılır. Bu evre mutlaka sonraki evrenin ölüm olduğu anlamına gelmez. Bu evrede hastalık kontrol altında tutulup akut döneme döndürülebilir.
- Ölüm Evresi: Bu dönem tıbbi tedaviye rağmen kontrol altında tutulamayan hastalığın ilerlemesi ile ortaya çıkan ve vücut işlevlerinin hastanın hayatını sürdürebilmesi için yetersiz kaldığı dönemdir (Gülseven ve Oğuz, 2014, s. 95).

### **1.1.5. Araştırmada Ele Alınan Hastalıklar**

Bu tez çalışmasında, araştırma kapsamına alınan hastalıklar kalp–damar hastalıkları, kanser, solunum yolu hastalıkları ve kronik böbrek hastalığıdır. Bu hastalıkların seçilmesindeki amaç; hastalıkların uzun süreli tedavi gerektirmesi, hastane bakımının yanı sıra evde bakımın söz konusu olması, bireyin hayatını derinden değiştirmesi, kendisinin yanı sıra ailesini de etkilemesi ve ölüm oranlarının yüksek olmasıdır. Konu ile ilgili detaylı bilgi “Araştırmanın Yöntemi” başlığı altında açıklanmıştır.

#### **1.1.5.1. Kardiyovasküler Hastalıklar**

Kalp–damar hastalıkları bir diğer ismiyle kardiyovasküler hastalıklar genellikle göğüs ağrısı, çarpıntı, nefes darlığı, çabuk yorulma gibi şikâyetler sonucu ortaya çıkan ve kalbi veya kan damarlarını etkileyen bir hastalıktır. İlerleyici, hayati öneme sahip ve bireyin sonraki yaşamında ciddi değişikliklere sebep olan bu hastalık (McMurray vd., 2012, s.82) toplum içinde yüksek prevalansa sahip olması sebebiyle önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Kardiyovasküler hastalıklar, dünya çapında ölüm sebepleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği, iskemik kalp hastalığı, ritim bozuklukları, miyokard infarktüsü (kalp krizi) gibi çeşitli alt hastalıkların tümü kalp–damar hastalıklarına dahildir (Thom vd., 2006, s.91).

Kardiyovasküler hastalıkların ortaya çıkmasında rol oynayan risk faktörleri, diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi, sigara kullanımı, yüksek tansiyon, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketliliğin azlığı, obezite, kolesterol seviyesinin yükselmesi vb. faktörlerdir (WHO, 2018C, s.205). Bu risk faktörlerinin birçoğu bilgilendirme ve eğitim çalışmalarıyla veya yaşam şeklinin iyileştirilmesiyle önlenebilecek faktörlerdir.

Kardiyovasküler hastalıklar genel anlamda hastaların yaşam kalitesini düşürmenin yanı sıra ekonomik ve psikososyal problemleri de beraberinde getirmektedir. Kalp–damar hastalığı tanısı konulan bireylerin aile içi ilişkilerinde, sosyal hayatında ve iş yaşamında sorunlarla karşılaştıkları bilinmektedir (Carels vd., 2004, s.95-96). Buna ek olarak kardiyovasküler hastalıklar gibi kronik hastalıkların tanısı alan bireylerin aile üyelerinde de yaşam değişikliği meydana gelmekte ve aileler bu değişime uyum sağlamada zorlanabilmektedir (Schwarz ve Elman, 2003, s.89).

Kardiyovasküler hastalıkları olan bireylerde depresyon, kaygı bozukluğu, deliryum, somatizasyon bozukluğu ve psikoseksüel bozukluklar gibi psikiyatrik problemler sıklıkla görülmektedir. Psikiyatrik hastalıkların en sık geliştiği hastalık miyokard infarktüsüdür. Bu durumun temel nedeni ölüme karşı karşıya kalmak, sağlığını ve hayatını kaybetme riski yaşamaktır. Hastanın, kalp krizinden sonra hayatında gerçekleşen değişikliklere ve sınırlamalara uyum sağlamakta zorlanması kaygı bozukluğu ve depresyon gelişimi için bir risk faktörüdür. Bireyler kalp krizi geçirdikten sonra hem aile içi hem de toplumsal rol ve işlevlerinde yetersizlik hissi ile karşı karşıya kalmakta ve kaygılanmaktadır. Kalp hastalığı ile birlikte gelişen kaygı hali ‘normal’ bir tepki olarak görülse de bireyin aşırı kaygı hissetmesi hastalığın komplikasyonlarının artmasına neden olmaktadır. Böyle bir durumda hastalara ve yakınlarına neyin ne zaman yapılabileceği, nelerin yasak olduğu, hangi aktivitelerin faydalı, hangilerinin zararlı olduğu açıkça anlatılmalıdır. Bu ifadeler hastanın ve ailesinin kaygı bozukluğu ve depresyon gelişimi riskini azaltacaktır. Bununla birlikte hastanın ve ailesinin mevcut hastalığı nasıl algıladığı ve nasıl anlamlar yükledikleri psikiyatrik problemlerin ortaya çıkmasını engellemek için önemlidir (Özkan, 1993, s.103-105).

### 1.1.5.2. Kanser

Kanser; en genel anlamıyla vücuttaki bazı hücrelerin kontrolsüz bir şekilde çoğalmasını ifade eder. Kanseler ortaya çıktıkları doku ve organlara göre adlandırılmaktadır. Belirtileri, bulguları ve tedavi yöntemleri de yine ortaya çıktıkları doku ve organlara göre değişiklik göstermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2001, s.14).

Dünya genelinde erken ölüm (30-69 yaş) nedenlerinde ilk ya da ikinci sırada yer alan kanser; davranışsal, biyolojik, çevresel ya da genetik risk faktörleri doğrultusunda ortaya çıkmaktadır. Sigara, alkol tüketimi, sağlıksız beslenme ve hareketsizlik gibi faktörler davranışsal risk faktörlerini; yaş, cinsiyet, ırk ve cilt tipi gibi faktörler biyolojik risk faktörlerini; yaşanan çevre koşulları, asbest, radon ya da UV radyasyon gibi maddelere maruz kalma çevresel risk faktörlerini; ailedeki kanser öyküsü ise genetik risk faktörlerini oluşturmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021, s.253-254).

Kanser, teşhisin konulduğu andan itibaren hastanın ve yakın çevresinin hayatında derin değişikliklere ve krizlere yol açan bir hastalık olarak bilinir. Bireye kanser tanısı konulmasıyla birlikte kanserin fizyolojik tedavisi için ciddi bir tedavi süreci başlar. Bu süreç fiziksel açıdan kişiyi zorlayan bir süreç olmasının yanı sıra, duygusal açıdan da hastayı ve yakınlarını zorlar. Hastalığın ve tedavi sürecinin getirdiği stres, duygusal yoğunluk ve korku, hastaları ve yakınlarını büyük bir strese maruz bırakmaktadır (Akt: Serper Yıldız, 2016; Tacón, 2011).

Kronik hastalık tanısı alan bireylerde yaşanan kilo verme, saç dökülmesi, davranışlarda farklılık, iş ve aile yaşamındaki rol değişimleri gibi fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimler, bireylerin hastalığa uyum sağlamalarını ve hastalıkta baş etmelerini zorlaştırabilmektedir (Işıkhan, 2021, s.153).

Kanser hastalığı çok faktörlü ve bireyin yaşamında krize yol açan bir hastalıktır. Dünyada ve ülkemizde kalp–damar hastalıklarının ardından en sık görülen ölüm sebebi olarak tanımlanmasının yanı sıra ölüm oranlarının yüksek olması sebebiyle de en çok korkulan hastalıklardandır. En yaygın kanser türleri ise meme, akciğer ve kolon kanseridir (WHO, 2022B, s.1).

Kanser, tıbbi açıdan kronik ve ölümcül etkilere sahip bir hastalık olmasının yanı sıra psikolojik ve sosyal etkileri de olan bir hastalıktır. Kanser tanısının konulmasıyla beraber bireyin yaşamı ani bir kesintiye maruz kalır. Bu durum hastanın ‘kanser’



kelimesine yüklediği anlamdan kaynaklanmaktadır. Kanserin tedavi sürecinin hem fizyolojik hem de psikolojik açıdan yoğun ve yıpratıcı oluşu, hastalığın evresi, hastalığa dair çevreden alınan dönütler gibi çok çeşitli faktörler hastalarda ve yakınlarında psikososyal sorunların görülmesine sebep olabilmektedir (Dülgerler ve Çam, 2016, s.15).

Kanserin psikososyal etkileri hastanın cinsiyetine, yaşına, eğitim seviyesine, medeni durumuna veya kişilik özelliklerine bağlı olarak değişebilir. Bu faktörler kişinin kanser hastalığına uyumunu ve başa çıkabilme gücünü etkiler. Bu tür özelliklerin yanı sıra hastalığa yüklenen anlam, aile ve sosyal çevre desteği ve çevresel faktörler de kanser hastalığı ile baş etme konusunda değişiklik gösterir. Kanser tanısının koyulmasıyla birlikte hastanın endişe duyması, gerilmesi, hastalığının anlamını tam kavrayamaması gibi tepkiler '*normal*' kabul edilen tepkilerdir (Elbi-Mete ve Önen, 2001, s.188).

Bireylere kanser tanısı konulması onlar için oldukça kaygı verici bir durumdur. Böyle bir durumla karşı karşıya kaldığında bireyin vereceği ilk tepki şok ve inkârdır. Kişi hastalığın varlığını reddederek kendisinin fizyolojik açıdan sağlıklı olduğunu söyler. İnkâr aşaması kabul edilmesi zor olan hastalık gerçeğinin hissettirdiği umutsuzluk ve stresle baş etmek adına bir savunma mekanizmasıdır. Bu aşamanın ardından kişide öfke ve içe kapanma görülebilir. İçe kapanma beraberinde depresyonu da getirebilir. Sonraki aşama olan uyum süreci ise bireyin hastalık gerçeğini kabul etmesiyle başlar. Böylece birey gücünü ve enerjisini hastalıkla yaşamaya yönlendirebilmektedir. Kişinin mevcut tedavi seçeneklerinin farkında olması hastalığa uyumunu kolaylaştıran bir etmendir (Özkan, 1999).

### **1.1.5.3. Solunum Yolu Hastalıkları**

Akciğerlere ve solunum yollarına bağlı olarak gelişen hastalıklara solunum yolu hastalığı adı verilmektedir. Astım, KOAH, bronşektazi, kronik sinüzit, rinit vb. türleri olmakla beraber tüm solunum yolları hastalıkları arasında en sık görülenleri kronik astım ve KOAH'tır. Bu hastalıklar solunum yolu enfeksiyonu ile ortaya çıkmakta ve kronikleşmektedir. Hastalıkların risk faktörleri, tanı ve tedavi süreçleri ile önleyici tedbirleri genellikle birbirine benzerdir. Sigara kullanımı, mesleki toz ve kimyasallara maruz kalma, pasif etkileşim, enfeksiyonlar, genetik faktörler, sosyo-ekonomik faktörler

ve yaşlanma solunum yolu hastalıklarının genel risk faktörleridir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014, s.4).

a. Astım

Astım hastalığı, solunum yollarından kronikleşen bir inflamasyon (iltihap) oluşması ile ortaya çıkan bir hastalıktır. Bu inflamasyon genellikle yineleyen nefes darlığı ve hırıltılı ataklarla kendini göstermekte, özellikle gece etkisini artırmakta veya sabahları solunumda hırıltı şeklinde kendini göstermektedir. Nefes darlığı, göğüste baskı ve öksürük en temel semptomlarıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014, s.5).

Astım hastalığı yıllar içinde farklı sınıflandırmalara tabi tutulmuştur. Başta intrinsek astım-ekstresek astım, sonrasında alerjik astım-nonallerjik astım veya atopik astım- nonatopik astım olarak tanımlanmaktayken; günümüzde bu sınıflandırmalar çeşitlenmiştir. Astım şu anda temelde Tip2 Astım–Non Tip2 Astım olarak adlandırılmaktadır. Tip2 astımın bir diğer ismi Eozinofilik Astım'dır. Bu tür astım genellikle erken başlangıçlı allerjik astım, geç başlangıçlı eozinofilik astım, aspirin ile tetiklenen astım, alevlenme eğilimli astım olarak alt kategorilere ayrılır. Non Tip2 Astım'ın diğer ismi Non–Eozinofilik Astım'dır (Wenzel, 2012, s. 717-719).

Astım tedavisinin öncelikle amacı solunum yollarında bulunan inflamasyonu kontrol altında tutmak ve gidermektir. Astımın kesin, önleyici ve giderici bir tedavisi bulunmamaktadır. Ancak iltihap giderici ilaçlar yoluyla solunum yollarındaki iltihaplanma kontrol altında tutulmaya çalışılır. Bu ilaçlarla birlikte iltihaplanma baskılansa ve astım semptomları azalsa da ilaçların azaltılması veya kesilmesi halinde hastanın durumunda tekrarlanmalar görülebilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014, s.8).

Astım hastalığının risk faktörleri kişisel faktörler ve çevresel faktörler olarak ikiye ayrılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014, s.5-6). Kişisel faktörler, genetik, cinsiyet ve obezite olarak 3 alt kategoride incelenirken çevresel faktörler; alerjenler, enfeksiyonlar, sigara dumanı maruziyeti, iç-dış ortamların kirliliği, mesleki ajanlar ve beslenme olmak üzere 6 alt kategoride incelenmektedir.

#### Kişisel Faktörler

Genetik: Astım genetik yoluyla aktarılabilen bir hastalıktır. Bununla birlikte, astıma bir gendeki tek bir mutasyon neden olmaz. Aksine, astım poligenik (çok genli kalıtım), çok faktörlü bir hastalıktır. Bu da gelişimine birçok faktörün

katkıda bulunduğu anlamına gelmektedir. Bu faktörler hem genetik hem de çevreseldir. Buna göre, birbiriyle ve çevresel faktörlerle etkileşime giren birkaç genin birleşik etkisi astıma neden olmaktadır. Öte yandan ebeveynlerinden birinde astım hastalığı olan çocukların astıma yakalanma riski, bulunmaya göre %25 daha fazladır. Ebeveynlerinin her ikisinde de astımın bulunması durumunda ise risk oranı %50 artmaktadır (Thomsen, 2015, s.3).

Cinsiyet: Astımın cinsiyet üzerindeki etkisi yaşa bağlı olarak değişmektedir (Fuseini ve Newcomb, 2017, s.2). Genel olarak yaşam boyu astım geliştirme olasılığı kadınlarda erkeklere göre %10,5 daha fazladır. Buna karşın erken çocukluk döneminde (0-14 yaş) astım görülme sıklığı, erkek çocuklarda kız çocuklarına oranla %50 daha yüksek seyretmektedir. Ergenlik dönemiyle birlikte erkek çocuklardaki yüksek oran düşmekte, kız çocuklarının astım oranları ise yükselmektedir. Genç yetişkinlerde (15-34 yaş) astım görülme sıklığı erkeklere (%6.3) kıyasla kadınlarda (%9.6) daha yüksektir (Kynnyk vd., 2011, s.6).

Obezite: Her yaş grubundan obezitesi olan bireylerin olmayanlara kıyasla astım hastalığına yakalanma ihtimalleri daha yüksektir. Bireylerin vücut kitle endeksinin 30 kg/m<sup>2</sup> üstüne çıktığında bu oran giderek yükselmektedir (Camargo vd., 1999, s.2586).

### Çevresel Faktörler

Alerjenler: Alerjenler astım hastalığı için önemli bir risk faktörüdür. Alerjenler, iç ortam alerjenleri ve dış ortam alerjenleri olarak iki gruba ayrılmaktadır. Ev tozu akarları, mantarlar ve evcil hayvanlar iç ortam alerjenlerine dahildir. Öte yandan polenler ve küf mantarları dış ortam alerjenleri grubundandır. Alerjen gruplarından birine uzun süre maruz kalmak, duyarlılık gelişmesini tetikleyebilmektedir (Oksel ve Custovic, 2018, s.113).

Enfeksiyonlar: Yaşamın erken dönemlerinde viral solunum yolu enfeksiyonları geçirmek ileriki dönemlerde astım hastalığına yakalanma riskini artırdığı düşünülmektedir (EAACI, 2021).

Sigara Dumanı: Uzun süreli sigara kullanımı ya da uzun süre sigara dumanına maruz kalmak astım başta olmak üzere pek çok hastalığın tetikleyicisi olabilmektedir. Astım hastalığının en önemli risk faktörlerinden biri sigara dumanıdır. Özellikle gebelik döneminde sigara kullanımına ya da dumana maruz

kalma sebebiyle bebeklerin akciğer gelişimlerinde olumsuz etkileri olabilmektedir (Kalyoncu vd., 2001, s.267).

Hava kirliliği: İç veya dış mekanlarda soluduğumuz havanın kirli olması solunum yolu hastalıklarından önemli risk faktörlerinden bir tanesidir. Dünya genelinden önemli bir mortalite ve morbidite nedeni olmasının yanı sıra Dünya Sağlık Örgütü'ne göre çoğunlukla bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan yaklaşık 7 milyon ölümün iç ve dış ortamlardaki hava kirliliğinin ortak etkileriyle ilgilidir (WHO, 2021, s.10).

Meslek Astımı: Çalışma yaşamında maruz kalınan faktörler sebebiyle ortaya çıkan astım hastalığına meslek astımı ismi verilmektedir. Çalışma ortamındaki bazı alerjenler ya da uyarıcılara maruz kalmak astımı tetikleyebilmektedir. (GINA, 2021, s.28). Meslek Astımı ile ilişki olabilecek yüzlerce madde bildirilmiştir. Un, depo akarları, soya tozu, bazı bitkiler, kahve tozu, parazitler, kabuklu deniz hayvanları, çimen polenleri, odun tozları, tahıl tozları, kına, çok çeşitli inorganik ve organik kimyasallar ve çeşitli enzimler meslek astımına yol açabilmektedir (Tarlo ve Lemiere, 2014, s.641-642).

Beslenme: Gebelik döneminde annenin fındık, fıstık, balık, süt gibi alerjik olduğu kabul edilen gıdaların tüketmesi bebeklerin alerjenler kaynaklı astıma yakalanma ihtimalini azaltmaktadır. Öte yandan bebeklik döneminde anne sütü, astım hastalığına yakalanma açısından anne sütü ile beslenmeyen çocuklara kıyasla daha uzun süreli bir koruma sağlamaktadır (Bunyavanich vd., 2014, s.1334; Maslova vd., 2013, s.1313).

#### b. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA)

KOA kısa adıyla bilinen Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı genellikle zararlı partiküllere veya gazlara önemli ölçüde maruz kalmanın neden olduğu, solunum yollarındaki hava akımının kısıtlanmasıyla ortaya çıkan yaygın ve ilerleyici bir hastalıktır. Önlenemez ve tedavi edilebilir olmasına karşın hastalıkta tam bir iyileşmenin sağlanması söz konusu değildir (GOLD, 2022, s.4). Genellikle 45 yaş üzerindeki yetişkinlerde görülmekle beraber her yaşta grubundan insanda rastlanabilir bir hastalıktır ve Türkiye'de en sık rastlanan üçüncü ölüm nedenidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011, s.59).

KOA'nın risk faktörleri astım hastalığı ile benzerlik göstermektedir. Ancak KOA astıma kıyasla çevresel faktörlerden ve gen-çevre ilişkisinden daha çok

etkilenmektedir. Astımda olduğu gibi KOAH'ta da genetik faktörler, cinsiyet, sigara dumanı, mesleki toz ve kimyasallar, hava kirliliği gibi çok çeşitli risk faktörleri mevcuttur.

KOAH'ta en sık gözlemlenen semptom nefes darlığıdır. Bunun yanında devamlı öksürük, balgam ve hırıltılı nefes de KOAH semptomlarına arasında bulunmaktadır. KOAH'a ek olarak başka komorbiditelerin olması hastalığın seyri, gelişimi, morbidite ve mortalite üzerinde etkili olmaktadır. Bu sebeple KOAH'ın etkilerini ve kişiye en uygun tedaviyi belirleyebilmek için eşlikçi hastalıkların göz önünde bulundurulması önemlidir. Yaygın olarak KOAH'a eşlik eden komorbid hastalıklar; miyokard enfarktüsü (kalp krizi), solunum yolları enfeksiyonları, akciğer kanseri, osteoporoz (kemik erimesi), anjina, diyabet, anksiyete ve depresyondur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014, s.9).

Özellikle anksiyete, solunum yolu hastalıklarından birine sahip bireylerde sık görülmektedir ve anksiyete ile solunum yolu hastalıkları arasında karşılıklı bir etkileşim söz konusudur. Solunum yolu hastalıklarının var olması ve nefes darlığı gibi semptomlar bireylerde anksiyetenin yükselmesine neden olurken artan anksiyete de nefes alma problemlerini beraberinde getirmektedir. Bu da bireylerin basit fiziksel faaliyetleri yapmasını bile engelleyebilmektedir (Özkan, 1993, s.109-112). Bu noktada fiziksel faaliyetlerden kaçış, günlük yaşam aktivitelerinden uzaklaşma ve sosyal rollerin değişimi ile sonuçlanabilir.

Depresyon ise solunum yolu hastalıklarında kaygı bozukluğundan sonra en sık rastlanan psikiyatrik problemdir. Kronik hastalıkların varlığı depresyon gelişimi için başlı başına yeterli bir sebep olurken buna ek olarak komorbid hastalıkların var olması depresyonun ortaya çıkma riskini artırmaktadır. Bireylerde solunum yolu hastalıklarıyla birlikte ortaya çıkan fiziksel, psikolojik, ekonomik ve toplumsal işlev kayıpları depresyonu tetiklemektedir. İş yaşamı ve aile içindeki rol değişimleri bireylerin duygusal açıdan zorlanmalarına sebep olur. Özellikle erkek hastalarda iş yaşamındaki rol kayıpları, ev içine kapanma ve cinsel işlev kayıpları hastaların baş etme stratejilerinin yetersiz kalmasına sebep olabilmektedir (Ede vd., 1999, s.688).

#### 1.1.5.4. Kronik Böbrek Hastalıkları

National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF-KDOQI) tarafından hazırlanan 2002 yılı Kronik Böbrek Hastalığı Değerlendirme ve Sınıflama Kılavuzuna göre Kronik Böbrek Hastalığı (KBH);

- *Glomerüler Filtrasyon Hızında (GFH) azalma olsun veya olmasın, böbrekte 3 ay veya daha uzun süre devam eden yapısal veya fonksiyonel anormallikler olması,*
- *Böbrek hasarı olsun ya da olmasın GFH'nın 3 ay veya daha uzun süredir 60 ml/dk/1.73 m<sup>2</sup>'den daha düşük olması olarak tanımlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018, s.1).*

Kısaca tanımlamak gerekirse kronik böbrek hastalığı, böbreklerin işlevlerinde ya da glomerular filtrasyon hızında belirli ölçülerde azalma olduğunda ortaya çıkan, prevalansı yüksek, bireylerin ve ailelerinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen yaygın bir sağlık sorunudur. Hastalığın tanısında uluslararası bir kriter sağlanabilmesi amacıyla GFH değeri baz alınarak evrelere ayrılmıştır (Tablo 2).

**Tablo 2:** GFH değerine göre böbrek hastalığı sınıflandırılması

EVRE	TANIM	GFH (ml/dk/1.73 m <sup>2</sup> )
1	Normal veya artmış GFH ile birlikte böbrek hasarı	≥ 90
2	Hafif GFH azalması ile birlikte böbrek hasarı	60-89
3	Orta derecede böbrek yetmezliği	30-59
4	Şiddetli böbrek Yetmezliği	15-29
5	Son dönem böbrek yetmezliği	< 15

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018

KBH'de hastalık tanısı konduğu andaki böbrek işlevlerinin durumu, hastanın yaşı, cinsiyeti, sosyoekonomik durumu, uygulanan tedavi yöntemi vb. kriterlere göre beklenen yaşam süresi farklılaşmaktadır (Neild, 2017, s.245). Kronik böbrek hastalığı tanısı erken konulduğunda büyük ölçüde önlenebilir ya da ilerlemesi azaltılabilir bir hastalıktır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018, s.1) ve Türkiye'deki yaygınlığı %15.7 olarak belirlenmiştir (Süleymanlar vd., 2011, s.1864).

Kadınlarda KBH görülme sıklığı erkeklerden daha fazladır. Hill ve diğerlerinin (2016) gerçekleştirdiği meta analiz sonucunda dünya genelinde kadınlarda kronik

böbrek hastalığı görülme sıklığı %14.6 iken, erkeklerde bu oranın %12.8 olduğu açıklanmıştır (Hill vd., 2016, s.6). Benzer bulgular Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalansı Araştırması'nda Süleymanlar vd., (2011, s.1864) tarafından kadınlarda %18.4, erkeklerde %12.8 olarak açıklanmıştır. Aynı çalışmada kronik böbrek hastalığı görülme sıklığının coğrafi bölgelere göre de anlamlı şekilde farklılık gösterdiği söylenmiştir. Buna göre KBH prevalansı en yüksek bölge Marmara Bölgesi (%19.7) olurken, onu %18.6 ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi, %16.1 ile Karadeniz Bölgesi, %14.2 ile Doğu Anadolu Bölgesi ve %12.6 ile İç Anadolu Bölgesi takip etmiştir. KBH prevalansının en düşük olduğu bölgenin ise %11.7 ile Akdeniz Bölgesi olduğu açıklanmıştır.

KBH farkındalığının düşük olması nedeniyle ilerlemekte ve Son Dönem Böbrek Yetmezliği (SDBY)'ne neden olmaktadır. SDBY ise hem hastanın hayatını zora sokmakta hem de diyaliz ve böbrek nakil tedavilerinde ortaya çıkan sağlık harcamalarını önemli derecede artırmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018, s.1). Buna ek olarak kronik böbrek hastalığı, diğer kronik hastalıklar olduğu gibi, yalnızca hastayı değil yakın çevresini ve ailesini de önemli ölçüde etkilemekte ve yaşam stillerini değiştirmektedir (Akyol-Güner vd., 2018, s.91).

Kronik böbrek hastalığının sebep olduğu iş hayatından çekilme, sosyal aktivitelerden uzaklaşma, gelecek korkusu, endişe gibi faktörler hastaların ve ailelerinin hem fiziksel hem de duygusal ve sosyal açıdan yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Dolayısıyla kronik böbrek hastalığı aile içi rollerde ve sosyal yaşamda büyük ölçüde değişikliğe sebep olmaktadır (Kaya-Akı ve Demir-Dikmen, 2012, s.25).

Tedavi sürecinin uzun yıllar devam etmesi, hastalığın ilerleyici oluşu, psikososyal etkilerinin fazlalığı, diyalize ve aileye bağlı bir hayat sürme, fiziksel ve sosyal işlev kayıpları vb. gibi çeşitli faktörler sebebiyle KBH hastaları sıklıkla anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik problemlerle karşı karşıya kalmaktadır (Zengin ve Yıldırım, 2017, s. 67).

Kronik böbrek hastalığına sahip hastaların ve hasta yakınlarının tanı ve tedavi süreci boyunca ihtiyaç duyduğu psikososyal desteği sağlayan, bireylerin değişen fiziksel özelliklerine, yaşam tarzına, aile içi rollerine ve sosyal işlevlerine adapte olmaları için çalışmalar yürüten, kronik böbrek hastalığının fiziksel, sosyal ve psikolojik etkilerini en

aza indirmeye çalışan sosyal hizmet alanına nefrolojik sosyal hizmet denmektedir (National Kidney Foundation, 2014, s.11).

Nefrolojik sosyal hizmet uzmanı tarafından KBH hastalarına ve ailelerine sağlanan başlıca müdahaleler şunlardır:

- *Diyaliz öncesi eğitim ve değerlendirme*
- *Devam eden biyopsikososyal değerlendirme (yaşam kalitesi ölçümü dahil)*
- *Vaka çalışması (hastalar, aileler ve destek gruplarıyla danışmanlık ve konferanslar; krize müdahale hedefine yönelik danışmanlık, taburculuk planlaması)*
- *Grup çalışması (eğitim, duygusal destek, kendi kendine yardım)*
- *Arabuluculuk*
- *Bilgilendirme ve yönlendirme*
- *Toplum kuruluşu yönlendirmelerinin kolaylaştırılması*
- *Disiplinler arası bakım planlaması ve iş birliği*
- *Kuruluş içinde ve uygun diğer kuruluşlar ve programlarla hastalar adına savunuculuk*
- *Hasta ve aile eğitimi (National Kidney Foundation, 2014, s.11).*

Ülkemizde Sağlık Bakanlığının yayımlamış olduğu Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik bu alandaki işleyişi belirleyen temel kaynaktır. Bu yönetmeliğin 1995-2005 yılları arasında yürürlükte olan şekline göre cihaz sayısının 10'dan fazla olduğu merkezlerde sosyal hizmet uzmanı çalıştırma zorunluluğu bulunmaktayken 2005 yılında değişen maddelerle bu zorunluluk hasta sayısının 100'ün üstünde olduğu merkezler ile sınırlandırılmıştır. Ardından 2007 yılında diyaliz merkezindeki sosyal hizmet uzmanı istihdamı merkezdeki sorumlu hekimin gerek görmesine bırakılarak tüm zorunluluklar ortadan kaldırılmış, 2012 yılında yeniden güncellenen yönetmelikte ise merkezlerde "ihtiyaç duyulması" halinde sosyal hizmet uzmanının yerine psikiyatrist ya da psikolog istihdam edilmesinin önü açılmıştır (Zengin, 2016, s.223-224). Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik hakkında 2019 yılındaki son güncellemeyle ise diyaliz merkezlerinde sosyal hizmet uzmanı istihdam etme zorunluluğu bulunmamakla birlikte ihtiyaç durumlarında istihdam edilebilme veya sosyal hizmet uzmanından hizmet satın alınabilmektedir (Md.23,1).



### 1.1.6. Kronik Hastalıklarda Psikososyal Uyum

Kardiyovasküler hastalıklar, kanser, solunum yolu hastalıkları ve kronik böbrek hastalıkları gibi uzun dönemli etkilere sahip hastalıklarla birlikte üzüntü, kızgınlık, umutsuzluk, kaygı, çaresizlik, sosyal çekilme, aile ve arkadaşlık ilişkilerinde kopma, rol kaybı, kendine güven eksikliği, ölüm kaygısı gibi psikososyal problemler sık görülmektedir (Akdemir vd., 2011).

Kronik hastalık tanısı almak, bireyi çok büyük bir stresle karşı karşıya bırakabilir. Bunun yanı sıra tedavi süreci ve ilaçların etkisi, aile ve arkadaşlık ilişkilerinde bozulma, ilişkilerde rol değişiklikleri ve fiziksel görüntüde değişiklikler gibi birtakım faktörler hastalık tanısı almış bireyler için ekstra bir stres kaynağı olabilmektedir (Karadakovan ve Eti-Aslan, 2014, s.99-111). İnsanın fiziksel, psikolojik ve sosyal yönleriyle bir bütün olduğu göz önünde bulundurulduğunda, ortaya çıkan hastalık yalnızca tanı koyulan bireyi değil; beraberinde aile, arkadaş, çalışma, eğitim, toplum vb. birçok sistemi de etkiler (Okuyuz, 1995; Pak, 2017). Bu sebeple kronik hastalıklarda tıbbi tedavinin yanı sıra psikososyal desteğin önemi ortaya çıkmaktadır (Akdemir ve Birol, 2005, s.193-200).

Psikososyal destek kronik hastalık tedavilerinin ayrılmaz bir parçasıdır (Kocaman, 2005, s.50). Bu destek ve bakım sürecinin temelinde hastalığa uyumu kolaylaştırmak vardır. Bunun için hasta ve ailesi için baş etme stratejileri geliştirilmeye çalışılmaktadır (Yıldırım ve Gürkan, 2010, s.89).

Kronik hastalık tanısı alan bireyler; yaş, cinsiyet, sosyal çevre, yaşadığı yer, aile ilişkileri, eğitim seviyesi, hastalığın türü ve aşaması gibi çeşitli etmenler sebebiyle hastalığa uyum sağlamak için çaba göstermekte ya da hastalığı görmezden gelebilmektedir. Bireylerin gösterdiği bu tepkiler hastalığın ilerleyişi ve sosyal etkileri bakımından önemlidir (Charmaz, 1995, s.5).

Kronik hastalıklara psikososyal açıdan uyum sağlama, hastalık ve tedavi sürecindeki tüm faktörlerden etkilenmektedir. Ancak psikososyal uyumun olup olmaması da hastalığın seyri açısından çok önemlidir (Kleinman vd., 1978, s.146). Bireylerin hastalığa yeterli uyumu sağlayamaması, hastalığın olumsuz ilerlemesi yönünden bir risk teşkil etmektedir.

Kronik hastalık tanısı alan bireylerin yaşadığı fiziksel, sosyal ve psikolojik değişimler bireylerin kronik hastalığa uyumlarını güçleştirmektedir. Bu açıdan bakıldığında, bireylerin aile bağlarında ve aile içindeki rol ve sorumluluklarında, dış görünüşlerinde, iş ve sosyal yaşamlarında, yaşam kalitesinde, fiziksel işlevlerinde meydana gelen değişimler bireylerin hastalığa yönelik geliştireceği psikososyal uyuma engel olmaktadır (Tuncay, 2010, s.60).

Diğer yandan stres, bireylerin baş etme kapasitelerini zorlayarak psikososyal uyumlarını etkileyen birçok etmenin başında gelir. Bireylerin sosyo-demografik durumu, kişilik özellikleri, psikolojik dayanıklılığı, yaşam stili, kalımsal özellikleri gibi kişisel özellikleri hastalığa psikososyal uyumu etkileyen ikinci en önemli etmendir. Öte yandan cinsiyet, yaş, eğitim seviyesi, hastalığa yönelik tutum ve inançlar, baş etme stratejileri, bireyin içinde bulunduğu sosyal çevre ve sosyal destek sistemleri de bireylerin hastalığa uyumunu etkileyen faktörlerdendir (Adaylar, 1995, s.14-18).

Matson ve Brooks (1977), MS hastalarıyla yaptıkları görüşmelere dayanarak yetişkinlerin kronik hastalığına uyumu için bir model tanımlamışlardır. Model, Kubler-Ross'un Yasın Evreleri modeline dayanmaktadır. Matson-Brooks modelinde dört temel aşama vardır: Belirsizlik, inkâr, kabullenme ve uyum. Modele göre her evre, psikolojik açıdan bir önceki evreden daha sağlıklıdır (Matson ve Brooks, 1977, s.449).

*Belirsizlik:* Bu evrede hastalığa dair yeterli bilgi sahibi olmayan bireyler bir kaygı durumuyla yüzleşirler. Hasta kendisine ne olduğunun cevabını aramaktadır.

*İnkâr:* İnkâr evresi, bireyin hasta olduğuna inanmaması ile başlar. Şaşkınlık, öfke, inanmama gibi duygu ve durumlar ortaya çıkmakla beraber, bireyler “Neden ben?” sorusunun cevabını aramaktadır.

*Kabullenme:* Kabullenme evresinde bireyler mevcut yaşam şartlarını ve kalitelerini korumaya, hastalıktan kaynaklanan fiziksel ya da psikososyal değişiklikleri hayatlarına uygulamaya çalışacaklardır.

*Uyum:* Bu evrede bireyler artık hastalık durumuyla barışmış, yeni yaşama alışmak için çabalamaktadır. Yaşanan değişiklikler bireyin ve ailenin hayatına uygulanmış, yeni düzenlemeler yapılmıştır.

### **1.1.7. Kronik Hastalık Tanısı Alan Birey Yakınlarının Karşılaştıkları Psikososyal Sorunlar**

Kronik hastalıkların ortaya çıkardığı psikososyal sorunlar, teşhis konulan bireyi etkilediği kadar ailesini de etkilemektedir. Hastalıkların tanı, tedavi ve bakım süreçleri uzun ve zorlu olduğundan hasta yakınları bu süreçte fiziksel, duygusal ve sosyal açıdan çeşitli problemlerle karşı karşıya kalmaktadır (Şentürk vd. 2018, 35-37). Bu süreçte bireyler hem aile üyelerindeki hastalık durumuna uyum sağlamaya çalışmakta hem de ortaya çıkan psikososyal problemlerle baş etmek için çabalamaktadır (Newby, 1996, s. 786).

Hasta yakını olmak, özellikle bakım gerektiren durumlarda, bireyleri fiziksel açıdan zorlayabilmekte ve baş ağrısı, iştahsızlık, uyku düzeninde bozulmalar gibi fiziksel semptomlar yaşayabilmektedir (Given vd., 2012, s. 207).

Hasta yakınları bakım verme sürecinde duygusal olarak da çeşitli problemler ile karşı karşıya kalmaktadır. Kaygı, umutsuzluk, korku gibi duygular sonucunda depresyon ortaya çıkabilmekte, anksiyete ya da diğer psikolojik problemlere neden olabilmektedir (Terakye, 2011, s.80). Fallowfield (1995); depresyon, kaygı, rol değişimi vb. sorunların hasta yakınlarında hastalara kıyasla daha sık görüldüğünü ortaya koymuştur (Fallowfield, 1995, s.1731).

Bakım veren hasta yakınları aile içi rollerinde değişiklik, ekonomik kayıplar, yalnızlık, sosyal çevreden uzaklaşma gibi çeşitli sosyal problemlerle de karşı karşıya kalmaktadır (Atagün vd., 2011, s.517; Given, 2012, s.207). Bu problemler hasta yakınlarının yaşam kalitesini, psikolojik sağlıklarını, fiziksel ve duygusal durumlarını etkilemektedir. Bu sebeple kanser gibi kronik hastalıklarda bireylere psikososyal destek sağlarken, aile üyelerini de sürecin içine dahil etmek aile işlevlerinin sağlıklı bir şekilde devam ettirilmesi açısından önem arz etmektedir (Can ve Duyan, 2022, s.134-135).

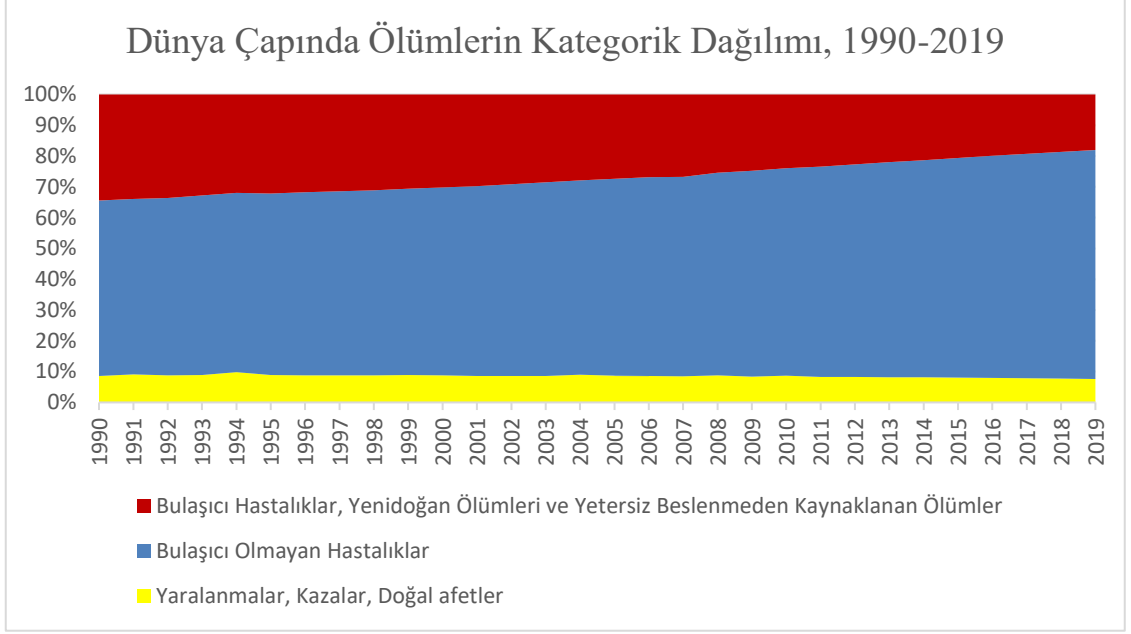
### **1.1.8. Dünya’da ve Türkiye’de Kronik Hastalıkların İstatistikleri**

Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ya da sınıfsal şartları farklı olsa da kronik hastalıklar tüm ülkelerdeki toplum nüfus içinde giderek artan bir orana sahiptir. Sağlık sistemlerinin gelişmesi, ortalama yaşam süresini ve bulaşıcı hastalıkların kontrolünü

olumlu yönde etkilemiş olsa da nüfusun yaşlanması, hareketliliğin azalması, beslenme stillerinin değişmesi gibi faktörler bulaşıcı olmayan hastalıkların yaygınlığını artırmıştır (Kumsar ve Yılmaz, 2014, s.63).

Dünya çapındaki ölümler arasında en yaygın ölüm sebebi ‘Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar’dır. Bunlara ‘Kronik Hastalıklar’ da denmektedir. Kronik hastalıklardan kaynaklı ölümler tüm ölümlerin yaklaşık %60’ını oluşturmaktadır. Kategorik açıdan bakıldığında ise; kardiyovasküler hastalıklar, kanser türleri, solunum yolu hastalıkları, kronik böbrek hastalıkları gibi bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar dünyada her sene yaklaşık 36 milyon insanın ölümüne sebep olmaktadır (WHO, 2013A).

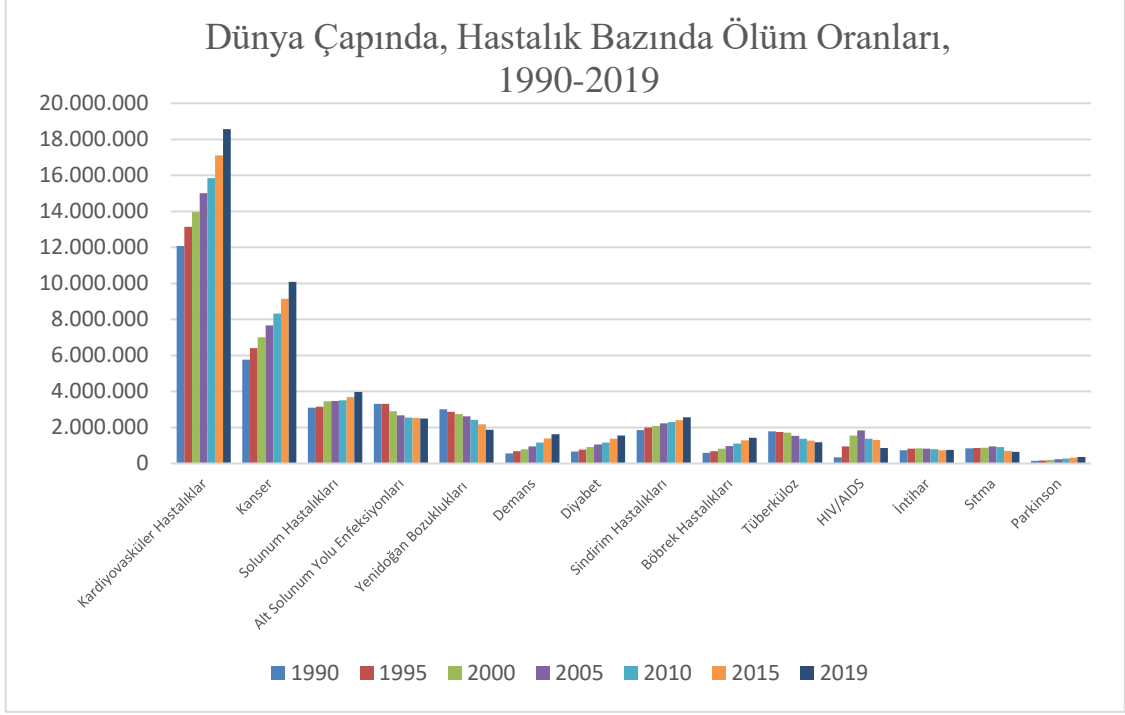
Ritchie ve Roser (2018) tarafından geliştirilen “Verilerle Dünyamız” isimli platform tablolar aracılığıyla ölüm sebeplerini gösteren interaktif bir platformdur. Bu platformdan birçok konuya yönelik grafik ve tablolar edinilebilir. Buradan elde edilen verilerle hazırlanmış olan Şekil 2, 1990-2019 yılları arasında yaşanmış ölümlerin kategorik dağılımını göstermektedir. Buna göre, “sarı” renk ile gösterilen alan trafik kazaları, cinayetler, boğulmalar, kazalar, doğal afetlerden kaynaklanan ölümler ve intiharları tanımlamaktadır. “Mavi” renk ile gösterilen alan, bulaşıcı olmayan kronik hastalıklardan kaynaklanan ölümleri temsil etmektedir. Bu gruba dahil olan hastalıklar; kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet gibi hastalıklardır ve bu hastalıklar tüm ölümler içerisinde en yüksek orana sahiptir. Ayrıca oranları giderek yükselmektedir. “Kırmızı” renk ile gösterilen alan ise, HIV/AIDS, sıtma, tüberküloz vb. hastalıklardan kaynaklı bulaşıcı ölümler ile yeni doğan bebek ölümleri ve beslenme eksikliğinden kaynaklanan ölümleri göstermektedir.



**Şekil 2:** Dünya çapında ölümlerin kategorik dağılımı, 1990-2019

**Kaynak:** Verilerle Dünyamız, 2020, Ölüm Sebepleri isimli istatistikten uyarlanmıştır.  
<https://ourworldindata.org/causes-of-death>

Şekil 3'te ise 1990-2019 yılları arasındaki ölümlerin sebepleri gösterilmiştir. Şekil 3 incelendiğinde; ölümlerin çoğunun kardiyovasküler hastalıklar (kardiyovasküler hastalıklar), kanser ve solunum yolu hastalıklarından kaynaklandığı görülmektedir (Ritchie ve Roser, 2018).



**Şekil 3:** Dünya çapında, hastalık bazında ölüm oranları, 1990-2019

**Kaynak:** Verilerle Dünyamız, 2020, Ölüm Sebepleri isimli istatistikten uyarlanmıştır.  
<https://ourworldindata.org/causes-of-death>

Ülkemizdeki durum da dünyada olduğundan farklı değildir. TÜİK tarafından 2019 yılında yayımlanan “Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri” adlı araştırmaya göre, aynı yıl gerçekleşen ölümlerin %68.1’i kronik hastalık tanımına uyan bulaşıcı olmayan hastalıklar sonucu gerçekleşmiştir. Ölüm nedenleri detaylı incelendiğinde ölümlerin %36.8’i dolaşım sistemi hastalıkları, %18.4’ü tümörler ve %12.9’u solunum sistemi hastalıkları sonucu gerçekleşmiştir.

Dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklanan ölümlerin alt ölüm nedenleri incelendiğinde, ölümlerin %39.1’inin iskemik kalp hastalığından, %22.2’sinin serebro vasküler hastalıklardan (beyin-damar hastalıkları), %25.7’sinin ise diğer kalp hastalıklarından kaynaklandığı görülmüştür. Öte yandan tümör yani kanser kaynaklı ölümlerin alt ölüm nedenleri incelendiğinde ölenlerin %30.2’sinin gırtlak ve soluk borusu/akciğer kanserinden, %7.9’unun lenfoid ve hematopoetik kanserinden ve %8.1’inin ise mide kanserinden kaynaklandığı görülmüştür (TÜİK, 2019).

## 1.2. Kronik Hastalıkları Önleme Çalışmaları

Ülkeler kronik hastalık prevalansının azaltılmasına yönelik bireysel ve küresel önlemler geliştirmektedir. Bu sebeple küresel boyutta atılan ilk adım, Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi'dir. Bu strateji 2000 yılında Dünya Sağlık Asamblesi'nde kabul edilmiştir ve önemli üç hedefi vardır (Dünya Sağlık Asamblesi, Dünya Sağlık Örgütü'nün 194 üye devleti tarafından yönetilen bir organdır. Dünyanın en yüksek sağlık politikası belirleyicisidir ve DSÖ'ye üye devletlerin sağlık bakanlarından oluşur). Bu hedefler:

- *Bulaşıcı olmayan hastalık epidemisinin ve nedenlerinin haritasının çıkarılması,*
- *Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, birincil önleme yaklaşımları vasıtasıyla temel risk faktörlerinin azaltılması,*
- *Bulaşıcı olmayan hastalıklardan mustarip insanlara yönelik sağlık bakımının güçlendirilmesidir.*

2000 yılında atılan bu ilk adımdan sonra ülkemiz, diğer ülkeler ve Dünya Sağlık Örgütü kronik hastalıklar konulu çeşitli eylem planları geliştirmişlerdir. DSÖ'nün bu konuda yayımladığı önemli çalışmalarından biri “*Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesine Ve Kontrolüne İlişkin Küresel Eylem Planı 2013-2020*”dir (WHO,2013A). Bu eylem planı doğrultusunda ülkemiz 2017 yılında “*Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025*” isimli planını hazırlamış ve hedeflerini belirlemiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017). Ülkemizin 2025 yılına kadar gerçekleştirmek istediği hedefleri şöyledir:

- *Kalp ve damar hastalıkları, kanser, diyabet veya solunum yolu hastalıklarına bağlı erken ölümlerin %25 azaltılması,*
- *Alkol kullanımının artışının önlenmesi,*
- *Fiziksel hareketsizliğin %10 azalması,*
- *Nüfusun tuz/sodyum tüketim oranında %30 görelî azalma,*
- *15 yaş üstü bireylerde tütün kullanma sıklığında %30 görelî azalma,*
- *Kan basıncı yüksekliği sıklığının %20 azaltılması,*
- *Diyabet ve obezite artışının durdurulması,*
- *Toplumun kalp ve damar hastalığı açısından (kalp krizi ve inme geçiren bireyler dahil) ilaç tedavisi ve danışmanlık hizmetleri almasında en az %50 iyileşme sağlanması.*

T.C. Sağlık Bakanlığı eylem planında bahsettiği bu hedefleri gerçekleştirmek için;

- Ulusal Tütün Programı (2015-2018)
- Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2014-2017)
- Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014-2017)
- Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı (2017-2021)
- Alkol Tüketimini Azaltmak İçin Aktiviteler
- Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2015-2020)
- Ulusal Kanser Programı (2013-2018)
- Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2014-2017)
- Türkiye Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2015-2020) gibi programlar hazırlamıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

### **1.3. Kronik Hastalıklarda Depresyon**

Depresyon, mutsuzluk hastalığı olarak tanımlanabilir. Depresyondaki bireyler geleceğe dair umutsuz, karamsar ve isteksizdirler. Depresyon sürecinde bireylerin günlük yaşam aktivitelerine duydukları istek azalır, iştah ve uyku problemleri yaşanır. İlerleyen depresyonda ölüm düşünceleri oluşabilmektedir (Mete, 2008).

Depresyonun aşağıda verilen belirtilerinden ilk ikisi temel kriteridir. Bir kişiye depresyon tanısı koyabilmek için bu iki kriterden en az birinin var olması, eşlik eden belirtilerden en az beşinin ise iki haftadan uzun bir süredir yaşanması gereklidir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

- *Mutsuzluk, hüziin, keder, ağlama,*
- *Zevk almama, ilgisizlik ve isteksizlik,*
- *Değersizlik duyguları, suçluluk düşünceleri, hastalığı kendisine bir ceza gibi algılama, başarısızlık ve çaresizlik düşünceleri,*
- *Tekrarlayıcı ölüm, intihar düşünceleri,*
- *Dikkatini toplayamama, kararsızlık, dalgınlık,*
- *Psiko-motor yavaşlama ya da ajitasyon,*



- *Uyku sorunları, uykuya dalmama, sık, erken, dinlenmemiş uyanma, fazla uyuma,*
- *İştah sorunları, iştahsızlık, kilo kaybı, aşırı yeme,*
- *Güçsüzlük, yorgunluk, bitkinlik, enerji kaybı.*

Depresyon tüm dünyada oldukça sık rastlanan bir hastalıktır. Dünya genelinde her beş kişiden birinde görülen depresyon, kadınlarda erkeklere kıyasla iki kat daha fazla görülmektedir. Aile öyküsünde depresyonun varlığı, kadın cinsiyeti, yalnızlık ve düşük ekonomik düzey depresyon riskini artırmaktadır (Mete, 2008, s.4).

Kronik hastalığa sahip olmak hastalar ve yakınları için depresyonu tetikleyici bir faktördür. Ancak, depresyon belirtilerinin hastalar tarafından tanınması kolay olmamaktadır. Çünkü kronik hastalığa bağlı belirtiler ile depresyon belirtileri örtüşmektedir. Bu sebeple depresyonun tanı ve tedavisi genellikle gözden kaçmaktadır (Hirschfeld vd., 1997). Diğer yandan hüznün, isteksizlik, mutsuzluk gibi depresyon belirtileri hastaya utanç verici gelebilmekte ya da hasta bu belirtileri ciddiye almayabilmektedir. Hastalar kimi zaman bu belirtilerin fiziksel etkilerini doktorlarıyla görüşmeler de altta yatan problemleri gizleyebilmektedir. Özellikle kronik hastalıkların varlığında depresyon belirtilerinin saptanabilmesi için; birey, ailesi, doktorlar ve ruh sağlığı profesyonellerinin iş birliği içinde olması çok önemlidir (Couper ve Harari, 2004).

Aşağıda belirtilen durumlar kronik hastalıkla birlikte kendini gösteren depresyonun tanınmasını engelleyebilmektedir (Mete, 2008):

- *Bedensel sorun gibi sunma,*
- *Hastalık belirtilerinden ayırt edememe,*
- *İlaç yan etkisinden ayırt edememe,*
- *Normalleştirme,*
- *Alkol, uyuşturucu kullanımı,*
- *Görmezden gelme.*

Kanser, kardiyovasküler hastalıklar, KOAH, kronik böbrek hastalığı, diyabet gibi kronik hastalıklar bireyleri fiziksel olarak etkilediği kadar, psikolojik, sosyal ve ekonomik olarak da etkilemektedir. Dolayısıyla bu tür kronik hastalıkların tanınmasını alan bireylerin depresyon ve diğer psikososyal problemlerle karşılaşma riski diğer hastalıklara sahip bireylere oranla daha yüksektir (Sertöz ve Mete, 2004).

Ruhsal sıkıntılarının yanı sıra depresyon döneminde fiziksel problemler de çoğalmaktadır. Depresyon ile birlikte mevcut kronik hastalıkların seyrinde kötüleşmeler görülebilmektedir. Öte yandan kronik hastalıklarda kullanılan ilaçlar, depresyonun ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir. Örneğin kalp-damar, diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıkların tedavisinde kullanılan bazı ilaçların depresyona neden olduğu bilinmektedir (Mete, 2008).

Hastaların tanı ve tedavi süresi boyunca ciddi işlevsel kayıplar yaşaması, hastalığın geç bir evrede olması, tedavi imkânlarının yetersizliği gibi sebepler; hastaları öz yeterliliklerini ve bağımsızlıklarını kaybetme riski ile karşı karşıya bırakmaktadır. Kişinin günlük yaşam gereksinimlerini tek başına karşılayamaması hem sosyal destek sistemlerine olan ihtiyacının artmasına hem de toplumdan çekilmesine yol açacağından bireyler depresyon ve kaygı bozukluğu gibi psikiyatrik problemlere açık duruma gelmektedir (Akdemir ve Birol, 2005; Karadakovan ve Eti Aslan, 2014).

Kalp-damar hastalıklarıyla birlikte sıklıkla depresyon ortaya çıkmaktadır. Aydemir ve diğerlerinin (2015) yaptığı çalışmaya göre kronik kalp hastalığına sahip bireylerde %68.8 oranında anksiyete, %81.3 oranında ise depresyonun ise varlığı belirtilmiştir. Aynı çalışmaya göre kadınlarda depresyon gözlenme sıklığı erkeklerden daha fazladır ve yaş ilerledikçe depresyon görülme sıklığı artmaktadır. Kalp hastalıklarındaki yüksek depresyon ve anksiyete oranlarının, hastalığın ölüm oranlarının ve erken ölümlerin fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. (Aydemir vd., 2015, s.201).

Kanser hastaları arasında en sık rastlanan psikiyatrik bozukluk ise depresyon ve uyum bozukluğudur. Hastada depresyon gözlenmişse hastanın tedaviye uyumu tamamen bozulabilir. Bu durum, hastanın hastanede yatılı bakım süresinin daha uzun olmasına, tedavinin maddi boyutunun artmasına ve hastalığın seyrinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Dülgerler ve Çam, 2016, s.15). Marrs (2006) çalışmasında yakın zamanda kanser tanısı almış hastalarda anksiyete görülme sıklığının %50 civarında, uzun süreli kanserden kurtulanlarda ise mevcut anksiyete oranının yaklaşık %30 olduğunu ifade etmiştir (Marrs, 2006, s.319). Diğer yandan gelecek korkusu, yetersizlik hissi, tedavinin ağırlı olması, kullanılan ilaçlar, üzüntü, gerginlik gibi sebepler kanser hastalarının anksiyete, deliryum, konfüzyon gibi diğer psikiyatrik problemleri yaşamalarına neden olmaktadır (Özkan, 1993, s.156).

Solunum yolu hastalıkları da sıklıkla depresyonu beraberinde getiren hastalıklardandır. Kömürçüoğlu ve diğerlerinin (2000) yaptığı çalışmada, KOAH'lı hastaların %29.6'sında depresyon geliştiği ve yatarak tedavi alan KOAH'lı hastalarda depresyon skorlarının ayakta tedavi alanlara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu belirtilmiştir (Kömürçüoğlu vd., 2000, s.33).

Korkmaz ve Tel (2000) yaptığı araştırmaya göre KOAH'lı hastaların %88.9'unda anksiyete, %85.7'sinde ise depresyon varlığı bulunmuş ve araştırma sonuçlarında anksiyete arttıkça depresyonun da arttığı belirtilmiştir (Korkmaz ve Tel, 2010, s.81). Aydemir ve diğerlerinin (2015) yaptığı çalışmaya göre ise kronik solunum yolu hastalıklarına sahip bireylerin %41'inde anksiyete, %70'inde ise depresyon varlığı tespit edilmiştir (Aydemir vd., 2015, s.201).

Kronik böbrek hastalıkları da beraberinde depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik problemler getirmektedir. Zengin ve diğerlerinin (2018, s.313) kronik böbrek yetmezliği hastalığı tanısı alan çocukların ebeveynleriyle yaptığı çalışmada ikinci aşamadaki hastalık evresindeki çocukların ebeveynlerinin anksiyete puanlarının diğer evrelerdeki çocukların ebeveynlerine kıyasla daha yüksek olduğu söylenmiştir.

Esen ve diğerleri ise (2015, s.272) SDBY teşhisi olan kadın hastaların, erkek hastalara kıyasla depresyona yakalanma açısından 2.66 kat daha riskli olduğunu ifade etmektedir.

#### **1.4. Kronik Hastalıklarda Aile İçi Rol Değişimi**

Ortalama yaşam süresinin uzaması ve iyileştirilmesiyle birlikte bireyler daha uzun süreler boyunca kronik hastalıklarıyla birlikte yaşamlarına devam etmektedir. Bu durum hem kronik hastalık tanısı alan bireyler hem de onların yakın çevresi için değiştirilmesi gereken birtakım durumlara yol açmaktadır. Ortaya çıkacak durumlar ve kronik hastalığın etkileri; hastaya, hastalığa, hastalığın gidişatına ve hastanın sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık gösterebilmektedir. Ancak kronik hastalıklar çoğunlukla birtakım hareket kısıtlılıkları, dış görünüş değişiklikleri, kolay yorulma, güçten düşme gibi problemler ortaya çıkaracağından kronik hastalık tanısı alındığı andan itibaren bireyler hayatları için yeni bir düzen oluşturmalıdır (Eryiğit-Günler, 2019).

Sosyal bir çevrede yaşayan insanın ev içinde, çalışma yaşamında ve sosyal hayatında sürdürmesi gereken belirli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Bu rol ve sorumluluklar kimi zaman kronik hastalık tanısı ile birlikte sekteye uğrayabilmekte ya da çeşitli değişikliklere maruz kalabilmektedir (Kelly ve Millward, 2004, s.12-13). Bir kronik hastalığın yalnızca tanı konulan bireyi değil, tüm ailesini derinden etkilediği göz önünde bulundurulduğunda bireyin değişen rol ve sorumlulukları da tüm ailesini yakından ilgilendirmektedir (Asbring, 2001, s.317). Diğer bir deyişle, kronik hastalığın türünden ziyade kronik bir hastalığa sahip olmanın, diğer aile üyelerinin yaşamları üzerinde ortak etkileri olacaktır (Golics vd., 2013, s.788).

Aile içindeki roller zamanla değişebildiğinden sağlıklı bir ailedeki roller esnek yapıda olmalıdır. Bir aile üyesinin ciddi bir şekilde hastalanması veya beklenmedik bir şekilde ölmesi gibi kriz zamanlarında bu rollerde değişiklikler yaşanabilmektedir. Bu durumlarda sağlıklı olan rollerdeki geçici veya kalıcı değişikliklere gereken uyumu sağlama yeteneğidir. Hastalık veya ölüm durumunda, bazen aile üyelerinin ekonomik hayata katılmak gibi ek roller üstlenmesi gerekebilmektedir (Peterson ve Green, 2009, s.3). Kronik hastalık tanısı konulan bireyin yakınlarından (eş, çocuk, kardeş vb.) hangisi iş yaşamına katılırsa katılsın aile içindeki rol ve sorumluluklar biraz daha değişecek; evin içindeki yemek, temizlik, hastanın bakımı gibi günlük işler evde kalan diğer aile üyelerine yeni roller ve sorumluluklar olarak eklenecektir.

Öte yandan kronik hastalık tanısı konulan bireyin, hastalığın fiziksel etkileri sebebiyle iş hayatından uzaklaşması kendisini suçlayıp, yetersizlik ve eksiklik duygularına kapılmasına neden olabilmektedir (Asbring, 2001, s.316). Bu gibi duygular nedeniyle kendini sosyal açıdan yalnız bırakan birey depresyon ve anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik problemlere açık hale gelmektedir.

Her ne şekilde değişirse değişsin aile üyelerinin tamamı yeni düzene, rollere ve sorumluluklara uyum sağlamak için çabalamalıdır. Aile içindeki dengenin korunması aile işlevlerinin sağlıklı şekilde devam etmesi açısından gerekli bir durumdur (Eryiğit-Günler, 2019).

Bireylerin toplumsal rollerini hangi ölçüde benimsediği onların hastalık tanısı aldığındaki duygu, düşünce ve tepkilerini de etkileyen bir faktördür. Örneğin, güçlü görünümlü, duygularını belli etmeyen bireyler hastalıklarıyla ilgili duygu ve düşüncelerini yakın çevrelerine bile anlatmayacağından hastalığa ilişkin korku, üzüntü,

keder gibi duygusal tepkileri de içinde yaşayacak ve bunun sonucunda bir depresyonla karşılaşması muhtemel olacaktır. Benzer şekilde hayatları boyunca neşeli, eğlenceli, dışa dönük şekilde yaşamış bireyler de “mutlu-sorunsuz” rolünü benimseyecek ve tüm hissettiklerini geri plana atıp mevcut rollerini ve sorumluluklarını devam ettirmeye çalışacaktır (Erözenci, 2013, s.34).

Tüm bu durumlarla baş edebilmek bireylerin sağlıklı psikososyal destek alabilmeleriyle yakından ilişkilidir. Sosyal hizmet müdahalelerinden etkili bir şekilde yararlanmak ailelerin hayatlarında meydana gelen değişimlere uyumlarını kolaylaştıracaktır (Aykara ve Akçay, 2010, s.59).

## 2. VERİLERİN ANALİZİ VE BULGULAR

Çalışmanın bu kısmında; kronik hastalığa sahip bireyler ve aile üyelerinde depresyon varlığını tespit etmek ve varsa aile içindeki rol ve sorumluluklardaki değişimi saptamak amacıyla gerçekleştirilen anket çalışması sonucunda toplanan verilerden elde edilen bulgular ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmiştir.

### 2.1. Verilerin Analizi ve Bulgular

Çalışma verileri IBM SPSS Statistics 24.0 programına aktararak analiz edilmiştir. Araştırmada iki örneklem grubu kullanıldığından, ölçme aracı olarak kullanılan Kronik Hastalığa Uyumu Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutlarına, Beck Depresyon Envanteri'ne ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği'ne her örneklem grubu için ayrı ayrı güvenilirlik analizi uygulanmıştır. Ölçeklerin ve alt boyutlarının güvenilir çıkmasının ardından kullanılacak testlerin parametrik olup olmayacağına karar verebilmek amacıyla normallik analizleri yapılmıştır. Verilerinin normal dağılıp dağılmadığına basıklık ve çarpıklık değerleri incelenerek karar verilmiştir. Ölçeklerin basıklık ve çarpıklık değerleri -1.5 ile +1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013, s. 79-80) arasında bulunduğundan verilerin normal dağıldığına karar verilmiş ve bu sebeple verilere parametrik testler uygulanmıştır. Araştırmada iki bağımsız grup arasında puan ortalamalarına göre farklılık olup olmadığı Bağımsız Örneklem T Testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında farklılık olup olmadığı Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. Gruplar arasındaki farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığına ise Scheffe Testi ve LSD Testi ile bakılmıştır. Scheffe Testi, I. Tip hatayı kontrol altına alabilen, gruplardaki kişi sayısının eşitliği dikkate alınmadan uygulanabilecek bir Post-Hoc testi olduğu için tercih edilmiştir (Lorcu, 2020, s.122).

#### 2.1.1. Normallik Analizi

Bu bölümde araştırmanın hipotezlerini test etmek amacı ile kullanılması planlanan parametrik ya da parametrik olmayan testlerin gerçekleştirilip gerçekleştirilmeyeceğine karar vermek amacıyla uygulanan normallik incelemelerine yer verilmiştir. Bu kapsamda araştırmanın hipotez testlerinde kullanılacak ölçeklerin çarpıklık ile basıklık değerleri, Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk değerlerine

bakılmıştır (Tablo 3, Tablo 4). Yapılan analizlerin sonucunda Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk değerleri büyük oranda anlamlı ( $p < 0.05$ ) çıktığından basıklık ve çarpıklık değerleri dikkate alınmıştır. Elde edilen basıklık ve çarpıklık bulgularında, değerlerin  $\pm 1.5$  arasında olması parametrik testlerin hipotez testlerinde kullanılacağına (Tabachnick ve Fidell, 2013, s.79-80), bu değerlerin dışındaki değerlerin ise parametrik olmayan testlerin kullanılacağına işaret etmektedir.

**Tablo 3:** Kronik hastalık tanısı alan bireyler için ölçüm araçlarının normallik değerleri

Ölçekler	Min	Max	Basıklık	Çarpıklık	Kolmogorov-Smirnov Sig.	Shapiro-Wilk Sig.
<b>Kronik Hastalığa Uyumu Değerlendirme Ölçeği</b>	1.52	2.93	-0.299	-0.233	0.049**	0.025**
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	0.00	2.19	-0.307	0.330	0.027**	0.001**
<b>Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği</b>	1.00	5.00	0.485	-0.231	0.000**	0.003**

\* $p > 0.05$ ; \*\* $p < 0.05$

**Tablo 4:** Kronik hastalık tanısı alan birey yakınları için ölçüm araçlarının normallik değerleri

Ölçekler	Min	Max	Basıklık	Çarpıklık	Kolmogorov-Smirnov Sig.	Shapiro-Wilk Sig.
<b>Kronik Hastalığa Uyumu Değerlendirme Ölçeği</b>	1.48	2.96	-0.400	-0.200	0.200*	0.100*
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	0.00	2.76	1.493	0.845	0.016**	0.000**
<b>Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği</b>	1.00	5.00	-0.081	-0.119	0.000**	0.009**

\* $p > 0.05$ ; \*\* $p < 0.05$

### 2.1.2. Güvenirlilik Analizi

Bir araştırmada katılımcıların ölçüm aracına verdikleri yanıtlar güvenilirlik olarak tanımlanmaktadır. Bir başka deyişle, ölçüm aracının ilgili konuyu ne kadar doğru ölçtüğünü belirler. Oluşturulan ölçüm aracının güvenirliliği çeşitli şekillerde ölçülebilir.

Cronbach Alfa Güvenirliği bu yöntemlerden birisidir (Büyüköztürk, 2016, s.182) ve bu araştırmada ölçüm araçlarının güvenirliliğini test etmek için kullanılmıştır.

Bu yöntemle göre bir ölçüm aracının güvenirliliği alfa ( $\alpha$ ) katsayısına bağlı olarak değişmektedir. Buna göre ölçüm aracının alfa ( $\alpha$ ) katsayısı;

$0.00 \leq \alpha \leq 0.40$  ise güvenilir bir ölçek değil,

$0.40 \leq \alpha \leq 0.60$  ise güvenirliliği düşük bir ölçek,

$0.60 \leq \alpha \leq 0.80$  ise orta derecede güvenilir bir ölçek,

$0.80 \leq \alpha \leq 1.00$  ise yüksek derecede güvenirliliği olan bir ölçektir (Kılıç, 2016, s.48).

Araştırmada iki örneklem grubuna yönelik olarak ölçüm aracı olarak kullanılan Kronik Hastalığa Uyumu Değerlendirme Ölçeği ve alt boyutları, Beck Depresyon Envanteri ve Kısa Psikolojik Sağamlık Ölçeği'ne uygulanan güvenilirlik analizi ve Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları Tablo 5 ve Tablo 6'da gösterilmiştir.

**Tablo 5:** Kronik hastalık tanısı alan bireyler için ölçüm araçlarının güvenirlilik analizi

	<b>Madde Sayısı</b>	<b>Cronbach Alfa (<math>\alpha</math>)</b>	<b>Güvenirlilik Düzeyi</b>
<b>Kronik Hastalığa Uyumu Değerlendirme Ölçeği</b>	28	0.827	Yüksek Derece Güvenilir
<i>Alt Boyutları</i>			
Fizyolojik Alt Boyut	4	0.657	Orta Derecede Güvenilir
Psikolojik Alt Boyut	16	0.727	Orta Derecede Güvenilir
Sosyal Alt Boyut	5	0.644	Orta Derecede Güvenilir
Manevi Alt Boyut	3	0.899	Yüksek Derece Güvenilir
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	21	0.851	Yüksek Derece Güvenilir
<b>Kısa Psikolojik Sağamlık Ölçeği</b>	6	0.787	Orta Derecede Güvenilir

Kronik hastalığı olan bireylerden toplanan veriler için yapılan Cronbach Alfa Güvenirlilik Analizi sonuçlarında ölçüm aracı olarak kullanılan 28 maddeden oluşan Kronik Hastalığa Uyumu Değerlendirme Ölçeği'nin yüksek derecede güvenilir ( $\alpha=0.827$ ); fizyolojik ( $\alpha=0.657$ ), psikolojik ( $\alpha=0.727$ ) ve sosyal ( $\alpha=0.644$ ) alt boyutlarının orta derecede güvenilir, manevi ( $\alpha=0.899$ ) alt boyutunun ise yüksek



derecede güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Benzer şekilde 21 maddeden oluşan Beck Depresyon Envanteri'nin yüksek derecede güvenilir ( $\alpha=0.851$ ) ve 6 maddeden oluşan Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği'nin ise orta derecede güvenilir ( $\alpha=0.787$ ) bir ölçüm aracı olduğu ortaya çıkmıştır (Tablo 5).

Hasta Yakınları İçin Ölçüm Araçlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Analizi Sonuçlarına göre Kronik Hastalığa Uyumu Değerlendirme Ölçeği'nin yüksek derecede güvenilir ( $\alpha=0.866$ ), fizyolojik ( $\alpha=0.659$ ) ve sosyal ( $\alpha=0.609$ ) alt boyutlarının orta derecede güvenilir, psikolojik ( $\alpha=0.841$ ) ve manevi ( $\alpha=0.899$ ) alt boyutunun ise yüksek derecede güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır. 21 maddeden oluşan Beck Depresyon Envanteri'nin yüksek derecede güvenilir ( $\alpha=0.900$ ) ve 6 maddeden oluşan Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği'nin yüksek derecede güvenilir ( $\alpha=0.877$ ) bir ölçüm aracı olduğu ortaya çıkmıştır (Tablo 6).

**Tablo 6:** Kronik hastalık tanısı alan birey yakınları için ölçüm araçlarının güvenilirlik analizi

	<b>Madde Sayısı</b>	<b>Cronbach Alfa (<math>\alpha</math>)</b>	<b>Güvenilirlik Düzeyi</b>
<b>Kronik Hastalığa Uyumu Değerlendirme Ölçeği</b>	28	0.866	Yüksek Derece Güvenilir
<i>Alt Boyutları</i>			
Fizyolojik Alt Boyut	4	0.659	Orta Derecede Güvenilir
Psikolojik Alt Boyut	16	0.841	Yüksek Derece Güvenilir
Sosyal Alt Boyut	5	0.609	Orta Derecede Güvenilir
Manevi Alt Boyut	3	0.914	Yüksek Derece Güvenilir
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	21	0.900	Yüksek Derece Güvenilir
<b>Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği</b>	6	0.877	Yüksek Derece Güvenilir

### 2.1.3. Demografik Özellikler

Araştırmaya katılan katılımcıların (n=426) dağılımı ve demografik özellikleri aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir. Buna göre araştırmaya katılan 426 katılımcının 208'i hasta (%48.8), 218'i ise hasta yakını (%51.2)'dir (Tablo 7).

**Tablo 7:** Araştırmaya katılan katılımcıların dağılımı

<b>Katılımcılar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Kronik Hastalık Tanısı Alan Birey</b>	208	48.8
<b>Kronik Hastalık Tanısı Alan Birey Yakını</b>	218	51.2

Araştırmaya katılan kronik hastalık tanısı alan bireylerin demografik özellikleri incelendiğinde; katılımcıların %54.3'ü kadın, %45.7'si erkek; kronik hastalık tanısı alan bireylerin yaş ortalaması 41.19 ( $\pm$ SS: 12.78) olup, "34 – 49" yaş aralığında olanların oranı (%44.7) yüksektir. Kronik hastalığı olan bireylerin %53.8'i evli, %46.2'si ise bekârdır. Katılımcıların %64.4'ü yükseköğretim düzeyinde, %20.7'si ortaöğretim düzeyinde ve %14.9'u ise ilköğretim ve altı düzeyinde eğitim seviyesine sahiptir. Katılımcıların %38.5'i çalışmazken, %36.1'i tam zamanlı, %4.3'ü yarı zamanlı, %4.8'i evden çalışmaktayken, %16.3'ü ise emeklidir. Kronik hastalık tanısı alan (n=208) katılımcıların %38.9'una kanser, %30.8'ine kardiyovasküler hastalıklar, %20.7'sine kronik böbrek hastalıkları, %9.6'sına ise solunum yolu hastalıkları teşhisi konulduğu belirlenmiştir. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu (%83.2) hayatını bir başkasının desteği olmadan idame ettirebilecek durumdayken, %14.4'ü hayatını idame ettirmek için kısmen başkasına ihtiyaç duymakta, %2.4'ü ise tamamen başkasına ihtiyaç duymaktadır. Katılımcılara hastalık süreci boyunca ilk elden bakım verenin (%30.8) eşleri olduğu belirlenmiş olup, %25'i ise tek başlarına bakımlarını sağlamıştır. Buna ilaveten katılımcılara %28.8'ne ebeveynleri, %8.2'sine kardeşleri, %7.2'sine ise çocukları bakım vermektedir (Tablo 8).

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının demografik özelliklerine incelendiğinde; hasta yakınlarının %57.3'ü kadın, %42.7'si erkektir. Hasta yakınlarının yaş ortalaması 56.65 ( $\pm$ SS: 14.23) olup, yarısından fazlası (%65.1) "18 – 33 yaş" aralığındadır. Hasta yakınlarının %63.8'inin bekâr, %36.2'sinin ise evli olduğu görülmüştür. Hasta yakınlarının büyük bir kısmı (%79.4) yükseköğretim düzeyinde, %14.7'si ortaöğretim düzeyinde ve %6'sı ilköğretim ve altı düzeyinde eğitim seviyesine sahiptir. Hasta yakınları arasında çalışmadığını (%42.2) belirtenlerin oranı yüksek olup, bunu sırasıyla tam zamanlı bir işte (%41.7), evden çalıştığını (%7.8) ve yarı zamanlı (%5.5) çalıştığını ifade edenler izlemektedir. Buna karşılık %2.6'sı ise emeklidir. Katılımcıların bakmakla yükümlü olduğu yakınlarının sahip olduğu kronik hastalıklar incelendiğinde %61.5'inin

kansere, %24.3'ünün kardiyovasküler hastalıklara, %7.3'ünün kronik böbrek hastalıklarına, %6.9'unun ise solunum yolu hastalıklarına sahip olduğu gözlenmiştir. Hasta yakınlarının bakmakla yükümlü olduğu bireylerden %54.1'i hayatını tek başına idame ettirebilecek durumdayken, %36.2'si hayatını idame ettirmek için bir başkasının desteğine ihtiyaç duyduğu, hasta yakınlarının %9.6'sı ise bakmakla yükümlü oldukları kronik hastalığa sahip bireylerin başkalarının desteği olmaksızın hayatlarını idame ettirebilecek durumda olmadığını ifade etmiştir. Hasta yakınlarının bakmakla yükümlü olduğu bireylere hastalık süreci boyunca ilk elden bakım verenleri %48.6 ile hastaların çocukları, %31.7 ile hastaların eşleri, %5.5 ile hastaların kardeşleri, %5 ile hastaların ebeveynleri oldukları, hasta yakınlarının %9.1'i ise bakmakla yükümlü oldukları kronik hastalık tanısı alan bireylerin kimseden bakım desteği almadığını belirtmiştir (Tablo 8).

**Tablo 8:** Katılımcıların demografik özellikleri

Katılımcıların Demografik Özellikleri		Kronik Hastalığı Tanısı Alan Birey		Kronik Hastalık Tanısı Alan Birey Yakını	
		N	%	N	%
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	131	54.3	125	57.3
	Erkek	95	45.7	93	42.7
<b>Yaş</b> Ort: 41.19 ±SS: 12.78	18-33	66	31.7	142	65.1
	34-49	93	44.7	62	28.4
	50+	49	23.6	14	6.4
<b>Medeni Durum</b>	Evli	112	53.8	79	36.2
	Bekar	96	46.2	139	63.8
<b>Eğitim Durumu</b>	İlköğretim ve altı	31	14.9	13	6.0
	Ortaöğretim (Lise ve dengi)	43	20.7	32	14.7
	Yükseköğretim	134	64.4	173	79.4
<b>Çalışma Durumu</b>	Tam Zamanlı Çalışıyor	75	36.1	91	41.7
	Yarı Zamanlı Çalışıyor	9	4.3	12	5.5
	Evden Çalışıyor	10	4.8	17	7.8
	Çalışmıyor	80	38.5	92	42.2
	Emekli	34	16.3	6	2.6
<b>Gelir</b>	5000 TL ve daha az	147	70.7	152	69.7
	5001 TL ve daha çok	61	29.3	66	30.3
<b>Hastalık</b>	Kardiyovasküler Hastalıklar	64	30.8	53	24.3
	Kanser	81	38.9	134	61.5
	Solunum Yolu Hastalıkları	20	9.6	15	6.9
	Kronik Böbrek Hastalıkları	43	20.7	16	7.3
<b>Tek Başına Hayatı İdame Ettirme</b>	Tam Bağımlı	5	2.4	21	9.6
	Kısmen Bağımlı	30	14.4	79	36.2
	Tam Bağımsız	173	83.2	118	54.1
<b>Bakım Veren</b>	Eşi	64	30.8	69	31.7

Çocuğu	15	7.2	106	48.6
Kardeşi	17	8.2	12	5.5
Ebeveyni	60	28.8	11	5.0
Tek Başına	52	25.0	20	9.1

#### 2.1.4. Kronik Hastalık Tanısı Almış Bireylerin Kronik Hastalık Uyum Düzeyleri ve Demografik Değişkenler ile İlişkisi

Kronik hastalığı olan katılımcıların hastalığa uyumlarını belirlemek amacıyla kullanılan Kronik Hastalığa Uyumu Değerlendirme Ölçeği'ne ait 28 ifadenin puan ortalaması, standart sapması, frekans ve yüzdeler dağılımları Tablo 9'da gösterilmiştir. Tablo 9'a göre kronik hastalığa uyuma ilişkin her ifadenin ortalama puanları ve standart sapmaları ayrı ayrı hesaplanmıştır. Bu hesaplamalardan elde edilen sonuçlara göre; kronik hastalığa uyumu değerlendiren unsurlar arasında Madde 2 "*Hastalığımın tedavisi için verilen ilaçlarımı düzenli kullanıyorum.*" ifadesinin en yüksek ( $\bar{X} = 2.86$ ;  $S = 0.35$ ), Madde 22 "*Hastalığımdan sonra eşimin/çocuklarımdan/ebeveynlerimin bana karşı ilgisi azaldı.*" ifadesinin ( $\bar{X} = 1.35$ ;  $S = 0.56$ ) ise en düşük puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 9).

**Tablo 9:** Kronik hastalık teşhisi konmuş katılımcıların kronik hastalığa uyumu değerlendirme ölçeğinden aldığı puanlar

MADDELER	$\bar{X}$	S	Her Zaman		Bazen		Hiçbir Zaman	
			N	%	N	%	N	%
<b>Madde 1.</b>	2.62	0.56	140	67.3	59	28.4	9	4.3
<b>Madde 2.</b>	2.86	0.35	181	87.0	26	12.5	1	0.5
<b>Madde 3.</b>	2.34	0.60	86	41.3	108	51.9	14	6.7
<b>Madde 4.</b>	2.76	0.46	164	78.8	40	19.2	4	1.9
<b>Madde 5.</b>	2.08	0.60	48	23.1	130	62.5	30	14.4
<b>Madde 6.</b>	1.95	0.71	48	23.1	103	49.5	57	27.4
<b>Madde 7.</b>	2.46	0.69	120	57.7	64	30.8	24	11.5
<b>Madde 8.</b>	2.42	0.70	115	55.3	67	32.2	26	12.5
<b>Madde 9.</b>	2.33	0.71	100	48.1	78	37.5	30	14.4
<b>Madde 10.</b>	2.46	0.63	113	54.3	79	38.0	16	7.7
<b>Madde 11.</b>	2.74	0.55	166	79.8	30	14.4	12	5.8
<b>Madde 12.</b>	1.82	0.64	28	13.5	116	55.8	64	30.8

<b>Madde 13.</b>	2.48	0.67	121	58.2	66	31.7	21	10.1
<b>Madde 14.</b>	1.79	0.73	29	18.8	87	41.8	82	39.4
<b>Madde 15.</b>	1.68	0.64	21	10.1	100	48.1	87	41.8
<b>Madde 16.</b>	2.41	0.68	110	52.9	75	36.1	23	11.1
<b>Madde 17.</b>	1.90	0.78	55	26.4	79	38.0	74	35.6
<b>Madde 18.</b>	1.87	0.75	48	23.1	87	41.8	73	35.1
<b>Madde 19.</b>	1.90	0.70	43	20.7	102	49.0	63	30.3
<b>Madde 20.</b>	2.46	0.72	126	60.6	53	25.5	29	13.9
<b>Madde 21.</b>	2.38	0.68	104	50.0	80	38.5	24	11.5
<b>Madde 22.</b>	1.35	0.56	9	4.3	56	26.9	143	68.8
<b>Madde 23.</b>	2.69	0.59	158	76,0	36	17.3	14	6.7
<b>Madde 24.</b>	1.60	0.73	31	14.9	64	30.8	113	54.3
<b>Madde 25.</b>	2.47	0.67	119	57.2	68	32.7	21	10.1
<b>Madde 26.</b>	2.51	0.70	133	63.9	50	24.0	25	12.0
<b>Madde 27.</b>	2.46	0.75	129	62.0	46	22.1	33	15.9
<b>Madde 28.</b>	2.38	0.77	117	56.3	54	26.0	37	17.8

Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığa uyum düzeylerinin oldukça yüksek olduğu bulunmuştur. Kronik Hastalığa Uyumu Değerlendirme Ölçeği'nden alınabilecek minimum puan 28, maksimum puan 84'tür ve ölçekten alınan puanlar arttıkça hastalığa uyum artmaktadır. Dolayısıyla araştırmaya katılan bireylerin ölçekten aldığı puanların, 42 – 81 arasında olması ( $\bar{X} = 66.38$ ;  $S=7.83$ ) katılımcılarımızın hastalığa orta-iyi derecede uyum sağladığını göstermektedir (Tablo 10).

**Tablo 10:** Kronik hastalık tanısı alan bireylerin hastalığa uyum düzeyleri

	$\bar{X}$	S	Min.	Maks.
<b>Kronik Hastalığı Değerlendirme Ölçeği</b>	66.38	7.83	42.00	81.00
<b>Fizyolojik Alt Boyut</b>	10.61	1.42	5.00	12.00
<b>Psikolojik Alt Boyut</b>	35.82	5.69	20.00	48.00
<b>Sosyal Alt Boyut</b>	12.58	2.09	6.00	15.00
<b>Manevi Alt Boyut</b>	7.36	2.03	3.00	9.00

Kronik hastalığı olan bireylerin kronik hastalığa uyumları ile cinsiyetleri ( $t=0.745$ ;  $sd=206$ ;  $p>0.05$ ) ve medeni durumları ( $t=0.584$ ;  $sd=206$ ;  $p>0.05$ ) arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 11).

Öte yandan, kronik hastalık tanısı alan bireylerin hastalığa uyumları ile gelirleri arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $t=3.038$ ;  $sd=206$ ;  $p<0.05$ ). Buna göre, gelir seviyeleri 5001 TL ve daha çok olan bireyler ( $\bar{X}=68.90$ ;  $S=7.43$ ), 5000 TL ve daha az ( $\bar{X}=65.35$ ;  $S=7.78$ ) olan bireylere göre kronik hastalığa daha iyi uyum sağlamıştır (Tablo 11).

**Tablo 11:** Kronik hastalık tanısı alan bireylerin kronik hastalığa uyum düzeyleri ve demografik değişkenlere göre t-testi sonuçları

Demografik Değişkenler	N	$\bar{X}$	S	t	sd	p
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	113	66.76	8.10	0.745	206	0.457*
Erkek	95	65.94	7.51			
<b>Medeni Durum</b>						
Evli	112	66.68	7.16	0.584	206	0.560*
Bekar	96	66.04	8.56			
<b>Gelir Seviyesi</b>						
5000 TL ve daha az	147	65.34	7.78	3.038	206	<b>0.003**</b>
5001 TL ve daha çok	61	68.90	7.43			

\* $p>0.05$ ; \*\* $p<0.05$

Araştırmaya katılan kronik hastalık tanısı alan bireylerin Kronik Hastalığa Uyumu Değerlendirme puanları ile yaş grupları ( $F=0.402$ ;  $sd=2$ ;  $p>0.05$ ) arasındaki farkın anlamsız olduğu belirlenmiştir (Tablo 12).

Katılımcıların Kronik Hastalığa Uyumu Değerlendirme puanları ile eğitim seviyeleri ( $F=9.139$ ;  $sd=2$ ;  $p<0.05$ ) arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Eğitim durumuna göre anlamlı farkın hangi gruplar arasında olduğunu saptamak amacıyla yapılan Scheffe testinin sonuçlarına göre; yükseköğretim mezunu olan hastaların ( $\bar{X}=67.88$ ;  $S=7.54$ ) ilköğretim ve daha az eğitim seviyesine sahip hastalara ( $\bar{X}=61.74$ ;  $S=6.57$ ) oranla hastalığa uyumları daha yüksektir (Tablo 12).

İlişkisiz örneklemeler için tek faktörlü varyans analizi sonuçlarına göre; katılımcıların hastalığa uyumları ile hastalık türleri ( $F=3.220$ ;  $sd=204$ ;  $p<0.05$ ) arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Anlamlı farkın hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla yapılan LSD göre, kanser hastalarının ( $\bar{X} = 67.80$ ;  $S=8.18$ ) hastalığa uyumu solunum yolu ( $\bar{X} = 63.25$ ;  $S=9.14$ ) ve kronik böbrek ( $\bar{X} = 64.27$ ;  $S=5.43$ ) hastalarına kıyasla daha yüksektir (Tablo 12).

**Tablo 12:** Kronik hastalık tanısı alan bireylerin kronik hastalığa uyum düzeyleri ve demografik değişkenler göre anova testi sonuçları

DEĞİŞKENLER	N	%	$\bar{X}$	S	F	sd	p	ANLAMLI FARK
<b>Yaş (N=208)</b>								
1.18-33	66	31.7	66.68	8.69	0.402	2	0.670*	Anlamlı Fark Yok
2.34-49	93	44.7	66.64	7.46				
3. 50+	49	23.6	66.38	7.37				
<b>Eğitim (N=208)</b>								
1.İlköğretim ve altı	31	14.9	61.74	6.57	9.139	2	0.000**	1-3
2.Ortaöğretim (Lise ve dengi)	43	20.7	65.09	8.14				
3.Yükseköğretim	134	64.4	67.88	7.54				
<b>Kronik Hastalık Türü (N=208)</b>								
1.Kardiyovasküler Hastalıklar	64	30.8	67.00	7.91	3.220	3	0.024**	2-3; 2-4
2.Kanser	81	38.9	67.80	8.18				
3.Solunum Yolu Hastalıkları	20	9.6	63.25	9.14				
4.Kronik Böbrek Hastalıkları	43	20.7	64.27	5.43				

\* $p>0.05$ ; \*\* $p<0.05$

### 2.1.5. Kronik Hastalık Tanısı Almış Bireyler ve Yakınlarının Depresyon Düzeyleri ve Demografik Değişkenler ile Arasındaki İlişki

Kronik hastalığı olan katılımcıların Beck Depresyon Envanteri'ne ait 21 ifadenin puan ortalaması, standart sapması, frekans ve yüzdelik dağılımları Tablo 13'te gösterilmiştir. Bu hesaplamalardan elde edilen sonuçlara göre; kronik hastalık tanısı alan

katılımcılar için depresyon unsurları arasında ‘*cinselliğe*’ ait ifadelerin en yüksek ( $\bar{X} = 1.20$ ;  $S = 1.12$ ) puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur. Diğer bir ifadeyle katılımcılar arasında en yüksek puanı alan kategori cinsellik olmuştur. Kronik hastalık teşhisinin konmasından sonra katılımcılar cinselliğe daha az yönelmektedir. Öte yandan en düşük ( $\bar{X} = 0.16$ ;  $S = 0.45$ ) puan ortalamasına sahip kategori ‘*intihar*’ olmuştur. Diğer bir deyişle kronik hastalık tanısı alan katılımcılarımızın intihar düşüncesi bulunmamaktadır (Tablo 13).



**Tablo 13:** Kronik hastalık tanısı alan bireylerin beck depresyon ölçeğinden aldığı puanlar

MADDELER	$\bar{X}$	S	0 Puan		1 Puan		2 Puan		3 Puan	
			N	%	N	%	N	%	N	%
Üzüntü	0.66	0.72	98	47.10	85	4.90	22	10.60	3	1.40
Karamsarlık	0.78	1.05	119	57.20	39	18.80	26	12.50	24	11.50
Başarısızlık	0.31	0.60	155	74.50	42	20.20	9	4.30	2	1.00
Zevk alma	0.88	0.80	70	33.70	102	49.00	26	12.50	10	4.80
Suçluluk	0.52	0.66	117	56.30	75	36.10	14	6.70	2	1.00
Cezalandırılma	0.38	0.86	163	78.40	27	13.00	1	0.50	17	8.20
Kendinden memnun olma	0.67	0.83	112	53.80	58	27.90	32	15.40	6	2.90
Hata yapma	0.55	0.95	140	67.30	43	20.70	3	1.40	22	10.60
İntihar	0.16	0.45	179	86.10	24	11.50	4	1.90	1	0.50
Ağlama	1.00	0.95	68	32.70	99	47.60	14	6.70	27	13.00
Sinirlilik	0.97	0.99	77	37.00	86	41.30	18	8.70	27	13.00
Başkalarına olan ilgi	0.87	0.88	84	40.40	80	38.50	31	14.90	13	6.30
Karar verme	0.62	0.70	104	50.00	81	38.90	21	10.10	2	1.00
Kendinde değişiklik	0.77	0.82	92	44.20	78	37.50	31	14.90	7	3.40
Çalışma	1.03	0.83	55	26.40	104	50.00	36	17.30	13	6.30
Uyku	1.00	0.97	75	36.10	79	38.00	31	14.90	23	11.10
Yorgunluk	1.13	0.77	36	17.30	122	58.70	36	17.30	14	6.70
İştah	0.39	0.70	148	71.20	42	20.20	14	6.70	4	1.90
Kilo verme	0.52	0.95	148	71.20	28	13.50	14	6.70	18	8.70
Sağlığa ilişkin kaygı	1.00	0.93	77	37.00	65	31.30	53	25.50	13	6.30
Cinsellik	1.20	1.12	74	35.60	58	27.90	36	17.30	40	19.20

Hasta yakınlarının Beck Depresyon Envanteri'ne verdikleri yanıtların puan ortalaması, standart sapması, frekans ve yüzdeler dağılımları Tablo 14'te gösterilmektedir. Hasta yakınlarında depresyon unsurları arasında “başkalarına olan ilgi” kategorisinin en yüksek ( $\bar{X}=1.24$ ;  $S=0.95$ ) puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür. Diğer bir ifadeyle hasta yakını katılımcılar dış dünya ile olan ilişkilerini azaltmış ya da koparmıştır. Öte yandan en düşük ( $\bar{X}=0.28$ ;  $S=0.61$ ) puan ortalamasına sahip kategori kronik hastalık tanısı alan katılımcılarda olduğu gibi hasta yakınlarında da “intihar” kategorisi olmuştur. Diğer bir deyişle hasta yakını katılımcılarımızın intihar düşüncesi bulunmamaktadır (Tablo 14).

**Tablo 14:** Kronik hastalık tanısı alan birey yakınlarının beck depresyon ölçeğinden aldığı puanlar

MADDELER	$\bar{X}$	S	0 Puan		1 Puan		2 Puan		3 Puan	
			N	%	N	%	N	%	N	%
Üzüntü	1.22	0.83	35	16.10	120	55.00	41	18.80	22	10.10
Karamsarlık	1.16	1.18	85	39.00	65	29.80	16	7.30	52	23.90
Başarısızlık	0.55	0.84	137	62.80	52	23.90	18	8.30	11	5.00
Zevk alma	1.20	0.82	39	17.90	114	52.30	47	21.60	18	8.30
Suçluluk	0.61	0.77	115	52.80	80	36.70	15	6.90	8	3.70
Cezalandırılma	0.35	0.87	176	80.70	22	10.10	4	1.80	16	7.30
Kendinden memnun olma	0.66	0.79	108	49.50	83	38.10	18	8.30	9	4.10
Hata yapma	0.67	1.01	133	61.00	48	22.00	11	5.00	26	11.90
İntihar	0.28	0.61	169	77.50	40	18.30	4	1.80	5	2.30
Ağlama	1.22	0.89	43	19.70	110	50.50	39	17.90	26	11.90
Sinirlilik	1.16	1.01	58	26.60	105	48.20	16	7.30	39	17.90
Başkalarına olan ilgi	1.24	0.95	51	23.40	90	41.30	50	22.90	27	12.40
Karar verme	0.89	0.88	83	38.10	89	40.80	32	14.70	14	6.40
Kendinde değişiklik	0.77	0.80	93	42.70	88	40.40	30	13.80	7	3.20
Çalışma	1.07	0.77	47	21.60	118	54.10	42	19.30	11	5.00
Uyku	1.00	0.84	65	29.80	107	49.10	27	12.40	19	8.70
Yorgunluk	1.09	0.94	64	29.40	92	42.20	39	17.90	23	10.60
İştah	0.60	0.85	129	59.20	58	26.60	20	9.20	11	5.00
Kilo verme	0.60	0.96	144	66.10	33	15.10	24	11.00	17	7.80
Sağlığa ilişkin kaygı	0.60	0.72	114	52.30	81	37.20	19	8.70	4	1.80
Cinsellik	0.88	1.05	109	50.00	50	22.90	34	15.60	25	11.50

Kronik hastalığı olan bireylerin depresyon durumları Tablo 15’te gösterilmiştir. Tablo 15’e göre kalp-damar hastalığı olan bireylerin, %37.5’i; kanser hastalarının %37’si; kronik akciğer hastalarının %70’i ve kronik böbrek hastalarının %53.5’i (orta ve şiddetli) depresyondadır.

**Tablo 15:** Kronik hastalık tanısı alan bireylerin depresyon puanlarının hastalık türüne göre dağılımı

Hastalık Türü	Depresyon Şiddeti (Yüzde)				Toplam
	Minimal Depresyon	Hafif Düzey Depresyon	Orta Düzey Depresyon	Şiddetli Depresyon	
<b>Kardiyovasküler Hastalıklar</b>	%35.9	%26.6	%32.8	%4.7	100.0
<b>Kanser</b>	%33.3	%29.6	%32.1	%4.9	100.0
<b>Solunum Yolu Hastalıkları</b>	%20.0	%10.0	%55.0	%15.0	100.0
<b>Kronik Böbrek Hastalıkları</b>	%16.3	%30.2	%44.2	%9.3	100.0

Araştırma kapsamında hem kronik hastalık tanısı alan (n=208) hem de hasta yakınlarının (n=218) depresyon düzeyleri ayrı ayrı incelenmiştir. Kronik hastalığı olan 208 katılımcının Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlar dikkate alındığında; bireylerin %37’sinin orta düzeyde depresyon puanına sahip olduğu, bu oranı %29.3 ile minimal depresyon, %26.9 ile hafif düzey depresyon, %6.7 ile şiddetli depresyon düzeyi bulunanlar izlemiştir. Öte yandan 218 hasta yakınının %40.8’sinin orta düzey, %27.1’inin hafif düzey, %20.6’sının minimal, %11.5’inin ise şiddetli depresyon düzeyine sahip olduğu görülmüştür (Tablo 16).

**Tablo 16:** Katılımcıların depresyon düzeyleri

Depresyon Şiddeti	Kronik Hastalık Tanısı Alan Birey (N=208)		Kronik Hastalık Tanısı Alan Birey Yakını (N=218)	
	N	%	N	%
<b>Minimal Depresyon</b>	61	29.3	45	20.6
<b>Hafif Düzey Depresyon</b>	56	26.9	59	27.1
<b>Orta Düzey Depresyon</b>	77	37.0	89	40.8
<b>Şiddetli Depresyon</b>	14	6.7	25	11.5

Hasta yakınları ve kronik hastalık tanısı alan bireylerin depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir ( $t=2.50$ ;  $sd=424$ ;  $p<0.05$ ). Beck Depresyon Envanteri toplam puanları açısından hasta yakınlarının puan ortalaması ( $\bar{X}=17.92$ ;  $S=10.79$ ), kronik hastalık tanısı alan katılımcıların puan ortalamasından ( $\bar{X}=15.50$ ;  $S=8.99$ ) daha yüksek olduğu görülmektedir. Diğer bir deyişle hasta yakınları kronik hastalık tanısı alan bireylere oranla daha yüksek depresyon düzeyine sahiptir (Tablo 17).

**Tablo 17:** Katılımcıların depresyon düzeyleri arasındaki ilişki

Toplam Katılımcı (N=426)	N	$\bar{X}$	S	t	sd	p
Kronik Hastalık Tanısı Alan Birey	208	15.50	8.99	2.500	1	<b>0.013**</b>
Kronik Hastalık Tanısı Alan Birey Yakını	218	17.92	10.79			

\* $p>0.05$ ; \*\* $p<0.05$

Kronik hastalığı olan bireylerin ( $n=208$ ) depresyon durumları ile demografik değişkenlerden cinsiyet ( $t=0.540$ ;  $sd=206$ ;  $p>0.05$ ) ve medeni durum ( $t=-1.201$ ;  $sd=206$ ;  $p>0.05$ ) ile arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Benzer şekilde hasta yakınlarının da ( $n=218$ ) depresyon durumları ile cinsiyet ( $t=0.212$ ;  $sd=216$ ;  $p>0.05$ ) ve medeni durumları ( $t=-1.543$ ;  $sd=216$ ;  $p>0.05$ ) arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 17).

Kronik hastalığı olan bireylerin depresyon durumları ile gelirleri arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $t=3.145$ ;  $sd=206$ ;  $p<0.05$ ). Buna göre, gelir seviyeleri 5000 TL ve daha az olan bireylerin ( $\bar{X}=16.74$ ;  $S=8.93$ ), 5001 TL ve daha çok olan bireylere ( $\bar{X}=12.52$ ;  $S=8.46$ ) göre daha yüksek depresyon puanlarına sahip olduğu gözlemlenmiştir. Benzer şekilde, gelir seviyesi 5000 TL ve daha az olan hasta yakınları ( $\bar{X}=19.00$ ;  $S=11.15$ ), 5001 TL ve daha çok olan hasta yakınlarına ( $\bar{X}=15.22$ ;  $S=9.06$ ) göre daha yüksek depresyon puanlarına sahiptir (Tablo 18).

**Tablo 18:** Katılımcıların depresyon düzeyleri ve demografik değişkenlere göre t-testi sonuçları

Değişkenler	Kronik Hastalık Tanısı Alan Birey (N=208)			Kronik Hastalık Tanısı Alan Birey Yakını (N=218)		
	N	$\bar{X}$	S	N	$\bar{X}$	S
<b>Cinsiyet</b>	t= 0.540; sd=206; p=0.590*			t= 0.212; sd=216; p= 0.832*		
<b>Kadın</b>	113	15.81	9.18	125	18.05	10.65
<b>Erkek</b>	95	15.13	8.78	93	17.74	11.037
<b>Medeni Durum</b>	t= -1.201; sd=206; p=0.231*			t=-1.543; sd=216; p= 0.124*		
<b>Evli</b>	112	14.81	9.18	79	16.43	10.29
<b>Bekar</b>	96	16.31	8.73	139	18.76	11.01
<b>Gelir Seviyesi</b>	<b>t= 3.145; sd=206; p=0.002**</b>			<b>t= 2.285; sd=207; p=0.023**</b>		
<b>5000 TL ve daha az</b>	147	16.74	8.93	152	19.00	11.15
<b>5001 TL ve daha çok</b>	61	12.52	8.46	57	15.22	9.06

\*p>.05; \*\*p<.05

Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri'nden aldıkları puanların yaş, eğitim seviyesi ve hastalık türü gibi demografik özelliklerine göre ANOVA Testi sonucu Tablo 19'da gösterilmiştir. Buna göre kronik hastalık tanısı alan bireylerin yaşları ( $F=0.258$ ;  $sd=2$ ;  $p>0.05$ ) ile depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Benzer şekilde hasta yakınlarının da yaşları ( $F=1.514$ ;  $sd=2$ ;  $p>0.05$ ) ile depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Hasta yakınlarının eğitim seviyesi ( $F=1.514$ ;  $sd=2$ ;  $p>0.05$ ) ile depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, kronik hastalık tanısı alan katılımcıların eğitim seviyeleri ile depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $F=7.214$ ;  $sd=2$ ;  $p<0.05$ ). Anlamlı ilişkinin hangi kategoriler arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Scheffe testi sonuçlarına göre anlamlı farkın ilköğretim ve altı eğitim seviyesi ( $\bar{X}=20.22$ ;  $S=9.14$ ) ile yükseköğretim eğitim seviyesi ( $\bar{X}=13.95$ ;  $S=8.48$ ) arasında olduğu görülmüştür. Bir başka deyişle kronik hastalık tanısı alan katılımcıların eğitim seviyeleri arttıkça Beck Depresyon Envanteri'nden aldıkları puanlar düşmüştür (Tablo 19).

Kronik hastalığı olan katılımcıların hastalık türü ile depresyon puanları arasında da anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $F=3.381$ ;  $sd=3$ ;  $p<0.05$ ). Buna göre kronik

böbrek ( $\bar{X}=17.74$ ;  $S=8.55$ ) veya solunum yolu hastalıkları ( $\bar{X}=19.70$ ;  $S=9.09$ ) olan bireyler kardiyovasküler hastalıklar ( $\bar{X}=14.17$ ;  $S=9.49$ ) veya kanser hastalığı ( $\bar{X}=14.33$ ;  $S=8.37$ ) olan bireylere göre daha yüksek depresyon puanlarına sahiptir.

Hasta yakınları açısından değerlendirdiğimizde, yakınlarının kronik hastalık türü ile hasta yakınlarının kendi depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $F=4.371$ ;  $sd=3$ ;  $p<0.05$ ). Buna göre kanser hasta yakınlarının ( $\bar{X}=19.70$ ;  $S=1.00$ ) kalp-damar hastalığı hasta yakınlarına ( $\bar{X}=13.52$ ;  $S=1.22$ ) kıyasla daha yüksek depresyon puanlarına sahip olduğu tespit edilmiştir (Tablo 19).

**Tablo 19:** Katılımcıların depresyon düzeyleri ve demografik değişkenler göre anova testi sonuçları

Değişkenler	Kronik Hastalık Tanısı Alan Birey (N=208)					Kronik Hastalık Tanısı Alan Birey Yakını (N=218)				
	N	%	$\bar{X}$	S	ANOVA	N	%	$\bar{X}$	S	ANOVA
<b>Yaş</b>										
1.18-33	66	31.7	15.98	9.05	F=0.258; sd=2; p=0.773*	142	65.1	18.75	11.39	F=1.514; Sd= 2; p=0.222*
2.34-49	93	44.7	15.01	8.93		62	28.4	16.82	9.68	
3.50+	49	23.6	15.79	9.14		14	6.4	14.35	8.35	
<b>Eğitim</b>										
1.İlköğretim ve altı	31	14.9	20.22	9.14	F= 7.214; Sd= 2; p=0.001** Anlamlı Fark= 1-3	13	6.0	20.84	8.41	F=1.013; Sd=2 p=0.365*
2.Ortaöğretim (Lise ve dengi)	43	20.7	16.93	9.18		32	14.7	19.50	11.58	
3.Yükseköğretim	134	64.4	13.95	8.48		173	79.4	17.41	10.79	
<b>Hastalık Türü</b>										
1.Kardiyovasküler Hastalıklar	64	30.7	14.17	9.49	F=3.381; Sd= 3; p=0.019** Anlamlı Fark= 1-3; 1-4; 2-3; 2-4	53	24.4	13.52	1.22	F=4.371; Sd= 3; p=0.005** Anlamlı Fark= 1-2
2.Kanser	81	38.9	14.33	8.37		134	61.4	19.70	1.00	
3.Solunum Yolu Hastalıkları	20	9.7	19.70	9.09		15	6.9	17.20	1.79	
4.Kronik Böbrek Hastalıkları	43	20.7	17.74	8.55		16	7.3	18.18	1.90	

\*p>.05; \*\*p<.05

### 2.1.6. Kronik Hastalık Tanısı Almış Bireyler ve Yakınlarının Psikolojik Sağlık Düzeyleri ile Demografik Değişkenler Arasındaki İlişki

Kronik hastalığı olan katılımcıların ve hasta yakınlarının 6 maddeden oluşan Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği'ne verdikleri cevapların puan ortalaması, standart sapması, frekans ve yüzdelik dağılımları Tablo 20'de gösterilmiştir. Tablo 20'ye göre; kronik hastalık tanısı alan katılımcılar arasında Madde 1 "*Sıkıntılı zamanlardan sonra kendimi çabucak toparlayabilirim.*" ifadesinin en yüksek ( $\bar{X}=3.33$ ;  $S=1.01$ ) puan ortalamasına, Madde 2 "*Stresli olayların üstesinden gelmekte güçlük çekerim.*" ifadesinin ise en düşük ( $\bar{X}=2.67$ ;  $S=1.11$ ) puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 20).

Aynı şekilde hasta yakınlarının da psikolojik sağlık puan ortalamaları incelendiğinde; Madde 1 "*Sıkıntılı zamanlardan sonra kendimi çabucak toparlayabilirim.*" ifadesi en yüksek ( $\bar{X}=3.16$ ;  $S=1.04$ ) puan ortalamasına, Madde 2 "*Stresli olayların üstesinden gelmekte güçlük çekerim.*" ifadesi ise en düşük ( $\bar{X}=2.87$ ;  $S=1.07$ ) puan ortalamasına sahiptir (Tablo 21).



**Tablo 20:** Kronik hastalık tanısı alan bireylerin psikolojik sağamlık düzeyleri

MADDELER	$\bar{X}$	S	Hiç Uygun Değil		Uygun Değil		Biraz Uygun		Uygun		Tamamen Uygun	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Madde 1.</b>	3.33	1.01	10	4.8	25	12.0	87	41.8	58	27.9	28	13.5
<b>Madde 2.</b>	2.67	1.11	34	16.3	56	26.9	78	37.5	24	11.5	16	7.7
<b>Madde 3.</b>	3.19	1.12	19	9.1	32	15.4	72	34.6	59	28.4	26	12.5
<b>Madde 4.</b>	2.67	1.21	43	20.7	48	23.1	71	34.1	26	12.5	20	9.6
<b>Madde 5.</b>	3.30	0.99	10	4.8	26	12.5	87	41.8	60	28.8	25	12.0
<b>Madde 6.</b>	2.70	1.26	44	21.2	47	22.6	68	32.7	24	11.5	25	12.0

**Tablo 21:** Kronik hastalık tanısı alan birey yakınlarının psikolojik sağamlık düzeyleri

MADDELER	$\bar{X}$	S	Hiç Uygun Değil		Uygun Değil		Biraz Uygun		Uygun		Tamamen Uygun	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Madde 1.</b>	3.16	1.04	15	6.9	37	17.0	84	38.5	61	28.0	21	9.6
<b>Madde 2.</b>	2.87	1.07	19	8.7	68	31.2	70	32.1	44	20.2	17	7.8
<b>Madde 3.</b>	3.02	1.07	19	8.7	49	22.5	74	33.9	60	27.5	16	7.3
<b>Madde 4.</b>	3.04	1.13	16	7.3	58	26.6	73	33.5	42	19.3	29	13.3
<b>Madde 5.</b>	3.15	1.04	16	7.3	37	17.0	83	38.1	62	28.4	20	9.2
<b>Madde 6.</b>	3.00	1.20	22	10.1	60	27.5	64	29.4	40	18.3	32	14.7

Kronik hastalığı olan bireylerle (n=208) hasta yakınlarının (n=218) psikolojik sağlık puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemlidir ( $t=2.836$ ;  $sd=242$ ;  $p<0.05$ ). İlginç bir şekilde kronik hastalık tanısı alan katılımcıların psikolojik sağlık puan ortalamaları ( $\bar{X}=19.78$ ;  $S=4.69$ ) hasta yakınlarının psikolojik sağlık puan ortalamalarından ( $\bar{X}=18.42$ ;  $S=5.18$ ) anlamlı şekilde yüksektir (Tablo 22).

**Tablo 22:** Katılımcıların psikolojik sağlıkları arasındaki ilişki

Toplam Katılımcı	N	$\bar{X}$	S	t	sd	p
Kronik Hastalık Tanısı Alan Birey	208	19.78	4.69	2.836	242	0.005**
Kronik Hastalık Tanısı Alan Birey Yakını	218	18.42	5.18			

\* $p>0.05$ ; \*\* $p<0.05$

Kronik hastalığı olan ve hasta yakınlarının psikolojik sağlık düzeyleri ile bağımsız değişkenler (cinsiyet ve medeni durum) arasındaki ilişki Tablo 21’de gösterilmiştir. Hasta ve hasta yakınlarının cinsiyet [ $(t=-0.460$ ;  $sd=206$ ;  $p>0.05$ ) ve  $(t=-1.236$ ;  $sd=216$ ;  $p>0.05$ )] ve medeni durum [ $(t=0.539$ ;  $sd=206$ ;  $p>0.05$ ) ve  $(t=1.931$ ;  $sd=216$ ;  $p>0.05$ )] gibi özellikleri ile psikolojik sağlıkları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 23).

Kronik hastalığı olan bireylerin psikolojik sağlık puanları ile gelir seviyeleri arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $t=2.605$ ;  $sd=206$ ;  $p<0.05$ ). Buna göre, gelir seviyeleri 5001 TL ve daha çok olan bireylerin ( $\bar{X}=21.08$ ;  $S=5.11$ ) psikolojik sağlıkları, 5000 TL ve daha az olan bireylere göre ( $\bar{X}=19.24$ ;  $S=4.41$ ) daha yüksektir (Tablo 22). Benzer durum hasta yakınları için de geçerlidir. Gelir seviyeleri 5001 TL ve daha çok olan hasta yakınlarının ( $\bar{X}=19.49$ ;  $S=4.71$ ) psikolojik sağlık puanları, 5000 TL ve daha az olan hasta yakınlarına ( $\bar{X}=17.89$ ;  $S=5.27$ ) göre daha yüksektir (Tablo 23).

**Tablo 23:** Katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeyleri ve demografik değişkenlere göre t-testi sonuçları

Değişkenler	Kronik Hastalık Tanısı Alan Birey (N=208)			Kronik Hastalık Tanısı Alan Birey Yakını (N=218)		
	N	$\bar{X}$	S	N	$\bar{X}$	S
<b>Cinsiyet</b>	t= -0.460; sd=206; p=0.646*			t= -1.236; sd=216; p=0.218*		
<b>Kadın</b>	113	19.64	5.06	125	18.04	5.47
<b>Erkek</b>	95	19.94	4.24	93	18.92	4.74
<b>Medeni Durum</b>	t=0.539; sd=206; p=0.590*			t= 1.931; sd=216; p= 0.055*		
<b>Evli</b>	112	19.94	4.79	79	19.31	5.18
<b>Bekar</b>	96	19.59	4.58	139	17.91	5.14
<b>Gelir Seviyesi</b>	<b>t=2.605; sd=206; p=0.010**</b>			<b>t=2.003; sd=207; p=0.047**</b>		
<b>5000 TL ve daha az</b>	147	19.24	4.41	152	17.89	5.27
<b>5001 TL ve daha çok</b>	61	21.08	5.11	57	19.49	4.74

\*p>.05; \*\*p<.05

Araştırmaya katılan katılımcıların Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği'ne verdikleri yanıtlar ile kronik hastalık tanısı alan bireylerin yaşı ( $F=0.839$ ;  $sd=2$ ;  $p>0.05$ ), hasta yakınının eğitim seviyesi ( $F=1.446$ ;  $sd=2$ ;  $p>0.05$ ) ve katılımcıların hastalık türü ( $F=1.954$ ;  $sd=3$ ;  $p=0.122$  ve  $F=1.923$ ;  $sd=3$ ;  $p>0.05$ ) arasındaki ilişkinin anlamlı bir farklılığa sahip olmadığı görülmektedir. Öte yandan hasta yakınlarının psikolojik sağlamlıkları ile yaşı ( $F=5.130$ ;  $sd=2$ ;  $p<0.05$ ) arasında anlamlı bir ilişki söz konusudur. Anlamlı ilişkinin hangi kategoriler arasında olduğu tespit etmek amacıyla yapılan Scheffe testinin sonucunda anlamlı ilişkinin 18-33 yaş grubu ( $\bar{X}=17.70$ ;  $S=5.43$ ) ile 50+ ( $\bar{X}=21.57$ ;  $S=4.92$ ) yaş grubu arasında olduğu bulunmuştur. Buna göre 50 yaş ve üzerinde olan hasta yakınları, 18-33 yaş grubunda olan hasta yakınlarına göre psikolojik olarak daha sağlamdır (Tablo 24).

İlişkisiz örneklem için tek faktörlü varyans analizi sonuçlarına göre kronik hastalık tanısı alan katılımcıların eğitim seviyesi ile psikolojik sağlamlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ve anlamlı farkın ilköğretim ve düşük eğitim seviyesine sahip olanlar ( $\bar{X}=18.25$ ;  $S=3.54$ ) ile yükseköğretim eğitim seviyesine sahip olanlar ( $\bar{X}=20.47$ ;  $S=4.77$ ) arasındaki farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bir başka deyişle eğitim seviyesi yükseldikçe katılımcıların psikolojik sağlamlık puan ortalamaları da artmaktadır (Tablo 24).

**Tablo 24:** Katılımcıların kısa psikolojik sağlamlık ölçeği'nden aldıkları puanların demografik değişkenler göre anova testi sonuçları

Değişkenler	Kronik Hastalık Tanısı Alan Birey (N=208)					Kronik Hastalık Tanısı Alan Birey Yakını (N=218)				
	N	%	$\bar{X}$	S	ANOVA	N	%	$\bar{X}$	S	ANOVA
<b>Yaş</b>										
1.18-33	66	31.7	19.33	4.47	F= 0.839 Sd= 2 p= 0.434*	142	65.1	17.70	5.43	F= 5.130 Sd= 2 p=0.007** Anlamlı Fark= 1-3
2.34-49	93	44.7	20.24	4.82		62	28.4	19.35	4.23	
3.50+	49	23.6	19.51	4.73		14	6.4	21.57	4.92	
<b>Eğitim</b>										
1.İlköğretim ve altı	31	14.9	18.25	3.54	F= 4.252 Sd= 2 p= 0.016** Anlamlı Fark= 1-3	13	6.0	16.07	3.22	F= 1.446 Sd= 2 p=0.238*
2.Ortaöğretim (Lise ve dengi)	43	20.7	18.74	4.80		32	14.7	18.37	5.55	
3.Yükseköğretim	134	64.4	20.47	4.77		173	79.4	18.60	5.21	
<b>Hastalık Türü</b>										
Kardiyovasküler Hastalıklar	64	30.8	19.68	4.52	F= 1.954 Sd= 3 p= 0.122*	53	24.3	19.69	5.16	F= 1.923 Sd= 3 p= 0.127*
Kanser	81	38.9	20.62	4.98		134	61.5	18.23	5.31	
Solunum Yolu Hastalıkları	20	9.6	18.30	5.30		15	6.9	16.73	4.72	
Kronik Böbrek Hastalıkları	43	20.7	19.02	3.85		16	7.3	17.31	3.91	

\*p>0.05; \*\*p<0.05

### 2.1.7. Kronik Hastalık Tanısı Alan Bireyler ile Hasta Yakınlarının Kronik Hastalığa Uyum, Depresyon ve Psikolojik Sağlamlıkları Arasındaki İlişki

Kronik hastalık tanısı alan bireylerin kronik hastalığa uyum, depresyon ve psikolojik sağlamlıkları arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenmiştir. Konik hastalığa uyum ile depresyon arasında negatif yönlü ve orta şiddette ( $r=-0.648$ ;  $p<0.05$ ) bir korelasyon ilişkisi tespit edilmiştir. Bu da Kronik Hastalık Tanısı Alan Bireylerin hastalığa uyum düzeyleri arttıkça depresyon durumlarının azaldığı anlamına gelmektedir.

Bunun yanı sıra kronik hastalığa uyum ile psikolojik sağlamlık arasında pozitif yönlü ve orta şiddette ( $r=0.418$ ;  $p<0.05$ ) bir korelasyon ilişkisi bulunmaktadır. Diğer bir deyişle, hastalığa uyum arttıkça bireylerin psikolojik sağlamlıkları da artmaktadır.

Son olarak, depresyon ile psikolojik sağlamlık arasında negatif yönlü ve orta şiddette ( $r=-0.506$ ;  $p<0.05$ ) bir korelasyon ilişkisinin tespit edilmesi, psikolojik sağlamlık düzeyleri arttıkça depresyon seviyelerinin azaldığını göstermektedir (Tablo 25).

**Tablo 25:** Kronik hastalık tanısı alan bireylerin kronik hastalığa uyum, depresyon ve psikolojik sağlamlıkları arasındaki ilişki

ÖLÇÜM ARAÇLARI	1	2	3
1. Kronik Hastalığa Uyum	-		
2. Depresyon	-0.648**	-	
3. Psikolojik Sağlamlık	0.418**	-0.506**	-

\* $p>0.05$ ; \*\* $p<0.05$

Hasta yakınlarının depresyon seviyeleri ile psikolojik sağlamlıkları arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenmiştir. Buna göre hasta yakınlarının depresyon puanları ile psikolojik sağlamlıkları arasında negatif yönlü ve orta şiddette ( $r=-0.597$ ;  $p<0.05$ ) bir korelasyon ilişkisi tespit edilmiştir. Diğer bir deyişle, hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri arttıkça depresyon seviyelerinin azaldığı ortaya çıkmıştır (Tablo 26).

**Tablo 26:** Kronik hastalık tanısı alan birey yakınlarının depresyon ve psikolojik sağlamlıkları arasındaki ilişki

ÖLÇÜM ARAÇLARI	1	2
1. Depresyon		-
2. Psikolojik Sağlamlık	-0.597**	-

\* $p>0.05$ ; \*\* $p<0.05$

### 2.1.8. Kronik Hastalık Tanısı Alan Bireyler ile Yakınlarının İçi Rol Değişimleri ve Demografik Değişkenler ile İlişkisi

Bu başlık altında araştırmada gönüllü olarak yer alan katılımcıların hastalık teşhisi konulduktan sonra evdeki rol ve sorumlulukların nasıl değiştiği hakkında bulgulara yer verilmiştir.

Kronik hastalığı olan katılımcılar için kronik hastalık tanısının konulmasından sonra ev ve aile içinde yaşanan değişimlere verdikleri yanıtlar Tablo 27’de gösterilmektedir. Buna göre kronik hastalık tanısı alan katılımcılar için “*Evdeki düzenimizde hiçbir değişiklik olmadı. Her şey olduğu gibi devam etti.*” seçeneği en yüksek ( $\bar{X}=3.11$ ;  $S=1.61$ ) puan ortalamasına sahip olduğu, “*Bu süreçte kardeşlerim bana destek olmak için işinden ayrıldı.*” ifadesinin ise en düşük ( $\bar{X}=1.24$ ;  $S=0.83$ ) puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 27).

Hasta yakınları arasında “*Kendi sorumluluklarımı benim yerime çocuklarım yaptı.*” seçeneği en yüksek ( $\bar{X}=3.24$ ;  $S=1.50$ ) puan ortalamasına sahip seçenektir. Öte yandan “*Bu süreçte kardeşlerim bana destek olmak için okulundan ayrıldı.*” seçeneği en düşük ( $\bar{X}=1.25$ ;  $S=0.83$ ) puan ortalamasına sahip seçenektir (Tablo 28).

**Tablo 27:** Kronik hastalık teşhisi konmuş katılımcılar için kronik hastalık teşhisinden sonra evdeki rol ve sorumlulukların değişimi

MADDELER	$\bar{X}$	S	Hiç Uygun Değil		Uygun Değil		Biraz Uygun		Uygun		Tamamen Uygun	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Eş/ebeveynlik rolümü yerine getirmekte zorlandım.</b>	2.19	1.36	101	48.6	23	11.1	47	22.6	17	8.2	20	9.6
<b>Kardeşlik rolümü yerine getirmekte zorlandım.</b>	2.01	1.29	112	53.8	25	12.0	42	20.2	14	6.7	15	7.2
<b>Kendi sorumluluklarımı benim yerime eşim yaptı.</b>	2.00	1.28	114	54.8	21	10.1	46	22.1	12	5.8	15	7.2
<b>Kendi sorumluluklarımı benim yerime çocuklarım yaptı.</b>	1.73	1.18	138	66.3	20	9.6	28	13.5	12	5.8	10	4.8
<b>Kendi sorumluluklarımı benim yerime kardeşlerim yaptı</b>	1.90	1.26	122	58.7	23	11.1	37	17.8	12	5.8	14	6.7
<b>Bu süreçte eşim bana destek olmak için işinden ayrıldı.</b>	1.35	0.77	164	78.8	23	11.1	15	7.2	4	1.9	2	1.0
<b>Bu süreçte çocuklarım bana destek olmak için okulundan ayrıldı.</b>	1.27	0.74	174	83.7	20	9.6	9	4.6	1	0.5	4	1.9
<b>Bu süreçte çocuklarım bana destek olmak için işinden ayrıldı.</b>	1.26	0.69	174	83.7	20	9.6	9	4.3	3	1.4	2	1.0
<b>Bu süreçte kardeşlerim bana destek olmak için okulundan ayrıldı.</b>	1.25	0.67	175	84.1	21	10.0	7	3.4	3	1.4	2	1.0
<b>Bu süreçte kardeşlerim bana destek olmak için işinden ayrıldı.</b>	1.24	0.63	174	83.7	21	10.1	10	4.8	2	1.0	1	0.5
<b>Evdeki düzenimizde hiçbir değişiklik olmadı. Her şey olduğu gibi devam etti.</b>	3.11	1.61	56	26.9	24	11.5	37	17.8	22	10.6	69	33.2

**Tablo 28:** Kronik hastalık tanısı alan birey yakınlarının kronik hastalık teşhisinden sonra evdeki rol ve sorumlulukların değişimi

MADDELER	$\bar{X}$	S	Hiç Uygun Değil		Uygun Değil		Biraz Uygun		Uygun		Tamamen Uygun	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Eş/ebeveynlik rolümü yerine getirmekte zorlandım.	2.74	1.45	66	30.3	30	13.8	50	22.9	37	17.0	35	16.1
Kardeşlik rolümü yerine getirmekte zorlandım.	2.32	1.38	89	40.8	41	18.8	39	17.9	26	11.9	23	10.6
Kendi sorumluluklarımı benim yerime eşim yaptı.	2.58	1.51	85	39.0	24	11.0	40	18.3	35	16.1	34	15.6
Kendi sorumluluklarımı benim yerime çocuklarım yaptı.	3.24	1.50	51	23.4	15	6.9	40	18.3	54	24.8	58	26.6
Kendi sorumluluklarımı benim yerime kardeşlerim yaptı	1.93	1.30	127	58.3	27	12.4	34	15.6	12	5.5	18	8.3
Bu süreçte eşim bana destek olmak için işinden ayrıldı.	1.45	1.06	173	79.4	21	9.6	5	2.3	8	3.7	11	5.0
Bu süreçte çocuklarım bana destek olmak için okulundan ayrıldı.	1.65	1.22	157	72.0	22	10.1	13	6.0	10	4.6	16	7.3
Bu süreçte çocuklarım bana destek olmak için işinden ayrıldı.	1.86	1.36	142	65.1	19	8.7	24	11.0	11	5.0	22	10.1
Bu süreçte kardeşlerim bana destek olmak için okulundan ayrıldı.	1.25	0.83	192	88.1	13	6.0	4	1.8	1	0.5	8	3.7
Bu süreçte kardeşlerim bana destek olmak için işinden ayrıldı.	1.29	0.88	189	86.7	13	6.0	5	2.3	3	1.4	8	3.7
Evdeki düzenimizde hiçbir değişiklik olmadı. Her şey olduğu gibi devam etti.	2.75	1.48	67	30.7	31	14.2	49	22.5	30	13.8	41	18.8



Kronik hastalık tanısı alan bireylerin kronik hastalık tanısı konduktan sonra evdeki rol ve sorumluluklarının değişimi ile cinsiyet ( $t=-0.381$ ;  $sd=206$ ;  $p>0.05$ ) ve medeni durum ( $t=1.240$ ;  $sd=206$ ;  $p>0.05$ ) değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 29).

Benzer şekilde hasta yakınlarının da kronik hastalık tanısı konduktan sonra evdeki rol ve sorumluluklarının değişimi ile cinsiyet ( $t=-0.987$ ;  $sd=216$ ;  $p>0.05$ ) ve medeni durum ( $t=-0.148$ ;  $sd=216$ ;  $p>0.05$ ) değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (Tablo 29).

Kronik hastalık tanısı alan bireylerin aile içi rol değişimleri ile gelirleri arasında ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ( $t=2.449$ ;  $sd=206$ ;  $p<0.05$ ). Kronik hastalığı olan ve gelir seviyeleri 5000 TL ve daha az olanların ( $\bar{X}=19.89$ ;  $S=7.62$ ) aile içi rol değişimleri, 5001 TL ve daha çok olan katılımcılara ( $\bar{X}=17.26$ ;  $S=5.40$ ) göre daha yüksektir (Tablo 29). Hasta yakınlarının ise rol değişimleri ile gelir seviyeleri ( $t=0.092$ ;  $sd=216$ ;  $p>0.05$ ) arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 29).

**Tablo 29:** Katılımcıların kronik hastalık teşhisinden sonra evdeki rol ve sorumlulukların değişimi ve demografik değişkenlere göre t-testi sonucu

Değişkenler	Kronik Hastalık Tanısı Alan Birey (N=208)			Kronik Hastalık Tanısı Alan Birey Yakını(N=218)		
	N	$\bar{X}$	S	N	$\bar{X}$	S
<b>Cinsiyet</b>	t= -0.381; sd=206; p=0.703*			t= -0.987; sd=216; p=0.325*		
<b>Kadın</b>	113	18.94	7.21	125	23.11	8.18
<b>Erkek</b>	95	19.32	7.06	93	24.23	8.50
<b>Medeni Durum</b>	t=1.240; sd=206; p=0.216*			t= -0.148; sd=216; p= 0.883*		
<b>Evli</b>	112	19.68	6.87	79	23.48	8.23
<b>Bekar</b>	96	18.45	7.40	139	23.65	8.40
<b>Gelir Seviyesi</b>	t=2.449; sd=206; p=0.006**			t= 0.092; sd=216; p= 0.554*		
<b>5000 TL ve daha az</b>	147	19.89	7.62	152	23.75	8.27
<b>5001 TL ve daha çok</b>	61	17.26	5.40	57	22.98	8.53

\*p>0.05; \*\*p<0.05

Hasta yakınlarının hastalık tanısı konduktan sonra evdeki rol ve sorumluluklarında meydana gelen değişimler ile demografik değişkenlerden yaş

( $F=1.131$ ;  $sd=2$ ;  $p>0.05$ ), eğitim seviyesi ( $F=2.065$ ;  $sd=2$ ;  $p>0.05$ ), hastalık türü ( $F=1.561$ ;  $sd=3$ ;  $p>0.05$ ) arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 30).

Kronik hastalık tanısı alan bireylerin rol değişimleri ile yaşları ( $F=3.498$ ;  $sd=2$ ;  $p<0.05$ ) arasında anlamlı bir ilişki söz konusudur. Buna göre 50 yaşının üzerinde ( $\bar{X}=21.44$ ;  $S=8.49$ ) kronik hastalık tanısı alan bireylerin rol değişimleri 18-33 yaş arasında ( $\bar{X}=18.40$ ;  $S=6.73$ ) olup kronik hastalık tanısı alan bireylerinkinden daha fazladır (Tablo 30).

Kronik hastalığı olan katılımcıların eğitim seviyesi ile rol değişimleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ve anlamlı farkın ilköğretim ve altı ( $\bar{X}=24.25$ ;  $S=7.65$ ) eğitim seviyesi ile ortaöğretim ( $\bar{X}=20.20$ ;  $S=7.62$ ) eğitim seviyesi arasında ve ilköğretim ve altı ( $\bar{X}=24.25$ ;  $S=7.65$ ) eğitim seviyesi ile yükseköğretim ( $\bar{X}=17.58$ ;  $S=6.22$ ) eğitim seviyesi arasında olduğu görülmüştür. Bir başka deyişle ilköğretim eğitim seviyesindeki kronik hastalık tanısı alan bireylerin hayatlarında diğer eğitim seviyelerindeki bireylere kıyasla rol değişimleri daha çok yaşanmıştır (Tablo 30).

Son olarak kronik hastalık tanısı alan katılımcıların hastalık türü ile rol değişimleri arasında anlamlı ( $F=6.864$ ;  $sd=3$ ;  $p<0.05$ ) bir fark olduğu bulunmuştur. Anlamlı ilişkinin hangi kategoriler arasında olduğunu tespit etmek amacıyla yapılan Scheffe testi sonuçlarına göre anlamlı farkın, kardiyovasküler hastalıklar ( $\bar{X}=16.26$ ;  $S=5.51$ ) teşhisi konmuş bireyler ile kanser ( $\bar{X}=19.76$ ;  $S=7.86$ ) ve kardiyovasküler hastalıklar ( $\bar{X}=16.26$ ;  $S=5.51$ ) teşhisi konmuş bireyler ile kronik böbrek hastalıkları ( $\bar{X}=22.20$ ;  $S=6.79$ ) teşhisi konmuş bireyler arasında olduğu görülmüştür. Diğer bir ifadeyle, kanser ve kronik böbrek hastalarının hayatlarında kalp-damar hastalarına göre daha çok rol değişimi yaşanmaktadır (Tablo 30).

**Tablo 30:** Katılımcıların kronik hastalık teşhisinden sonra evdeki rol ve sorumlulukların değişimi ve demografik değişkenler göre anova testi sonuçları

Değişkenler	Kronik Hastalık Tanısı Alan Birey (N=208)					Kronik Hastalık Tanısı Alan Birey Yakını (N=218)				
	N	%	$\bar{X}$	S	ANOVA	N	%	$\bar{X}$	S	ANOVA
<b>Yaş</b>										
1.18-33	66	31.7	18.40	6.73	F= 3.498	142	65.1	23.59	8.34	
2.34-49	93	44.7	18.39	6.40	Sd= 2	62	28.4	24.27	8.68	F= 1.131
3. 50 +	49	23.6	21.44	8.49	p= 0.032**	14	6.4	20.57	5.91	Sd= 2 p= 0.324*
<b>Anlamlı Fark= 1-3</b>										
<b>Eğitim</b>										
1.İlköğretim ve altı	31	14.9	24.25	7.65	F= 13.009	13	6.0	27.38	7.37	
2.Ortaöğretim (Lise ve dengi)	43	20.7	20.20	7.62	Sd= 2 p= 0.000**	32	14.7	24.84	9.90	F= 2.065 Sd= 2
3.Yükseköğretim	134	64.4	17.58	6.22	<b>Anlamlı Fark= 1-2; 1-3</b>	173	79.4	23.07	8.01	p=0.129*
<b>Hastalık Türü</b>										
1.Kardiyovasküler Hastalıklar	64	30.8	16.26	5.51	F= 6.864	53	24.3	21.86	7.65	
2.Kanser	81	38.9	19.76	7.86	Sd= 3 p= 0.000**	134	61.5	24.44	8.25	F= 1.561 Sd= 3
3.Solunum Yolu Hastalıkları	20	9.6	19.00	6.30	<b>Anlamlı Fark= 1-2; 1-4</b>	15	6.9	24.13	10.42	p= 0.200*
4.Kronik Böbrek Hastalıkları	43	20.7	22.20	6.79		16	7.3	21.62	8.43	

\*p>0.05; \*\*p<0.05

## SONUÇ

Kronik hastalıklar bireyleri fiziksel açıdan olduğu kadar psikososyal açıdan da etkileyen önemli yaşam olaylarından biridir. Bu araştırmanın temel amacı kanser, kalp-damar hastalığı, solunum yolu hastalıkları, kronik böbrek hastalıklarından biri veya birkaçının teşhisi konulduğu bireyler ve aile üyelerinde depresyonun varlığını ve hastalıktan sonra meydana gelen aile içi rollerdeki değişiklikleri incelemektir. Bu doğrultuda araştırma sürecinde elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmış, sonuç ve öneriler ortaya koyulmuştur.

Araştırma da hem kronik hastalık tanısı almış olan bireyler (n=208) hem de kronik hasta tanısı alan bireylerin yakınları (hasta yakınları) (n=218) örnekleme alınmıştır. Kronik hastalık tanısı alan bireylerin hastalık uyum puan ortalamaları 66.38 (SS:  $\pm 7.83$ ) olarak bulunmuştur. Demirci (2021) yaptığı çalışmada; çalışmaya katılan ve kronik hastalık tanısı alan bireylerin (n=208) hastalığa uyum puan ortalamasını 80.75 (SS:  $\pm 12.62$ ) olarak, Bozbay ve arkadaşları (2019) ise yaptıkları çalışmada kronik hastalığa uyum puan ortalamasını 76.80 (SS:  $\pm 10.94$ ) olarak belirlemişlerdir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular ile literatür arasında görünen bu farklılık araştırma yönteminde kullanılan ölçüm araçlarının farklı olmasından, örneklem gruplarının yaş, cinsiyet, ekonomik durum veya araştırmanın yapıldığı bölge gibi sosyo-demografik özelliklerinin veya incelenen hastalıkların farklılığından kaynaklanıyor olabilir.

Kronik hastalık tanısı alan bireylerin hastalığa uyum puan ortalamaları ile demografik değişkenlerle ilişkisi istatistiksel olarak incelenmiş; cinsiyet, medeni durum ve yaş değişkenleri arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu gözlemlenmiştir ( $p > 0.05$ ). Bu sebeple **H2a**, **H2b**, **H2c hipotezleri** reddedilmiştir. Akın ve Durna (2006) tarafından kalp yetersizliği olan bireylerin, Çam ve Nehir (2011) ise kalp krizi geçiren hastaların hastalığa uyum düzeyleri ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını bulgulamışlardır (Akın ve Durna, 2006, s.5; Çam ve Nehir, 2011, s.54). Çakmak vd. (2022) ise koroner arter hastalığı olan bireylerle yaptıkları çalışmada, erkek hastaların psikososyal uyumlarının kadın hastalara kıyasla daha yüksek olduğunu ve kadınlara yüklenen toplumsal rol ve sorumlulukları sebebiyle hastalığa uyum sağlamalarının zorlaştığını ileri sürmüştür (Çakmak vd., 2022, s.124). Erşan vd. (2013)'de kalp hastalığı olan erkeklerin, kalp hastalığı olan kadınlara göre hastalığa daha iyi psikososyal uyumu olduğunu ifade etmiştir. Araştırmalar arasındaki bu farklılık ele

alınan hastalık türünden, örneklem grubunun farklı özelliklere sahip olabileceğinden olduğu gibi, araştırmanın yapıldığı esnada Covid-19 pandemisinin yaşanması sebebiyle bireylerin önceliklerinin değişmesi ya da Covid-19 pandemisinin yarattığı sorunlara bağlı olarak kaygı düzeyinin yükselmesi dolayısıyla hastalığa uyumun geri planda kalmasından kaynaklanmış olabilir. Kronik hastalık tanısı alan bireylerin hastalığa uyum puan ortalamaları ve sosyo-demografik özelliklerden gelir seviyesi, eğitim seviyesi ve kronik hastalık türü ile istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa sahip olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ). Bu anlamlılık “5001 TL ve daha çok” gelir grubunda olanlar ( $\bar{X} = 68.90$ ;  $S = 7.43$ ), yüksek öğrenim görmüş olan ( $\bar{X} = 67.88$ ;  $S = 7.54$ ) ve kanser tanısı almış olan ( $\bar{X} = 67.80$ ;  $S = 8.18$ ) bireylerin hastalık uyum puan ortalamalarından kaynaklanmaktadır. Bu durumda **H2d ve H2e hipotezleri** kabul edilmiştir. Diğer bir ifade ile bireylerin gelir seviyesi ve eğitim seviyesi arttıkça kronik hastalığı uyum düzeyleri artmaktadır ( $p < 0.05$ ). Akın ve Durna (2006) yaptıkları çalışmada eğitim seviyesi yüksek kişilerin, eğitim seviyesi düşük kişilere göre hastalığa daha iyi uyum sağladığını ortaya koymuştur (Akın ve Durna, 2006, s.5). Rockwell ve Riegel’de (2001) yüksek eğitim seviyesinin kronik hastalığa uyumu artırdığını belirtmiştir (Rockwell ve Riegel, 2001, s.23).

Gelir seviyesinin yükselmesi; bireylerin tedavi olanaklarına erişim imkânları, tıbbi ilaçların satın alınması gibi faktörleri doğrudan etkilemektedir. Dolayısıyla yüksek gelir seviyesi bireylerin hastalığa uyumunu kolaylaştıran faktörlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Kronik hastalığa uyum, tanısı konulan hastalık türü (kardiyovasküler hastalıklar, kanser, solunum yolu hastalıkları, kronik böbrek hastalıkları) açısından anlamlı bir farklılık göstermektedir ( $p < 0.05$ ). Kanser hastalığı olan bireylerin, kronik akciğer hastalığı ve kronik böbrek hastalığı olan bireylere kıyasla hastalığa daha yüksek uyum sağladıkları tespit edilmiştir. Sağlık alanında yaşanan gelişmeler, teknolojik olarak farklı tedavi süreçlerinin sunumunun artması ve beklenen yaşam süresinin uzamasıyla birlikte kronik hastalık tanısı alan bireylerin uzun bir zaman diliminde bu hastalıkla birlikte yaşamlarını sürdürmeleri tıbbi tedavinin başarısı açısından önemli bir konudur (Kleinman vd., 1978, s.146). Kanser hastalığı, diğer hastalıklardan daha zorlu tedavi süreçlerine sahip olduğundan ve toplumda diğer hastalıklara oranla ‘ölüm’le daha çok bağdaştırılmasından kaynaklanabileceği gibi, kanserin hangi evrede olduğu ve bağımsız

yaşamı sürdürme düzeyindeki etkisinin daha uzun sürede ortaya çıkmasından ileri gelebilir. Aynı zamanda kanserin ölüm olasılığının daha yüksek olması sosyal destek mekanizmalarını daha hızlı harekete geçirebilir.

Kronik hastalık teşhisi alan bireylerin kronik hastalık türleri ile depresyon düzeyleri incelendiğinde; kalp-damar hastalarının %37.5'inde, kanser hastalarının %37'sinde ve kronik böbrek hastalarının %53.5 oranında depresyon tespit edilmişken, bu oran kronik akciğer hastalarında %70'tir. Ateşçi vd. (2003), kanser hastalarının %39.5'inde majör depresif bozukluk tespit etmiştir (Ateşçi vd. 2003, s.147). Aydemir ve arkadaşları (2015) ise kronik kalp hastalığında depresyon oranını %81.3, kronik solunum yolu hastalıklarında ise %70 olarak belirlemiştir. Kanser ve solunum yolu hastalıklarındaki oranlar literatür ile benzeşmektedir. Ancak kalp-damar hastalarındaki oranların literatürden farklı olduğu görülmüştür. Aradaki farklılık araştırmada ele aldığımız örneklem grubunun sosyo-demografik özelliklerinin farklı olmasından kaynaklanabileceği gibi araştırmaya katılan kalp-damar hastalığı olan bireylerin diğer araştırmalara katılan bireylerden farklı alt türde bir hastalık yaşamasından veya kendilerini hastalık ile özdeşleştirmemelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Kronik hastalık tanısı alan bireyler ile hasta yakınlarının depresyon puan ölçeği ortalamaları anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ( $p < 0.05$ ). Buna göre, hasta yakınlarının depresyon puan ortalamalarının ( $\bar{X} = 17.92$ ;  $S = 10.79$ ) kronik hastalık tanısı alan bireylere ( $\bar{X} = 15.50$ ;  $S = 8.99$ ) göre daha yüksek olduğu gözlenmiş ve **H6 hipotezi** kabul edilmiştir. Bu bulgu, kronik hastalıkların yalnızca bireyi etkileyen değil aynı zamanda ailesini de etkileyen bir hastalık olduğunu doğrulamaktadır. Kaçan-Softa ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışmada kemoterapi alan kanser hasta yakınlarının depresyon puan ortalamalarını 14.88 ( $\pm 8.240$ ) olarak belirlemiştir (Kaçan-Softa vd., 2016, s.63). Bizim araştırmamızda hasta yakınlarının daha yüksek düzeyde depresyon puan ortalamasına sahip olması, araştırmanın gerçekleştirildiği dönemde Covid-19 pandemisinin yaşanıyor olması nedeniyle yakınlarını kaybetme kaygısını tetiklemeden kaynaklanabileceği gibi, aynı zamanda pandeminin sosyal, ekonomik ve psikolojik olarak yarattığı olumsuzlukların artmasından da ileri gelebilir. Kronik bir hastalığa bakım veren hasta yakını olmanın depresyona yol açtığı bilinmektedir (Terakye, 2011, s.80).

Kronik hastalık tanısı alan bireylerin ve hasta yakınlarının, cinsiyet, medeni durum ve yaş değişkenleri ile depresyon puanları arasında anlamlı bir fark

bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Bu sebeple **H1a**, **H1b**, **H1c**, **H4a**, **H4b** ve **H4c** hipotezleri reddedilmiştir. Aydoğan ve arkadaşlarının (2012) kanser hastaları ile yaptıkları bir çalışmada, kanser hastalarının cinsiyet ve medeni durumları ile depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını ortaya koymuşlardır (Aydoğan vd., 2012, s.58). Çivi vd., (2011)'de hasta yakınlarıyla yaptıkları çalışmada benzer sonuçlar elde etmiş ve hasta yakınlarının cinsiyet, medeni durum ve yaş değişkenleri ile depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirlemişlerdir (Çivi vd., 2011, s. 252). Yapılan bazı araştırmalarda (Ateşçi vd. 2003, s.148; Aydemir vd. 2015, s.201; Dogar vd. 2009, s. 735) kadınların depresyon puan ortalamalarının erkeklerden daha yüksek olduğunu rapor etmişlerdir. Pandley vd. (2006, s.70) ise erkek kanser hastalarının kadınlardan daha yüksek depresyona sahip olduğunu bulmuştur. Kaplan ve Miner (2000, s.253) ve Aydoğan vd. (2012, s.58) depresyonun cinsiyetten bağımsız bir şekilde ortaya çıktığını ileri sürmüştür. Araştırmalar arasındaki bu fark, örneklem grubunun farklı kültürel özelliklere sahip olmasından, yaşam tarzı değişikliklerinden ve araştırmaların gerçekleştirildiği zaman dilimindeki ekonomik, toplumsal ve ekolojik koşullardan kaynaklı olabilir.

Araştırma kapsamında demografik değişkenlerden eğitim seviyesi ile depresyon puan ortalamaları arasında kronik hastalık tanısı alan birey örnekleminde ( $n=208$ ) anlamlı bir farklılık oluşturduğu ( $p<0.05$ ), ancak hasta yakını ( $n=218$ ) örnekleminde istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ( $p>0.05$ ) görülmüştür. Elde edilen bu bulgulara göre **H4d hipotezi** reddedilirken, **H1d hipotezi** kabul edilmiştir. Kronik hastalık tanısı alan ve en fazla ilköğrenim düzeyinde eğitimi olan bireylerin depresyon puan ortalamalar yükseköğrenim eğitim seviyesindekilere göre daha yüksektir. Eğitim seviyesi düşük olan bireylerin hastalığa ilişkin farkındalık düzeyleri de daha düşük olmakta, bilgiye erişimleri kısıtlanmakta ve krizle baş etme becerileri daha az gelişmektedir. Dolayısıyla tüm bunlar depresyon puanlarının artmasına neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalar da bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Örneğin, Aydemir vd. (2015, s.201)'de çalışmasında okur-yazar olmayan bireylerin daha yüksek depresyon oranlarına sahip olduğunu ortaya koymuştur. Hacıhasanoğlu vd. (2010, s.213) ise kronik hastalık tanısı alan bireylerin eğitim seviyesi arttıkça depresyon puanlarının düştüğünü ileri sürmüştür. Elde edilen bulgu, literatür bulgularını destekler niteliktedir.

Araştırma kapsamında ele alınan bir diğer demografik değişken olan gelir seviyesi ile depresyon puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak hem kronik hastalık tanısı alan bireyler hem de hasta yakınları açısından anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ). Buna göre hem kronik hastalık tanısı alan bireyler ( $\bar{X} = 12.52$ ;  $S=8.46$ ) hem de hasta yakınları ( $\bar{X} = 15.22$ ;  $S=9.06$ ) açısından “5001 TL ve daha fazla” gelir kategorisinde olan bireylerin depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bunun temel sebebi de gelir seviyesinin pek çok fırsat ve olanaklara erişimde kolaylık sağlamasından (Kandemir ve Kaya, 2010, s. 557) kaynaklanıyor olabilir. Böylece **H1e ve H4e hipotezleri** kabul edilmiştir.

Beser ve Öz (2003, s. 57) kanserin yaş, cinsiyet, medeni durum vb. demografik özelliklerinden bağımsız olarak depresyona neden olduğunu ileri sürmektedir. Çalışmamızda yapılan analizlerde cinsiyet, yaş, medeni durum gibi demografik özelliklerin depresyon açısından anlamlı sonuçlar vermemesi, Beser ve Öz’ü (2003) destekler niteliktedir.

Kronik hastalık tanısı alan bireylerin hastalık türleri ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı sonuçlar vermektedir ( $p<0.05$ ). Buna göre, solunum yolu hastalıkları veya kronik böbrek hastalığı tanısı alan bireyler, kalp-damar hastalığı veya kanser hastalığı tanısı alan bireylere kıyasla daha yüksek depresyon puanlarına sahiptir. Hacıhasanoğlu vd (2010, s.214)’a göre bireylerde var olan hastalığın türü depresyonu istatistiksel olarak anlamlı biçimde etkilememektedir. Çünkü hastalığın var olması bireylerin yaşam stillerini ve kurdukları düzenleri etkilemekte ve hastalığa adapte olmayı gerektirmektedir. Bir hastalık bireyin hayatına ne kadar çok etki ediyorsa depresyon puanları da o etki doğrultusunda yükselmektedir. Dolayısıyla bu araştırmaya gönüllü olarak katılan kronik akciğer ve böbrek hastalığı olan bireylerin hastalıklarının diğer hastalık gruplarına oranla hayatlarını daha yüksek düzeyde etkilediği bu sebeple de depresyon puanlarının daha yüksek olduğu düşünülebilir.

Kanser hasta yakınları, kalp-damar hasta yakınlarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek depresyon puanlarına sahiptir ( $p<0.05$ ). Toplum içinde, dönemin yeni ‘ince hastalığı’ olarak tanımlanan kanserin; ölüm oranlarının daha yüksek olması, geç evrelerde ortaya çıkıp tedavi imkânlarının yetersiz kalması ve hasta yakınlarının bakım yükünün fazlası olması gibi nedenlerle, kanser hasta yakınları daha yüksek depresyon seviyelerine sahip olabilirler. Rhee vd. (2008, s.5891), kanser hasta



yakınlarının %67'sinin depresyonda olduğunu, Gök Metin ve Helvacı (2020, s.65), ise kalp hasta yakınlarının depresyon puan ortalamasının 9.1 ( $\pm$  8.6) olduğunu bulgulamışlardır. Ancak her iki hastalık türünün yakınlarının depresyon durumlarını doğrudan karşılaştıran bir çalışmaya rastlanılmadığından araştırma bulgularımızı destekleyen bir literatür bulgusuna erişilememiştir.

Kronik hastalık tanısı alan bireyler ve hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık durumları incelendiğinde, kronik hastalık tanısı alan bireyler, hasta yakınlarına göre psikolojik açıdan daha sağlamdır ( $p<0.05$ ) ve **H7 hipotezi** kabul edilmektedir. Bu bulgu, hastalık durumunun kronik hastalık tanısı alan bireylere yeni baş etme stratejileri kazandırmasından kaynaklanıyor olabilir. Bunun yanı sıra araştırmaya katılan hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık puan ortalamalarının düşük olması, depresyon faktöründe olduğu gibi, hastalığın yalnızca bireyi değil ailesini de etkilediğini bir kez daha ortaya koymaktadır. Çünkü kronik hastalık tanısı alan birey toplumdaki rol ve sorumluluklarından sıyrılmakta dolayısıyla aile içinde mevcut rol ve sorumluluklar diğer aile üyeleri tarafından yüklenilmektedir. Bu da aile üyelerinin hem psikolojik sağlamlıklarının düşmesine hem de depresyon düzeylerinin yükselmesine neden olabilmektedir (Lawrence, 2012, s.21).

Kronik hastalık teşhisi almış olan bireylerin psikolojik sağlamlık puan ortalamaları ile cinsiyet, medeni durum, yaş ve hastalık türü arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz olduğu ( $p>0.05$ ), ancak gelir seviyesi ve eğitim seviyesi ile olan ilişkisinin anlamlı bir farklılık ( $p<0.05$ ) oluşturduğu gözlenmiştir. Bu bulgular doğrultusunda **H3a**, **H3b**, **H3c** hipotezlerinin reddedilmesine, **H3d** ve **H3e** hipotezlerinin ise kabul edilmesine karar verilmiştir. Kronik hastalık teşhisi almış olan bireylerin gelir ve eğitim seviyeleri yükseldikçe psikolojik sağlamlık puan ortalamaları da artmaktadır.

Hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık puan ortalamaları ile demografik değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde; cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi ve yakınlarında teşhis edilen hastalık türü açısından psikolojik sağlamlık puan ortalamaları anlamlı farklılık göstermemekle birlikte ( $p>0.05$ ), gelir seviyesi ve yaş değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ( $p<0.05$ ) oluşturmaktadır. Bu durumda **H5a**, **H5c**, **H5d hipotezleri** reddedilmiş, **H5b** ve **H5e hipotezleri** kabul edilmiştir. Yaş ve gelir seviyesi yükseldikçe hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık puan ortalamaları da

anlamli şekilde artmaktadır. Aradaki fark, 50 yaşının üzerinde olan ve görece ‘eski kuşak’ olarak tanımlanan bireylerin çocukluk dönemlerinde daha geniş aile yapısı içinde büyüyüp bakım vermenin doğal bir süreç olduğu fikriyle yetişmesinden ve hastalıkları ‘kader’ olarak algılayıp bunu bir bakım yükü olarak değerlendirmemekten kaynaklanıyor olabilir.

Kronik hastalık tanısı alan bireylerin, hastalığa uyum, depresyon düzeyleri ve psikolojik sağlımlıkları arasına bir ilişkinin olup olmadığı korelasyon analizi ile test edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre depresyon düzeyi ile hastalığa uyum puanları arasında negatif yönlü ( $r=-0.648$ ;  $p<0.01$ ), hastalığa uyum ve psikolojik sağlımlık puanları arasında pozitif yönlü ( $r=0.418$ ;  $p<0.01$ ), depresyon düzeyi ile psikolojik sağlımlık arasında negatif yönlü ( $r=-0.506$ ;  $p<0.01$ ) bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Diğer bir ifade ile kronik hastalık tanısı almış olan bireylerin hastalığa uyum düzeyleri arttıķa psikolojik sağlımlık düzeyleri de artış gösterirken, depresyon düzeyleri azalmaktadır. Aynı şekilde psikolojik sağlımlık arttıķa depresyon azalmaktadır. Böylece **H8, H9 ve H10 hipotezleri** kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının depresyon düzeyleri ve psikolojik sağlımlık düzeyleri arasındaki ilişi istatistiksel olarak negatif yönde ( $r=-0.597$ ;  $p<0.01$ ) anlamli bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Hasta yakınlarının psikolojik sağlımlık düzeyleri yükseldikçe depresyonlarının azaldığını söylemek mümkündür dolayısıyla **H11 hipotezi** kabul edilmiştir.

Kronik hastalık teşhisinin konulmasından sonra hasta ve hasta yakınlarının aile içindeki rol ve sorumluluklarında meydana gelen değişimler bu araştırma kapsamında incelenen diğer bir konudur. Kronik hastalık tanısı alan bireyler açısından ev içi düzende hiçbir değişim yaşanmadığı ortaya çıkmıştır. Araştırma verilerinin toplandığı esnada COVID-19 Pandemisi sebebiyle kapanma ve sokağa çıkma yasaklarının yoğun şekilde uygulandığı ve bu sebeple herkesin evde olduğu göz önünde bulundurulursa ev içindeki roller ve sorumluluklarda kronik hastalık nedeniyle herhangi bir değişimin yaşanmaması beklenen bir durumdur. Bunun yanı sıra bu durum, çalışma kapsamında incelenen kronik hastalık türleri açısından; bu hastalıkların bireylerin günlük yaşamlarında ani ya da hızlı bir sınırlılık ortaya koymaması, günlük rutinlerin rahatlıkla devam ettirilmesi de bu sonucu etkileyebilir.

Kronik hastalık teşhisinin konulmasından sonra hasta yakınlarının aile içindeki rol ve sorumluluklarında bazı değişimlerin meydana geldiği bulunmuştur. Hasta yakınları aile içi rol ve sorumluluklarının bazılarını çocuklarına devrettiklerini ifade etmişlerdir. Bu durum ise pandemi esnasında okulların kapalı olması sebebiyle çocukların ev içerisinde daha fazla zaman geçirmelerinden ve sorumlulukları üstlenmelerinden kaynaklanabilir. Bu sayede ebeveyn ev içindeki diğer rollerinden uzaklaşıp ‘bakım veren’ rolünü daha kolay üstlenmiş olabilir.

Ev içerisindeki rol değişimleri demografik değişkenler açısından incelendiğinde, hasta yakınlarının demografik değişkenleri (cinsiyet, medeni durum, gelir, eğitim seviyesi, yaş, hastalık türü) ile rol değişimleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0.05$ ). Dolayısıyla **H13a, H13b, H13c, H13d ve H13e hipotezleri** reddedilmiştir. Bu durum kronik hastalıkla birlikte aile içinde yaşanan rol değişimlerinin cinsiyet, medeni durum, gelir, yaş gibi demografik özelliklerden bağımsız bir şekilde ortaya çıktığını ve ailedeki her bireyi etkilediğini düşündürülebilir. Çünkü bir hastalık durumunda aile içindeki rol ve görevlerin farklılaşması ve hastalık durumuna uyum sağlamak için çabalamak kaçınılmazdır (Tüzer, 2001, s.194).

Kronik hastalık tanısı almış bireylerin aile içi rol ve sorumluluklarında yaşanan değişim ile cinsiyet ve medeni durum değişkenleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ve **H12a ve H12c hipotezleri** reddedilmiştir. Ancak yaş değişkeni arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). **H12b hipotezi** kabul edilmiş olup; buna göre, 50 yaşının üzerinde kronik hastalık tanısı alan bireylerin rol değişimleri 18-33 yaş arasında olup kronik hastalık tanısı alan bireylerin rol değişiminden daha fazladır. 50 yaşının üzerindeki bireyler diğer yaş gruplarındaki bireylere göre evin içinde daha çok zaman geçirdiğinden ‘ideal’ bir bakım veren olarak görülebilmektedir. Dolayısıyla bu yaş grubundaki bireylerin evdeki diğer rol ve sorumluluklarının yanı sıra bakım veren rolünü üstlenmeleri beklenen bir durumdur. Golics vd. (2013), yaptıkları çalışmada kronik hastalıkların aileleri duygusal, finansal, aile ilişkileri, günlük yaşam aktiviteleri, bakım verenin sağlığı gibi çeşitli konularda etkilediğini ve bu etkiler sebebiyle ailelerdeki rol ve görevlerin değişebildiğini ortaya koymuştur (Golics vd., 2013, s. 795).

Kronik hastalık tanısı alan bireylerin gelir seviyeleri ile aile içi rol ve sorumluluklarındaki değişimleri incelendiğinde ise, 5000 TL ve daha az gelire sahip

olan bireylerin aile içi rol değişiminden daha çok etkilendiği ortaya çıkmıştır. Yüksek gelire sahip olmanın burada da mevcut düzenin korunmasında ve krizle baş etmede etkili olduğu görülmektedir ve **H12e hipotezi** kabul edilmiştir.

Kronik hastalık tanısı alan bireylerin eğitim seviyeleri ile aile içi rol ve sorumluluklarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar vermektedir ( $p<0.05$ ). Buna göre, ilköğrenim eğitim seviyesindeki kronik hastalık tanısı alan bireyler, diğer eğitim seviyelerindeki bireylere göre aile içi rol ve sorumlulukların değişiminden daha çok etkilenmektedir. Çünkü düşük eğitim seviyesi toplumda daha düşük gelire ve daha kötü yaşam koşullarıyla özdeşleştirilmektedir. Hastalık durumunun ortaya çıkması, bireyin iş hayatından uzaklaşmasına neden olursa mevcut gelir seviyesinin aynı düzeyde kalabilmesi için aile içinden başka birinin istihdama katılması gerekmektedir. Bu da doğrudan aile içindeki rol ve sorumlulukları etkilemekte ve değiştirmektedir. Dolayısıyla **H12d hipotezi** kabul edilmiştir.

Son olarak, bireylerin hastalık türü ile aile içi rol değişimleri arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Diğer bir deyişle kanser veya böbrek hastalıklarının teşhisi konmuş bireyler, kardiyovasküler hastalıklar teşhisi konmuş bireylere göre aile içi rol ve sorumlulukların değişiminden daha çok etkilenmektedir. Kanser hastalığının beraberinde getirdiği kemoterapi, radyoterapi gibi tedavi seçenekleri bireyleri genellikle yorgun düşürmekte, mevcut rollerini sürdürmesine engel olabilmektedir. Benzer şekilde böbrek hastalığı olan bireylerin sıklıkla diyalize girmesi de diğer hastalıklara kıyasla aile içindeki rol ve sorumlulukların daha çok değişmesine yol açacaktır.

Kronik hastalık tanısı alan bireyler ve hasta yakınlarında depresyonun varlığını ve aile içi rol değişimini saptamak amacıyla yapılan bu araştırmanın sonuçları ise şu şekildedir:

- Araştırmaya katılan bireylerin %51.2 (n=218)'si hasta yakını, %48.8 (n=208)'i kronik hastalık tanısı alan bireydir.
- Kronik hastalık tanısı alan bireylerin %54.3'ü erkek, %45.7'si kadındır. Yaş ortalamaları 41.19 ( $\pm$ SS: 12.78)'dur.
- Hasta yakınlarının %57.3'ü kadın, %42.7'si erkektir. Yaş ortalamaları 56.65 ( $\pm$ SS: 14.23)'tir.

- Kronik hastalık tanısı alan bireylerin hastalığa uyum puan ortalamaları 66.38 ( $\pm$ SS: 7.83) puan ile orta-iyi seviyededir.
- Kronik hastalık tanısı alan bireylerin hastalığa uyum puan ortalamaları ile demografik değişkenler arasında ilişki istatistiksel olarak incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre kronik hastalık tanısı alan bireylerin hastalığa uyum puan ortalamaları ile demografik değişkenlerden cinsiyet, medeni durum ve yaş değişkenleri arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Bunun yanı sıra kronik hastalık tanısı alan bireylerin hastalığa uyum puan ortalamaları ile demografik değişkenlerden gelir seviyesi, eğitim seviyesi ve teşhis konulan kronik hastalık türü ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ).
- Kronik hastalık tanısı alan bireylerin depresyon puan ortalamaları ile demografik değişkenlerden gelir, eğitim seviyesi ve teşhis konulan kronik hastalık türü ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). Bireylerin gelir ve eğitim seviyeleri yükseldikçe depresyon düzeyleri düşmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar ve kanser teşhisi olan bireylerin depresyon düzeyleri Kronik Akciğer Hastalığı ve Kronik Böbrek Hastalığı olan bireylere göre daha düşüktür.
- Hasta yakınlarının depresyon puan ortalamaları ile demografik değişkenler arasındaki ilişki istatistiksel olarak incelendiğinde hasta yakınlarının depresyon puan ortalamaları ile demografik değişkenlerden gelir seviyesi ve yakınlarının kronik hastalık türü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). Ancak hasta yakınlarının depresyon puan ortalamaları ile demografik değişkenlerden yaş, medeni durum, cinsiyet ve eğitim seviyesi arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ( $p>0.05$ ).
- Kronik hastalık tanısı alan bireyler ve hasta yakınlarının depresyon puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Buna göre hasta yakınlarının depresyon puan ortalamaları kronik hastalık tanısı alan bireylerin depresyon puan ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir ( $p<0.05$ ).
- Kronik hastalık tanısı alan bireylerin psikolojik sağlamlık puan ortalamaları ile demografik değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde, kronik hastalık tanısı alan bireylerin psikolojik sağlamlık puan ortalamaları ile demografik değişkenlerden cinsiyet, medeni durum, yaş ve teşhis konulan kronik hastalık

türü ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı ( $p>0.05$ ), bireylerin psikolojik sağlamlık puan ortalamaları ile gelir ve eğitim seviyesi arasındaki ilişki anlamlı bir farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ).

- Hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık puan ortalamaları ile demografik değişkenlerden yaş ve gelir seviyesi anlamlı bir ilişkiye sahip olsa da ( $p<0.05$ ), demografik değişkenlerden cinsiyet, medeni durum, yakınlarının kronik hastalık türü, yaş ve eğitim seviyesi arasında anlamlı ilişki tespit edilememiştir ( $p>0.05$ ).
- Kronik hastalık tanısı alan bireyler ve hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Kronik hastalık tanısı alan bireylerin psikolojik sağlamlık puan ortalamaları hasta yakınlarının psikolojik sağlamlık puan ortalamalarından anlamlı şekilde yüksektir ( $p<0.05$ ).
- Kronik hastalık tanısı alan bireylerin, kronik hastalığa uyum puan ortalamaları ile depresyon puan ortalamaları arasında negatif yönlü ve orta şiddette; bireylerin kronik hastalığa uyum puan ortalamaları ile psikolojik sağlamlık puan ortalamaları arasındaki ilişki pozitif yönlü ve orta şiddette; depresyon puan ortalamaları ile psikolojik sağlamlık puan ortalamaları arasında ise negatif yönlü ve orta şiddette bir korelasyon ilişkisi bulunmaktadır ( $p<0.05$ ).
- Hasta yakınlarının depresyon puan ortalamaları ile psikolojik sağlamlıkları arasında negatif yönlü ve orta şiddette bir korelasyon ilişkisi tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ).
- Kronik hastalık teşhisi alan bireylerin aile içi rol değişimi puan ortalamaları ile demografik değişkenlerden cinsiyet ve medeni durum değişkenleri arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı, yaş, gelir seviyesi, eğitim seviyesi ve teşhis konulan kronik hastalık türü ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ).
- Hasta yakınlarının aile içi rol değişimi puan ortalamaları ile demografik değişkenler arasında ilişki istatistiksel olarak incelendiğinde hasta yakınlarının aile içi rol değişimi puan ortalamaları ile demografik değişkenlerden cinsiyet, medeni durum, gelir seviyesi, eğitim seviyesi, yaş ve yakınlarının kronik hastalık türü arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir ( $p>0.05$ ).

## ÖNERİLER

Bu araştırma kapsamında belirlenen amaç doğrultusunda elde edilen bulgulardan yola çıkarak kronik hastalıkların yalnızca bireyi değil ailesini de etkilediği ve psikososyal desteğe duyulan ihtiyaç bir kez daha kanıtlanmıştır. Bu nedenle konuyla ilgili olarak planlanan öneriler mikro, mezzo ve makro boyutlarıyla aşağıda ele alınmıştır.

### *Mikro Boyuttaki Öneriler*

Kronik hastalık tanısı alan bireylerin hastalığa uyumlarını kolaylaştırabilmek ve depresyon durumlarını azaltabilmek için tanı konulduğu andan ihtiyaç duyacağı psikososyal desteği sağlayabilmek amacıyla hastalığın tedavi, hastaneye yatış, taburculuk durumlarının izlenmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmeti sunulan kuruluşlarda çalışan sosyal hizmet uzmanları kronik hastalık tanısı alan bireylerle bireysel görüşmeler yapmalı hastalığın hissettirdikleri, bu konuda neler yapabilecekleri, hastalığa uyumu artırmak için gerekli olan durumlar, tıbbi tedavinin süresi ve şekli, kendisinin ve ailesinin bu süreçte neler yaşayabileceği gibi konular hakkında bilgilendirme yapmalıdır. Bireylerin ve ailelerinin ihtiyaçlarını tespit edip onlara uygun sosyal hizmet müdahalesini sunmalıdır. Bu sayede bireylerin ve ailelerinin hastalığı uyumu kolaylaşacak, sürecin işleyişi hakkında bilgi sahibi olduklarından ortaya çıkabilecek kriz durumlarının etkisi hafifletilebilecektir.

Kronik hastalık tanısı alan bireylerin hastalıktan sonra aile içinde yaşadıkları rol kayıplarının etkilerinin azaltılabilmesi amacıyla bireyler yeni uğraşı ve hobi faaliyetlerine yönlendirilebilir.

### *Mezzo Boyuttaki Öneriler*

Araştırmaya katılan hasta yakını bireylerin depresyon düzeylerinin kronik hastalık tanısı alan bireylere göre anlamlı şekilde yüksek olması, kronik hastalıkların yalnızca bireyi değil ailesini de derinden etkileyen bir durum olduğunu bir kez daha ortaya koymaktadır. Dolayısıyla bireylere hastalık tanısı konulmasıyla birlikte ailesinin de sürece dahil edilip bilgilendirilmesi, onlarla da bireysel görüşmeler yapılması depresyon puanlarının azaltılabilmesi açısından önemlidir.

Öte yandan kronik hastalık tanısı alan bireyler ve yakınlarının depresyon puanlarını azaltmak amacıyla tıbbi sosyal hizmet uzmanları tarafından grup çalışmaları yürütülebilir.

Kronik hastalık tanısı almak sıklıkla ekonomik kayıplarla bağdaştırıldığından bireylerin mevcut sosyal yardım faaliyetlerini veya var olan ekonomik kaynaklar hakkında bilgilendirilmeleri yine kriz durumunun etkilerini hafifletebilmek için önemlidir.

Bireylere kronik hastalık tanısı konulduğunda kişilerin sosyal hizmet birimlerine yönlendirilip ailenin sosyo-ekonomik durumunun sosyal inceleme yoluyla değerlendirilmesi önerilmektedir. Bu sayede kişilerin istihdamdan ayrılıp ayrılmadığı, ailenin ekonomik kayıp yaşayıp yaşamadığı veya psikososyal desteğe ihtiyaç duyup duymadığı tespit edilebilecektir. Eğer ailede ekonomik kayıp yaşanırsa bunun nasıl telafi edildiği, işgücüne hangi aile üyesinin katıldığı, okul çağında bulunan çocukların olup olmadığı ve çocukların bu süreçten nasıl etkilendiği belirlenmelidir. Özellikle de aileye destek olmak adına çocukların okuldan ayrılıp işgücüne katılımının önüne geçecek düzenlemeler yapılmalıdır.

#### *Makro Boyuttaki Öneriler*

İlk olarak mezo boyut önerilerinde yer alan kronik hastalık tanısı alan bireylerin sosyal hizmet birimlerine yönlendirilmesi konusunun sistemli bir şekilde ele alınıp bu alanda faaliyet gösterecek bir altyapı hazırlanması gerekmektedir. Kronik hastalık tanısı alan bireylerin sosyal hizmet birimlerine yönlendirilmesi sözel bir yönlendirilme ile kalmamalı, SOYBİS, MERNİS, ABS benzeri bir sağlık sistemi oluşturulup bilgileri orada toplanmalıdır. Bir bireye kronik hastalık tanısı konulduğunda sosyal hizmet uzmanı ilgili sistem üzerinden hasta dosyasına erişebilmeli ve müdahalelerini planlayabilmelidir.

Ayrıca Tıbbi Sosyal Hizmet alanının faaliyet alanları ve etkilerinin görünür kılınması gerektiği düşünülmektedir. Sağlık kuruluşlarındaki personellerin ve hizmet alan bireylerin hangi durumlarda tıbbi sosyal hizmet birimlerine başvurulabileceğinin bilinmesi bireylerin ve ailelerinin yaşadığı hastalığın etkisinin azaltılmasında yardımcı olacaktır. Doktor, hemşire, psikolog, tıbbi sekreter, güvenlik çalışanları gibi çeşitli meslek gruplarının sosyal hizmet mesleğinin işleyişini iyi biliyor olması hangi durumlarda hangi müracaatçı gruplarını sosyal hizmet birimlerine yönlendirebilecekleri



konusunda onlara yardımcı olacaktır. Öte yandan İl Sağlık Müdürlüğü, Sağlıklı Hayat Merkezleri, Halk Sağlığı Birimleri gibi çeşitli sağlık kuruluşları sosyal hizmet uzmanlarıyla birlikte çeşitli eğitim programları düzenleyerek toplumun bilinçlendirilmesinde ve sosyal hizmetin görünür kılınmasında aktif çalışmalarda bulunmalı ve hastalıkların ortaya çıkmasında koruyucu-önleyici çalışmalar yürütmelidir.

Özelde tıbbi sosyal hizmet birimlerinin genelde ise sosyal hizmet mesleğinin tanıtılmasında medya araçlarının kullanılması topluluklara ulaşma konusunda büyük yarar sağlayacaktır. Tanıtıcı faaliyetler hazırlanırken sosyal medya platformları, kamu spotları ve TV programlarının kullanılması daha büyük kitlelere ulaşma konusunda yarar sağlayabilir.

Politikalar yönünden bakıldığında bu alanda kullanılan Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulaması Yönergesi'nin güncellenerek birimlerin faaliyetlerinin detaylıca belirlenmesi ve uygulamada yol gösterici olması önerilmektedir. Bu sebeple politika koyucuların ilgili alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarıyla birlikte çalışmalar yürütmesi önerilmektedir.

Sosyal hizmet mesleğinin ailelerin yaşam döngülerini sağlıklı şekilde tamamlamalarına yardımcı olduğu bir gerçektir. Bahsedilen tüm bu süreçte sağlık kuruluşları diğer sosyal hizmet kuruluşlarıyla iş birliği içerisinde olup gerekli durumlarda gerekli müdahaleyi yapmak için hazır bulunacak sosyal hizmet uzmanları istihdam etmelidir.

Son olarak kronik hastalıkların psikososyal etkileri, depresyon ve diğer psikolojik problemler üzerine çok sayıda çalışma olsa da yapılan literatür incelemesinde kronik hastalıklarda aile içindeki rol değişimlerine odaklanılan çalışmalara rastlanılamamıştır. Ülkemizde kronik hastalık tanısı alan birey sayısı oldukça fazlayken hastalıkların ev içi rollere olan etkilerinin araştırılmasının bireylerin hastalığa uyumu ve yaşam kalitelerini artırmada etkili olacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKÇA

- Adaylar, M. (1995). *Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığındaki tutum, adaptasyon, algı ve öz bakım yönelimleri*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul.
- Addor, V., Santos-Eggimann, B., Fawer, C.L., Paccaud, F. ve Calame, A. (1997). Enrollment of a population-based cohort of newborns at higher risk of developing a chronic condition: The EDEN study. *Etude du Developpement des Nouveau-nés Study. Int J Epidemiol* 26, 340–348.
- Akdemir, N. (2005). Kronik Hastalıklar ve Sorunları. Akdemir, N. ve Birol, L. (eds.) *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı* içinde, s.193-200. Sistem Ofset, Ankara.
- Akdemir, N. ve Birol, L. (2005). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. Sistem Ofset, Ankara.
- Akdemir, N., Bostanoğlu, H., Yurtsever, S., Kutlutürkan, S., Kapucu, S. ve Özer, Z.C. (2011). Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri, *Dicle Tıp Dergisi*, 38(1), 57-65.
- Akın, S ve Durna, Z. (2006). Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10 (2), 1-8.
- Akyol-Güner, T., Erdoğan, Z., Özdemir, B., Çoban, G. ve Aksu, N. (2018). Kronik böbrek yetmezliği hastalarının bakım vericilerinin yaşam kalitesi. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2(13), 91-97.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Beşinci Baskı (DSM-5)*. Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Armay, Z., Özkan, M., Kocaman, N. ve Özkan, S. (2007). Hastalık Algısı Ölçeği'nin Kanser Hastalarında Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Klinik Psikiyatri*, 10, 192-200.
- Asbring, P. (2001). Chronic Illness –A Disruption in Life Identity- Transformation Among Women With Chronic Fatigue Syndrome and Fibromyalgia. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (3), 312-319.

- Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M. ve Yılmaz-Özpolat, A. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3 (3), 513-552.
- Ateşçi, F. Ç., Oğuzhanoglu, N. K., Baltalarlı, B., Karadağ, F., Özdel, O. ve Karagöz, N. (2003). Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14 (2), 145 – 152.
- Austalian Institute of Health and Welfare. (2022). Chronic Disease. Erişim Tarihi: 20.01.2023 <https://www.aihw.gov.au/reports-data/health-conditions-disability-deaths/chronic-disease/overview>
- 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 ilişkili özelliklerin değerlendirilmesi. *Sakarya Med J*, 5(4), 199-203.
- Aydoğan, Ü., Doğaner, Y.Ç., Borazan, E., Kömürçü, Ş., Koçak, N., Öztürk, B., Özet, A. ve Sağlam, K. (2012). Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının ilişkisi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 16 (2), 55-60.
- Aykara, A. ve Akçay, S. (2010). Kronik hastalığı olan bireylerin toplumla bütünleşmelerinde sosyal hizmet uygulamaları. *Ufku Ötesi Bilim Dergisi*, 10 (1-2), 51-66.
- Bahar, A. (2008). Kronik hastalıklarda umutsuzluk düzeyinin belirlenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, Ocak-Nisan Sayısı, 38-43.
- Beck, A. T. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beser, N.G. ve Öz, F. (2003). Kemoterapi alan lonfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7 (1), 47-58.
- Bolton, D. ve Gillett, G. (2019). *The biopsychosocial model of health and disease: New philosophical and scientific developments*. Springer International Publishing, Palgrave Pivot.
- Brown, G.C. (2015). Living too long: The current focus of medical research on increasing the quantity, rather than the quality, of life is damaging our health and harming the economy. *EMBO Rep*, 16 (2), 137–141.
- Bunyavanich, S., Rifas-Shiman, S.L., Platts-Mills, T.A., Workman, L., Sordillo, J.E. Camargo, C.A. Gillman, M.W. Gold, D.R. ve Litonjua, A. (2014). Peanut, milk, and wheat intake during pregnancy is associated with reduced allergy and asthma in children. *J Allergy Clin Immunol*, 133, 1373-1382.

- Büyüköztürk, Ş. (2016). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*. 22. Baskı, Pegem Akademi, Ankara.
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç-Çakmak, E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2021). *Eğitimde Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. 31. Baskı, Pegem Akademi, Ankara.
- Carels, R.A., Musher-Eizenman, D., Cacciapaglia, H., Perez-Benitez, C., Christie, S. ve O'Brien, W. (2004). Psychosocial functioning and physical symptoms in heart failure patients a within-individual approach. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 95–101.
- Camargo, C., Weiss, S., Zhang, S., Willett, W.C. ve Speizer, F.E. (1999). Prospective study of body mass index, weight change, and risk of adult-onset asthma in women. *Arch Intern Med.*, 159 (21), 2582-2588.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *About Chronic Disease*. Erişim Tarihi: 21.01.2023 <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>
- Charmaz, K. (1995). The Body, Identity, and Self- Adapting To Impairment, *The Sociological Quarterly*, 36, (4), 657-680.
- Corbin, C.B., Welk, G.J., Corbin, W.R. ve Welk, K. (2016). *Concepts of Fitness and Wellness: A Comprehensive Lifestyle Approach*. 11th ed. St. Louis, McGraw-Hill.
- Couper, J. ve Harari, E. (2004). Use of the psychiatric consultation letter as a therapeutic tool. *Australasian psychiatry*, 12(4), 365-368.
- Can, Ö.G. ve Duyan, V. (2022). Kanser hastalarının ve bakım veren aile üyelerinin psikososyal açıdan incelenmesi. Duyan V., Karataş M., Pak Güre M.D. (Eds), *Onkolojik Sosyal Hizmet* içinde, s.129-142. Birinci Baskı, Yeni İnsan Yayınevi, İstanbul.
- Çam, O. ve Nehir, S. (2011). Miyokart infarktüsü geçirmiş hastaların psikososyal uyumları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 27 (2), 47-59.
- Çakmak, S., Nural, N. ve Gürses, S. (2022). Koroner arter hastalarında tanrı algısının psikososyal uyum üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 38(2), 118-126.
- Çivi, S., Kutlu, R. ve Çelik, H.H. (2011). Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi*, 53 (4), 248-253.
- Demir-Doğan, M., 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.

- Diyaliz Merkezleri Hakkındaki Yönetmelik. T.C. Resmi Gazete, 30701, 01.03.2019
- Dogar, I.A., Azeem, M.W., Kiran, M., Mehmood, K. ve Hina, I. (2009). Depression and anxiety in cancer patients in outpatient department of a tertiary care hospital in Pakistan. *Pac. J. Med. Sci*, 25 (5), 734-737.
- Doğan, T. (2015). Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *The Journal of Happiness ve Well-Being*, 3(1), 93-102.
- Duyan, V. (1996). *Tıbbi Sosyal Hizmet: Sağlıkta Psikososyal Boyut*. TDFO Bilg. Yayıncılık, Ankara.
- Dülgerler, Ş. ve Çam, O. (2016). Kanser tanısı konan hastalarda tanıyı söyleme süreci ve hemşirelik yaklaşımları. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 15-19.
- Ede, L.V., Yzermansi C.J. ve Brouwer, H.J. (1999). Prevalence of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review. *Thorax*, 54, 688-692.
- Elbi-Mete, H. ve Önen, Ö. (2001). Kanserli hastalarda depresyon. *Duygudurum Dizisi*, 4, 184-191.
- Engel, G.L. (1978). The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Annals of The New York Academy of Sciences*, 310 (1), 169-181.
- Erözenci, A. (2013). *Bir Türk Filmi Olarak Kanser, Kanserle İletişim*. Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- Eryiğit-Günler, O. (2019). Kronik Hastalıkların Yol Açtığı Bazı Toplumsal Problemler. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (42), 392-400.
- Esen, B., Sağlam Gökmen, E., Atay, A. E., Sarı, H., Karakoç, A., Kahvecioğlu, S., Kayabaşı, H. ve Şit, D. (2015). Son dönem böbrek yetmezliğinde renal replasman tedavilerine göre anksiyete ve depresyonun varlığı ve etkileyen faktörler. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 2015, 24 (3), 270-277.
- European Academy of Allergy and Clinical Immunology, EAACI. (2021). *Global Atlas of Asthma*. 2nd Edition. Erişim Tarihi: 28.02.2020 <https://www.eaaci.org/newsfeed/4790-globalatlasofasthma>
- Findley, P.A. (2014). Social work practice in the chronic care model: Chronic illness and disability care. *Journal of Social Work*, 14(1), 83-95.
- Fallowfield, L. (1995). Helping the relatives of patients with cancer. *Eur J Cancer*, 31A, 1731-1732.

- Fuseini, H. ve Newcomb, D.C. (2017). Mechanisms driving gender differences in asthma. *Curr Allergy Asthma Rep.* 17 (3), 1-13.
- Gagnon, L.M. ve Patten, S.B. (2002). Major depression and its association with long-term medical conditions. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(2), 149-152.
- Gemalmaz, A. ve Avşar, G. (2015). Kanser tanısı ve sonrası yaşananlar: Kalitatif bir çalışma. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12 (2), 93-98.
- Gerteis, J., Izrael, D., Deitz, D., LeRoy, L., Ricciardi, R., Miller, T. ve Basu, J. (2014). *Multiple Chronic Conditions Chartbook*. AHRQ Publications No: Q14-0038. MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville.
- Given, B.A., Given, C.W. ve Sherwood, P. (2012). The challenge of quality cancer care for family caregivers. *Seminars in Oncology Nursing*, 28 (4), 205-212.
- Global Initiative for Asthma. (2021). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*, Updated 2021.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease- GOLD. (2022). *Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2022 Report*. Erişim Tarihi: 02.03.2022. <https://goldcopd.org/2022-gold-reports-2/>
- Golics, C.J., Khursid, M., Basra, A. Salek, M. S. ve Finlay, A.Y. (2013). The impact of patients' chronic disease on family quality of life: An experience from 26 specialties. *International Journal of General Medicine*, 6, 787-798.
- Gök Metin, Z. ve Helvacı, A. (2020). The correlation between quality of life, depression, anxiety, stress, and spiritual well-being in patients with Heart Failure and family caregivers. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 11 (25), 60–70.
- Gülseven, B. ve Oğuz, S. (2014). Kronik Durumlar. Karadakovan A., Eti Aslan F. (Eds.) *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım* içinde, s. 91-104, Geliştirilmiş 3. Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara.
- Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P., Yıldırım, A. ve Uslu, S. (2010). Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalık tanısı alan bireylerde anksiyete ve depresyon. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9 (3), 209-216.
- Hill, N.R., Fatoba, S.T., Oke, J.L., Hirst, J.A., O'Callaghan, C.A., Lasserson, D.S. ve Hoobs, R. (2016). Global prevalence of chronic kidney disease- A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 11(7), 1-18.
- Hirschfeld, R.M.A., Keller, M.B., Panico, S., Arons, B.S., Barlow, D., Davidoff, F., Endicott, J., Froom, J., Goldstein, M., Gorman, J.M., Guthrie, D., Marek, R.G., Maurer, T.A., Meyer, R., Phillips, K., Ross, J., Schwenk, T.L., Sharfstein, S.S.,

- Thase, M.E. ve Wyatt, R.J. (1997). The national depressive and manic-depressive association consensus statement on the undertreatment of depression. *JAMA*, 277 (4), 333-340.
- Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7 (23), 3-13
- Işıkhan, V. (2007). Kanser ve sosyal destek. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 18(1), 15-29.
- Işıkhan, V. (2021). Kanser ve Sosyal Hizmet. Aysan Ü. (Ed.) *Tıbbi Sosyal Hizmet El Kitabı* içinde, s.153-179, 1. Baskı, Grafiker Yayınları, Ankara.
- Işıkhan, V., Kömürcü, Ş., Özet, A., Arpacı, F., Öztürk, B., Tufan, B. ve Yalçın, A. (1998). Kanser hastalarının sosyal destek sistemleri, benlik saygıları ve bazı ruhsal belirtileri. *Türk Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 8(4), 215-221.
- Kacaroglu-Vicdan, A. ve Birgili, F. (2018). The Validity and Reliability Study for Developing AnAssessment Scale for Adaptation to Chronic Diseases. *Journal of Current Researches on Health Sector*, 8(2), 135-144.
- Kalyoncu, A.F., Demir, A.U., Özçakar, B., Bozkurt, B. ve Artvinli, M. (2001). Asthma and allergy in Turkish university students two cross-sectional surveys 5 years apart. *Allergol Immunopathol*, 29(6), 264-271.
- Kandemir, O. ve Kaya, F. (2010). Gelir dağılımının yükseköğretimde fırsat eşitliğine etkisi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 18(2), 557-566.
- Kaplan, C.P. ve Miner, M.E. (2000). Relationship: importance for patients with cerebral tumours. *Brain Injury*, 14, 3, 251-259.
- Karadakovan, A. ve Eti Aslan, F. (2014). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Nobel Tıp Kitapevleri, Adana.
- Kaya-Akı, M. ve Demir-Dikmen, Y. (2012). Hemodiyaliz hastalarına primer bakım veren aile üyelerinin bakım yükleri ve yaşam kaliteleri üzerine bir gözden geçirme. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(3), 24-28.
- Kelly, M. P. ve M. Millward, L. M. (2004). Identity and Illness. Kelleher D. and Leavey G. (Eds.) In *Identity and Health*, s.1-18, Routledge, New York.
- Kılıç, S. (2016). Cronbach'ın Alfa Güvenirlik Katsayısı. *Journal of Mood Disorders*, 6 (1), 47-48.
- Kleinman, A., Eisenberg, L. ve Good, B.J. (1978). Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropologic and cross cultural research. *Annals of Interenal Medicine*, 88(2), 251-258.

- Kocaman, N. (2005). Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(1), 49-51.
- Korkmaz, T. ve Tel, H. (2010). KOAH'lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13 (2), 79-86.
- Kömürcüoğlu, B., Balıoğlu, M., Öztuna, I., Büyüksirin, M., Işık, E. ve Perim, K. (2000). KOAH'lı erkek olgularda depresyon. *Toraks Dergisi*, 1 (3), 31-34.
- Kumsar, K.A. ve Yılmaz, T.F. (2014). Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 62-70.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. Macmillan, NewYork.
- Kynnyk, J.A., Mastronarde, J.G. ve McCallister, J.W. (2011). Asthma, the sex difference. *Curr Opin Pulm Med*. 17(1), 6-11.
- Lawrence, E. (2012). The impact of chronic illness on the family. *Ig Living*, 20-25.
- Lorcu, F. (2020). *Örneklerle Veri Analizi SPSS Uygulamalı*. İkinci Baskı, Detay Yayıncılık, Ankara.
- Marrs, J.A. (2006). Stress, fears, and phobias: The impact of anxiety. *Clin J Oncol Nurs*, 10, 319-322.
- Maslova, E., Strom, M., Oken, E., Campos, H., Lange, C., Gold, D. ve Olsen, S.F. (2013). Fish intake during pregnancy and the risk of child asthma and allergic rhinitis - longitudinal evidence from the Danish National Birth Cohort. *British Journal of Nutrition*, 110, 1313-1325.
- Matson, R. R., ve Brooks, N. A. (1977). Adjusting to multiple sclerosis: An exploratory study. *Social Science and Medicine*, 11(4), 245–250.
- McMurray, J.J.V., Adamopoulos, S., Anker, S.D., Auricchio, A., Böhm, M., Dickstein, K., Falk, V., Filippatos, G., Fonseca, C., Gomez-Sanchez, M.A., Jaarsma, T., Kober, L., Lip, G.Y.H., Maggioni, A.P., Parkhomenko, A., Pieske, B.M., Popescu, B.A., Ronnevik, P.K., Rutten, F.H., Schwitter, J., Seferovic, P., Stepinska, J., Trindade, P.T., Voors, A.A., Zannad, F. ve Zeiher, A. (2012). Akut ve kronik kalp yetersizliği tanı ve tedavisine yönelik 2012 ESC kılavuzu. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 3, 77-137.
- Megari, K. (2013). Quality of life in chronic disease patient. *Health Psychology Research*, 1 (27), 141-148.
- Mertler, C.A. (2022). *Introduction to Educational Research*. 3th Edition. SAGE Publications.



- Mete H.E. (2008). Kronik Hastalıklar ve Depresyon, *Klinik Psikiyatri*, 11(EK-3), 3-18.
- Mokdad, A.H., Marks, J.S., Stroup, D.F. ve Gerberding, J.L. (2004). Actual causes of death in the United States-2000. *JAMA*, 291, 1238-1245.
- National Kidney Foundation. (2014). *Council of Nephrology Social Workers, Standards of Practice for Nephrology Social Work*. T. Browne, L.Peace, D. Perry (Ed.) 6th Edition. New York.
- Neild, G.H. (2017). Life expectancy with chronic kidney disease: An educational Review. *Pediatric Nephrology*, 32 (2), 243-248.
- Newby, N.M. (1996), Chronic illness and the family life-cycle. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 786-791.
- Oksel, C. ve Custovic, A. (2018). Development of allergic sensitization and its relevance to paediatric asthma. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*, 18(2), 109-116.
- Okyayuz, Ü. (1995). Ölüm ve ölümcül hastalık. *Kriz Dergisi*, 3(1-2), 167-171.
- Özbesler, C. (2017). Tıbbi Sosyal Hizmete Giriş ve Tıbbi Sosyal Hizmet Uzmanının Rollerini. Attepe Özden S, Özcan E. (eds). *Tıbbi Sosyal Hizmet içinde*, 1. Baskı. s. 4-12, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
- Özbesler, C. ve İçağasıoğlu-Çoban, A. (2010). Hastane ortamında sosyal hizmet uygulamaları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21 (2), 31-46.
- Özdemir, Ü. ve Taşçı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.
- Özkan, S. (1993). *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi*. Roche Yayınları.
- Özkan, S. (1999). *Psikiyatrik ve psikososyal açıdan kanser. Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi 1998-1999*. İstanbul.
- Pak, M.D. (2017). Nadir hastalıklarda sosyal hizmetin rolü. *Sağlık ve Toplum*, 27(3), 3-13.
- Pandley, M., Sarita, G.P., Devi, N., Thomas, B.C., Hussain, B.M. ve Krishnan, R. (2006). Distress, anxiety, and depression in cancer patients undergoing chemotherapy. *World Journal of Surgical Oncology*, 4, 68.
- Peterson, R. ve Green, S. (2009). *Families First: Keys to Successful Family Functioning, Family Roles*.
- Rhee, Y.S., Yun, Y.H., Park, S., Shin, D.O., Lee, K.M., Yoo, H.J., Kim, J.H., Kim, S.O., Lee, R., Lee, Y.O. ve Kim, N.S. (2008). Depression in family caregivers of

- cancer patients: The feeling of burden as a predictor of depression. *Journal of Clinical Oncology*, 26 (36), 5890-5895.
- Ritchie, H. ve Roser, M. (2018). Causes of Death. *Published online at OurWorldInData.org* Erişim Tarihi: 04.10.2021 <https://ourworldindata.org/causes-of-death>
- Rolland, J.S. (1993). *Mastering Family Challenges in Serious Illness and Disability, Normal Family Processes*. F Walsh (Ed), 452-482, Guilford Press, New York.
- Rolland, J.S. (1999). Parental illness and disability: A family systems framework. *Journal of Family Therapy*, 21, 242-266.
- Samson, A., Siam, H. ve Lavigne, R. (2007). Psychosocial adaptation to chronic illness: Description and illustration on an integrated task-based model. *Intervention*, 127, 16-28.
- Schwarz, K.A ve Elman, C.S. (2003) Identification of factors predictive of hospital readmissions for patients with heart failure. *Heart Lung*, 32(2), 88-99.
- Serper Yıldız, Z. (2016). *Kanser Hastalarında Travma Sonrası Stres Belirtileri, Travma Sonrası Gelişim ve Kendini Açma*. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Sertöz, Ö. Ö. ve Mete, H. E. (2004). Bedensel Hastalıklarda Depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2, 63 – 69.
- Sidell, N.L. (1997). Adult adjutment to chronic illness: a review of the literatüre. *Health and Social Work*, 22 (1), 5-11.
- Song, M. ve Giovannucci, E. (2016). Preventable incidence and mortality of carcinoma associated with lifestyle factors among whiteadults in the United States. *JAMA Oncology*, 2, 1154-1161.
- Süleymanlar, G., Utaş, C., Arinsoy, T., Ateş, K., Altun, B., Altıparmak, M.R., Eçder, T., Yılmaz, M.E., Çamsarı, T., Başçı, A., Odabas, A.R. ve Serdengeçti, K. (2011). A population-based survey of Chronic RENal Disease In Turkey- CREDIT study. *Nephrol Dial Transplant*, 26, 1862-1871.
- Şentürk, S., Bıçak, D. ve Akça, D. (2018). Kanserli hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5 (1), 35-39.
- Tacón, A.M. (2011). PTSD in the context of malignant disease. In E. Ovuga (Ed.), *Post Traumatic Stress Disorders in a Global Context*. Gulu University, Uganda: InTech Publishing.
- Tarlo, S.M. ve Lemiere, C. (2014). Occupational asthma. *N Engl J Med.*, 370(7), 640-649.

- T.C. Sağlık Bakanlığı (2001). *Kanser Konusunda Genel Bilgiler*. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). *Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları*. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Y. Erkoç ve N. Yardım (ed.) Sağlık Bakanlığı Yayın No 809, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014). *Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2014-2017)*. Sağlık Bakanlığı Yayın No 947, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2017). *Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Ve Çok Paydaşlı Eylem Planı (2017-2025)*. Sağlık Bakanlığı Yayın No 1056, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). *Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2018-2023)*. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No 1117, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021). *Türkiye Kanser Kontrol Programı*. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Tegin, B. (1980). *Depresyonda Bilişsel Şemalar*. Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Yayımlanmamış Doktora Tezi.
- Terakye, G. (2011). Kanserli hasta yakınlarıyla etkileşim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4 (2), 78-82.
- Theofanidis, D. (2007). Chronic illness in childhood: Psychosocial adaptation and nursing support for the child and family. *Health Science Journal*, 1 (2), 1-9.
- Thom, T., Haase, N., Rosamond, W., Howard, V.J., Rumsfeld, J., Manolio, T., Zheng, Z., Flegal, K., O’Donnel, C., Kittner, S., Lloyd-Jones, D., Goff, D.C. ve Hong, Y. (2006). Heart disease and stroke statistics 2006 update: A report from the American Heart Association Statistics, *Circulation*, 85-151.
- Thomsen, S.F. (2015). Genetics of asthma-an introduction for the clinician. *Eur Clin Respir J*. 16 (2), 1-5.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2019). *Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri*. Erişim Tarihi: 06.05.2021 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>
- Tüzer, V. (2001). Kronik hastalıklar ve yeti yitiminde sistemik aile yaklaşımı. *Klinik Psikiyatri*, 4, 193-201.
- Walker, S. ve Hill-Polerecky, D. (1996). *Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile II*. II. Unpublished Manuscript, Omaha, University of Nebraska Medical Center.

- Wenzel, S.E. (2012). Asthma phenotypes: The evolution from clinical to molecular approaches. *Nature Medicine America*, 18 (5), 716-725.
- Westbom, L., Kornfalt, R. (1987). Chronic illness among children in a total population. An epidemiological study in a Swedish primary health care district. *Scand J Soc Med*, 15, 87-97.
- World Health Organization. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva. Erişim Tarihi: 23.11.2021  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241599979>
- World Health Organization. (2012). *Guideline, Sodium intake for adults and children*. Geneva. Erişim Tarihi: 23.11.2021  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241504836>
- World Health Organization. (2013A). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Geneva. Erişim Tarihi: 04.06.2021  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>
- World Health Organization. (2013B). *A global brief on hypertension*. Geneva. Erişim Tarihi: 23.11.2021 <https://www.who.int/publications/i/item/a-global-brief-on-hypertension-silent-killer-global-public-health-crisis-world-health-day-2013>
- World Health Organization. (2014). *Global status report on noncommunicable disease*. Geneva. Erişim Tarihi: 08.06.2021  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf)
- World Health Organization. (2016A). *Global report on diabetes*. Geneva. Erişim Tarihi: 23.11.2021 <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565257>
- World Health Organization. (2016B). *Final report of the Commission on Ending Childhood Obesity*. Geneva. Erişim Tarihi: 23.11.2021  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204176/9789241510066\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204176/9789241510066_eng.pdf)
- World Health Organization. (2018A). *Ambient air pollution, global exposure and burden of disease*. Geneva. Erişim Tarihi: 23.11.2021  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250141/9789241511353-eng.pdf>
- World Health Organization. (2018B). *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva. Erişim Tarihi: 23.11.2021  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>

- World Health Organization. (2018C). *Noncommunicable Diseases Country Profiles 2018*. Geneva. Erişim Tarihi: 23.11.2021  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512>
- World Health Organization. (2021). *Global air quality guidelines. Particulate matter (PM2.5 and PM10), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide*. Geneva. Erişim Tarihi: 28.02.2022  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345329>
- World Health Organization. (2022A). *Noncommunicable Disease*. Erişim Tarihi: 21.01.2023  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases#:~:text=Each%20year%2C%2017%20million%20people,-%20and%20middle-income%20countries>
- World Health Organization. (2022B). *International Agency for Research on Cancer 2022*. Erişim Tarihi: 29.03.2022  
<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>
- Yıldırım, B., Acar, M. ve Tuncay, T. (2013). Onkoloji alanında sosyal hizmet uzmanlarının görevleri ve kanıta dayalı değerlendirme. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 24 (1), 169-189.
- Yıldırım, S. ve Gürkan, A. (2010). Psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 26 (1), 87-97.
- Zastrow, C. (2015). *Sosyal Hizmete Giriş*. 5. Baskı, Nika Yayınevi, Ankara.
- Zengin, O. (2016). Nefrolojik Sosyal Hizmet: Kronik böbrek yetmezliğinde sosyal hizmet müdahalesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 25 (3), 221-226.
- Zengin, O. ve Yıldırım, B. (2017). Hemodiyaliz hastalarının psikososyal sorunlarına ilişkin algıları. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 26(1), 67-73.
- Zengin, O., Yıldırım, B. ve Erbay, E. (2018). Anxiety, coping and social support among parent who have children with chronic kidney disease. *Konuralp Tıp Dergisi*, 10 (3), 311-317.

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b> Araştırmada test edilen hipotezler .....	21
<b>Tablo 2:</b> GFH değerine göre böbrek hastalığı sınıflandırılması .....	44
<b>Tablo 3:</b> Kronik hastalık tanısı alan bireyler için ölçüm araçlarının normallik değerleri .....	61
<b>Tablo 4:</b> Kronik hastalık tanısı alan birey yakınları için ölçüm araçlarının normallik değerleri .....	61
<b>Tablo 5:</b> Kronik hastalık tanısı alan bireyler için ölçüm araçlarının güvenilirlik analizi .....	62
<b>Tablo 6:</b> Kronik hastalık tanısı alan birey yakınları için ölçüm araçlarının güvenilirlik analizi .....	63
<b>Tablo 7:</b> Araştırmaya katılan katılımcıların dağılımı .....	64
<b>Tablo 8:</b> Katılımcıların demografik özellikleri .....	65
<b>Tablo 9:</b> Kronik hastalık teşhisi konmuş katılımcıların kronik hastalığa uyumu değerlendirme ölçeğinden aldığı puanlar .....	66
<b>Tablo 10:</b> Kronik hastalık tanısı alan bireylerin hastalığa uyum düzeyleri .....	67
<b>Tablo 11:</b> Kronik hastalık tanısı alan bireylerin kronik hastalığa uyum düzeyleri ve demografik değişkenlere göre t-testi sonuçları .....	68
<b>Tablo 12:</b> Kronik hastalık tanısı alan bireylerin kronik hastalığa uyum düzeyleri ve demografik değişkenler göre anova testi sonuçları .....	69
<b>Tablo 13:</b> Kronik hastalık tanısı alan bireylerin beck depresyon ölçeğinden aldığı puanlar .....	71
<b>Tablo 14:</b> Kronik hastalık tanısı alan birey yakınlarının beck depresyon ölçeğinden aldığı puanlar .....	73
<b>Tablo 15:</b> Kronik hastalık tanısı alan bireylerin depresyon puanlarının hastalık türüne göre dağılımı .....	74
<b>Tablo 16:</b> Katılımcıların depresyon düzeyleri .....	74
<b>Tablo 17:</b> Katılımcıların depresyon düzeyleri arasındaki ilişki .....	75

<b>Tablo 18:</b> Katılımcıların depresyon düzeyleri ve demografik değişkenlere göre t-testi sonuçları.....	76
<b>Tablo 19:</b> Katılımcıların depresyon düzeyleri ve demografik değişkenler göre anova testi sonuçları .....	77
<b>Tablo 20:</b> Kronik hastalık tanısı alan bireylerin psikolojik sağlamlık düzeyleri .....	79
<b>Tablo 21:</b> Kronik hastalık tanısı alan birey yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeyleri .....	79
<b>Tablo 22:</b> Katılımcıların psikolojik sağlamlıkları arasındaki ilişki .....	80
<b>Tablo 23:</b> Katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeyleri ve demografik değişkenlere göre t-testi sonuçları.....	81
<b>Tablo 24:</b> Katılımcıların kısa psikolojik sağlamlık ölçeği'nden aldıkları puanların demografik değişkenler göre anova testi sonuçları.....	82
<b>Tablo 25:</b> Kronik hastalık tanısı alan bireylerin kronik hastalığa uyum, depresyon ve psikolojik sağlamlıkları arasındaki ilişki .....	83
<b>Tablo 26:</b> Kronik hastalık tanısı alan birey yakınlarının depresyon ve psikolojik sağlamlıkları arasındaki ilişki .....	83
<b>Tablo 27:</b> Kronik hastalık teşhisi konmuş katılımcılar için kronik hastalık teşhisinden sonra evdeki rol ve sorumlulukların değişimi.....	85
<b>Tablo 28:</b> Kronik hastalık tanısı alan birey yakınlarının kronik hastalık teşhisinden sonra evdeki rol ve sorumlulukların değişimi.....	86
<b>Tablo 29:</b> Katılımcıların kronik hastalık teşhisinden sonra evdeki rol ve sorumlulukların değişimi ve demografik değişkenlere göre t-testi sonucu .....	87
<b>Tablo 30:</b> Katılımcıların kronik hastalık teşhisinden sonra evdeki rol ve sorumlulukların değişimi ve demografik değişkenler göre anova testi sonuçları .....	89

## ŞEKİLLER LİSTESİ

<b>Şekil 1:</b> Kronik hastalıkların risk faktörleri.....	34
<b>Şekil 2:</b> Dünya çapında ölümlerin kategorik dağılımı, 1990-2019 .....	51
<b>Şekil 3:</b> Dünya çapında, hastalık bazında ölüm oranları, 1990-2019.....	52



## EKLER

### Ek 1: Etik Kurul Onay Belgesi



T.C.  
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL ve BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU  
KARARLARI

TOPLANTI TARİHİ : 04.03.2021  
TOPLANTI NO : 2021/02

Karabük Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu toplanmış ve aşağıdaki kararı almıştır.

**Karar 34:**

23/02/2021 tarihli Prof. Dr. Gülay GÜNAY'ın Etik Kurul form ve ekleri görüşüldü.

Karabük Üniversitesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Gülay GÜNAY danışmanlığında yürütülen “**Kronik Hastalığa Sahip Bireyler ve Aile Üyelerinde Depresyon ve Aile İçi Rol Değişimine İlişkin Araştırma**” konulu çalışma kapsamında uygulanmak üzere ekte sunulan çalışmasının etik kurallara uygunluğu oy birliği ile kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Elif ÇEPNİ  
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurul Başkanı

## **Ek 2:** Kronik Hastalıklara Uyumu Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni



ayşe kacaroğlu vicdan [REDACTED]

Alıcı: ben ▾

Sayın Çağla Abdan,

Kronik Hastalıklara Uyumu Değerlendirme Ölçeği'ni çalışmanızda kullanabilirsiniz.  
Kolay gelsin

**Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KACAROĞLU VİCDAN**

**Muğla Sıtkı Koğman Üniversitesi**

**Sağlık Bilimleri Fakóltesi Hemřinelik Bölümü**

**Assistant Professor Ayşe KACAROĞLU VİCDAN**

**Mugla Sıtkı Kocman University**

**Faculty of Health Sciences Department of Nursing**

### **Ek 3:** Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Kullanım İzni



**Tayfun Dogan**

Alici: ben ▼

Merhaba,  
Ölçeği web sitemden indirerek kullanabilirsiniz.  
İyi çalışmalar dilerim.

Prof. Dr. Tayfun Doğan  
Biruni Üniversitesi  
[www.tayfundogan.net](http://www.tayfundogan.net)

#### Ek 4: Demografik Bilgi Formu

##### 1. Soruları yanıtlayan kişi:

- Hasta  
 Hasta Yakını (Yakınlığı: )

##### 2. Cinsiyetiniz:

Hasta	Hasta Yakını
<input type="checkbox"/> Kadın	<input type="checkbox"/> Kadın
<input type="checkbox"/> Erkek	<input type="checkbox"/> Erkek

##### 3. Yaşınız:

Hasta	Hasta Yakını

##### 4. Medeni Durumunuz:

Hasta	Hasta Yakını
<input type="checkbox"/> Evli	<input type="checkbox"/> Evli
<input type="checkbox"/> Bekar (Boşanmış / Eşi Vefat Etmiş )	<input type="checkbox"/> Bekar (Boşanmış / Eşi Vefat Etmiş )

##### 5. Eğitim Durumunuz:

Hasta	Hasta Yakını
<input type="checkbox"/> Okur- yazar değil	<input type="checkbox"/> Okur- yazar değil
<input type="checkbox"/> Okur-yazar	<input type="checkbox"/> Okur-yazar
<input type="checkbox"/> İlkokul	<input type="checkbox"/> İlkokul
<input type="checkbox"/> Ortaokul	<input type="checkbox"/> Ortaokul
<input type="checkbox"/> Lise	<input type="checkbox"/> Lise
<input type="checkbox"/> Ön Lisans	<input type="checkbox"/> Ön Lisans
<input type="checkbox"/> Lisans	<input type="checkbox"/> Lisans
<input type="checkbox"/> Yüksek Lisans	<input type="checkbox"/> Yüksek Lisans
<input type="checkbox"/> Doktora	<input type="checkbox"/> Doktora

##### 6. Çalışma Durumunuz:

Hasta	Hasta Yakını
<input type="checkbox"/> Tam zamanlı çalışıyor	<input type="checkbox"/> Tam zamanlı çalışıyor
<input type="checkbox"/> Yarı zamanlı çalışıyor	<input type="checkbox"/> Yarı zamanlı çalışıyor
<input type="checkbox"/> Evden çalışıyor	<input type="checkbox"/> Evden çalışıyor
<input type="checkbox"/> Çalışmıyor	<input type="checkbox"/> Çalışmıyor
<input type="checkbox"/> Emekli	<input type="checkbox"/> Emekli

##### 7. Mesleğiniz:

Hasta	Hasta Yakını

**8. Aylık Ortalama Geliriniz:**

Hasta	Hasta Yakını

**9. Söz konusu kronik hastalık**

- Kardiyovasküler hastalıklar (Koroner Arter Hastalığı, Mitral Kapak Hastalığı, Aort Kapak Hastalığı, Atriyal Septal Defekt vb)
- Kronik böbrek hastalıkları
- Solunum yolu hastalıkları (KOAHA, Astım, Akciğer katılaşması vb)
- Kanser

**10. Kronik hastalığı olan birey tek başına hayatını idame ettirebilir mi?**

- Ettiremez. Başkasına Tam Bağımlı (Yatağa bağımlı, günlük işlerini ve kişisel bakımını kendi yapamıyor)
- Kısmen ettiremez. Başkasına Yarı Bağımlı (Yatağa bağımlı değil ama günlük işlerinde ve kişisel bakımında başkasına ihtiyaç duyuyor)
- Ettirebilir. Tam Bağımsız (Kimseye ihtiyaç duymadan günlük işlerini ve kişisel bakımını yapabiliyor)

**11. Hastalık sürecinde (sizin / yakınınızın) ilk elden bakımını kim sağladı?  
(İlaç/yemek takibi, hastaneye götürme vb gibi)**

- Eşi/m
- Çocuğu/m
- Torunu/m
- Kardeşi/m
- Bakıcı
- Kendisi

## Ek 5: Kronik Hastalığa Uyumu Değerlendirme Ölçeği\*

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

## Ek 6: Beck Depresyon Envanteri

Sayın katılımcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **bugün dahil geçen hafta** içinde **kendinizi** nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz.

- |     |   |  |
|-----|---|--|
| 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 umutsuz ve karamsar değilim.                                  |
|     | 1 | Gelecek hakkında karamsarım.   |
|     | 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 olduğumu görüyorum.                  |
|     | 3 | Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.                               |
| 4.  | 0 | Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.   |
|     | 1 | Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.                             |
|     | 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 | Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.                          |
|     | 1 | Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.                      |
|     | 2 | Cezalandırılmayı bekliyorum.   |
|     | 3 | Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.  |
| 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 | Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.                           |
|     | 2 | Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.                                      |
|     | 3 | Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.    |
| 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.                               |
|     | 1 | Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.                      |

	2	Şimdi hep sinirliyim.
	3	Bir zamanlar beni sınırlendiren şeyler şimdi hiç sınırlendirmiyor.
12.	0	Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
	1	Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
	2	Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
	3	Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
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	Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
	2	Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
	3	Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
20.	0	Sağlığımla ilgili kaygılarım yok.
	1	Ağrılar, mide sancuları, kabızlık gibi şikâyetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
	2	Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
	3	Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.
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 7: Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği

Aşağıdaki önermelerde size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz.	Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Biraz Uygun	Uygun	Tamamen Uygun
Sıkıntılı zamanlardan sonra kendimi çabucak toparlayabilirim.					
Stresli olayların üstesinden gelmekte güçlük çekerim.					
Stresli durumlardan sonra kendime gelmem uzun zaman almaz.					
Kötü bir şeyler olduğunda bunu atlatmak benim için zordur.					
Zor zamanları çok az sıkıntıyla atlatırım.					
Hayatımdaki olumsuzlukların etkisinden kurtulmam uzun zaman alır.					

## Ek 8: Psikososyal Destek Bilgi Formu

1. Bu hastalıkla birlikte hayatınızda ne gibi değişiklikler oldu?	Hiç Değişmedi	Biraz Değişti	Çoğunlukla Değişti	Tamamen Değişti
İşten ayrılma				
Okuldan ayrılma				
Sosyal hayattan uzaklaşma				
Önceki rollerini yerine getirmekte zorlanma (eş, ebeveyn, çalışan vb)				
Evdeki görev ve sorumluluklarda değişiklik				
Yeme alışkanlıklarında değişiklik				
Sağlık harcamalarında artış				
Gelecek hakkında endişe				
Sigarayı bırakma				
Alkol ve diğer madde kullanımlarını bırakma				

2. Hastalığı ilk öğrendiğiniz anı düşünerek aşağıdaki duyguları hislerinizin yoğunluğuna göre işaretleyin.	Hiç Hissetmedim	Biraz Hissettim	Çoğunlukla Hissettim	Tamamen Hissettim
Kızgınlık / öfke				
Çaresizlik				
Umutsuzluk				
İsyankarlık				
Endişe				
Korku				
Pişmanlık				
Suçluluk				

3. Hastalığınız süresince hastalığa uyumunuzu kolaylaştırmak adına bir psikososyal destek aldınız mı? (Sosyal hizmet uzmanı/psikolog vb tarafından)

( ) Aldım  
( ) Almadım

4. Eğer psikososyal aldıysanız bu destek size ne sağladı? (Yalnızca psikososyal destek alanlar için)	Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Biraz Uygun	Uygun	Tamamen Uygun
Hastalığı kabul etmemi ve uyum sağlamamı kolaylaştırdı.					
Gelecek hakkında endişelerimi azalttı.					
Hastalığın vermiş olduğu strese karşı dayanıklılık geliştirdi.					
Tanı ve tedavi yöntemlerine daha objektif bakmamı sağladı.					
Beni sakinleştirdi.					
Kendimi güvende hissettirdi.					
Aileme ve sevdiğime karşı suçluluk duymamı engelledi.					

5. Hastalıktan sonra iş kaybı yaşadığınız ekonomik kazancınızı nasıl sağladınız?

- İş kaybı yaşamadım  
 Eşim çalıştı  
 Çocuklarım çalıştı  
 Sabit bir gelirim vardı (Kira, maaş, emekli ödemesi vb)  
 Diğer aile üyelerinden (Anne-baba- kardeş vb) maddi destek aldım.  
 Diğer..... (Belirtiniz)

6. Size/yakınına konulan kronik hastalık teşhisinden sonra evdeki ilişkileriniz ve rollerinizdeki değişiklikleri düşünerek size en uygun seçeneği işaretleyiniz.	Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Biraz Uygun	Uygun	Tamamen Uygun
Eş/ebeveynlik rolümü yerine getirmekte zorlandım.					
Kardeşlik rolümü yerine getirmekte zorlandım.					
Kendi sorumluluklarımı benim yerime eşim yaptı.					
Kendi sorumluluklarımı benim yerime çocuklarım yaptı.					
Kendi sorumluluklarımı benim yerime kardeşlerim yaptı					
Bu süreçte eşim bana destek olmak için işinden ayrıldı.					
Bu süreçte çocuklarım bana destek olmak için okulundan ayrıldı.					
Bu süreçte çocuklarım bana destek olmak için işinden ayrıldı.					
Bu süreçte kardeşlerim bana destek olmak için okulundan ayrıldı.					
Bu süreçte kardeşlerim bana destek olmak için işinden ayrıldı.					
Evdeki düzenimizde hiçbir değişiklik olmadı. Her şey olduğu gibi devam etti.					

7. Teşhis koyulduktan sonra hayatınızda olacak sosyal ve psikolojik değişiklikler hakkında bilgilendirildiniz mi? (Doktor/ sosyal hizmet uzmanı/ psikolog/ hemşire vb tarafından)

- Evet, bilgilendirildim.  
 Hayır, bilgilendirilmedim

8. Cevabımız evet ise bu bilgilendirme size kim tarafından yapıldı?

- Doktor  
 Sosyal Hizmet Uzmanı  
 Psikolog/ Psikiyatrist  
 Hemşire  
 Diğer.....

## **ÖZGEÇMİŞ**

Çağla ABDAN, 2014 yılında Karabük Üniversitesi'nde başladığı lisans eğitimini 2018 yılında tamamlamıştır. 2019 yılında Karabük Üniversitesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalı'nda başlamış olduğu yüksek lisans eğitimi halen devam etmektedir. 2022 yılı itibariyle Erzurum Atatürk Üniversitesi'nde Araştırma Görevlisi olarak görev yapmaktadır.