



**KRONİK HASTALIĞI OLAN YAŞLILARDA
KADERCİLİĞİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARI VE HASTALIĞA UYUMA ETKİSİ**

Şeyda KIZILOĞLU
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Cantürk ÇAPIK

Yüksek Lisans Tezi– 2022

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KRONİK HASTALIĞI OLAN YAŞLILARDA
KADERCİLİĞİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARI VE HASTALIĞA UYUMA ETKİSİ**

Şeyda KIZILOĞLU

**Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Cantürk ÇAPIK**

**ERZURUM
2022**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VIII
TABLolar DİZİNİ	IX
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1.Kronik Hastalıklar.....	5
2.1.1. Kronik Hastalık Epidemiyolojisi	6
2.1.2. Kronik Hastalıklarda Risk Faktörleri.....	7
2.1.3. Kronik Hastalık Evreleri.....	8
2.1.4. Kronik Hastalıkların Yönetimi	9
2.1.5. Kronik Hastalıkları Etkileyen Faktörler	10
2.2. Yaşlılık.....	12
2.2.1. Yaşlılığın Tanımı	12
2.2.2. Yaşlılık Epidemiyoloji.....	12
2.2.3. Yaşlılık Kronolojisi.....	13
2.2.4. Yaşlanma ile Ortaya Çıkan Problemler	14
2.2.4.1. Yaşlanma ile Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler.....	15
2.2.4.2. Yaşlılarda Ortaya Çıkan Psikolojik Değişiklikler	17
2.3. Kader ve Kadercilik	19
2.3.1. Kadere İlişkin Tutumlar	20

2.3.2. Kader Algısına Etki Eden Faktörler.....	21
2.3.3. Sağlık ve Kadercilik.....	23
2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	25
2.4.1. İnsan Sağlığını Geliştirme Programları	26
2.4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	26
2.5. Hastalığa Uyum	28
2.5.1. Hastalığa Uyumun Boyutları	28
3. MATERYAL VE METOT.....	33
3.1. Araştırmanın Tipi.....	33
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	33
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	33
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	33
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi	33
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	34
3.4.1. Bağımlı Değişkenler	34
3.4.2. Bağımsız Değişkenler	34
3.5. Verilerin Toplanması	34
3.5.1. Veri Toplama Araçları	35
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	37
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri	38
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	38
4. BULGULAR.....	39
5. TARTIŞMA.....	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	64
KAYNAKLAR	66

EKLER	84
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	84
EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU	85
EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU	86
EK-4. KURUM İZNİ	87
EK-5. ÖLÇEK KULLANIM İZNİ	88
EK-6. HASTA TANITIM FORMU	90
EK-7. DİN SAĞLIĞI KADERCİLİĞİ ÖLÇEĞİ	92
EK-8. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ	93
EK-9. KRONİK HASTALIKLARA UYUM ÖLÇEĞİ	96

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam ve yüksek lisans eğitimim süresince değerli bilgi, anlayış ve katkılarını benden esirgemeyen, her daim minnet ve saygı duyacağım hocam Sayın Prof. Dr. Cantürk ÇAPIK’a,

Tecrübe ve bilgileri ile eğitim hayatıma önemli katkılar sunan Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyelerine, aile sağlığı merkezinde çalışmamı yaparken desteklerini esirgemeyen hekimlere ve çalışma sürecinde bana yardımcı olan hemşire arkadaşlarım da dahil olmak üzere tüm değerli meslektaşlarıma, çalışmama gönüllü olarak katılan ve çeşitli sebepler ile katılamayan tüm kronik hastalığı olan yaşlı bireylere ve ailelerine, her zaman yanımda olduklarını hissettiren, bu süreçte beni hiç yalnız bırakmayan kıymetli arkadaşlarıma,

Yaşamımın her döneminde yanımda olan, tüm kararlarımda beni destekleyen, başarılarımin ve kişiliğimin mimarı annem ve babama, en kıymetlilerim ablam ve kız kardeşime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Şeyda KIZILOĞLU

ÖZET

Kronik Hastalığı Olan Yaşlılarda Kaderciliğin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hastalığa Uyuma Etkisi

Amaç: Kronik hastalığı bulunan yaşlı bireylerde kaderciliğin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ve hastalığa uyuma etkisini incelemektir.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı türde yürütülen bu araştırma, Kasım 2021-Temmuz 2022 tarihleri arasında Erzurum Ceylanoğlu ASM’de gerçekleştirilmiştir. Araştırmada evreni bilinmeyen örneklem yöntemi kullanılmıştır. Çalışmaya veri kaybı yaşamamak için 65 yaş ve üzeri 405 kişi alınmıştır. Veri toplama araçları olarak; Hasta Tanıtım Formu, Din Sağlığı Kaderciliği Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Kronik Hastalığa Uyum Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 22.0 programı kullanılarak tanımlayıcı istatistikler, parametrik, nonparametrik testler ve ileri analizler yapılmıştır.

Bulgular: Bu araştırma sonucunda eğitim düzeyi ve sağlık algısı; Kadercilik Ölçeği puanı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği toplam puanları için istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Gelir durumu, kronik hastalık süresi ve sosyal güvenceye göre; Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II toplam puanı anlamlı olarak değişmektedir ($p<0.05$). Kadercilik puanı ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II toplam puan ortalaması arasında pozitif yönlü, düşük düzeyli ve anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuçlar: Eğitim düzeyi ve sağlık algısı Kadercilik Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeğini etkileyen ortak değişkenlerdi. Ayrıca çocuk sayısı, sosyal güvence durumu, gelir durumu ve kronik hastalık süresi Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları için; sosyal güvence durumu, gelir durumu ve kronik hastalık süresi Kronik Hastalığa Uyum için anlamlı olan diğer değişkenlerdir.

Anahtar Kelimeler: Davranış, kadercilik, kronik hastalık, sağlıklı yaşam biçimi, yaşlılık

ABSTRACT

The Effect of Fatalism on Healthy Lifestyle Behaviors and Adaptation to Disease in the Elderly with Chronic Disease

Aim: To investigate the effect of fatalism on healthy lifestyle behaviors and compliance with the disease in elderly people with chronic diseases.

Materials and Methods: Dec November 2021-July 2022, this descriptive type of research was carried out at Erzurum Ceylanoglu ASM. In the research, a sampling method unknown to the universe was used. In order to avoid data loss, 405 people aged 65 and over were enrolled in the study. As data collection tools; Patient Introduction Form, Religious Health Fatalism Scale, Healthy Lifestyle Behaviors Scale-II and Chronic Disease Adaptation Scale were used. Descriptive statistics, parametric, nonparametric tests and advanced analyses were performed using SPSS 22.0 program in the analysis of the data.

Findings: As a result of this research, education level and health perception are statistically significant for the total scores of Fatalism Scale score, Healthy Lifestyle Behavior Scale-II and Chronic Diseases Adaptation Scale ($p<0.05$). According to income status, chronic illness duration and social security, the total score of the Adaptation to Chronic Diseases Scale and the Healthy Lifestyle Behaviors Scale-II varies significantly ($p<0.05$). A positive, low-level and significant relationship was found between Fatalism score and the total score average of the Healthy Lifestyle Behaviors Scale-II ($p<0.05$).

Conclusions: Education level and health perception were common variables affecting the Fatalism Scale, the Healthy Lifestyle Behaviors Scale-II and the Adaptation to Chronic Diseases Scale. Also, the number of children, Social Security status, income status, and the duration of healthy lifestyle behaviors for chronic disease; Social Security status, income status, and chronic disease are other variables that are significant for the duration of adaptation to chronic illness.

Keywords: Behavior, chronic disease, fatalism, healthy lifestyle, old age

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BOH	: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
DM	: Diyabetüs mellitus
DSÖ-WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
KHUÖ	: Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği
KOAH	: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
RAM	: Roy adaptasyon modeli
SPSS	: Statistical Package for Social Science
SYBDÖ	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
TDK	: Türk Dil Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. Dünya Çapında Ölüme Neden Olan On Hastalık/Durum	6
Şekil 2.2.TÜİK Verileri Nedenlere Göre Ölüm Oranları	7
Şekil 2.3. Kronik Hastalık Evreleri	8
Şekil 2.4. Kronik Hastalıklar ile Yönetimin Bileşenleri.....	10
Şekil 2.5. Yaş Gruplarına Göre Yaşlı Nüfus Oranı	13
Şekil 2.6. 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Toplumdaki Dağılımı	14
Şekil 2.7. Koruyucu Önlemlerin Aşamaları	29

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutları Güvenilirlik Katsayıları	36
Tablo 3.2. Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği ve Alt Boyutları Güvenilirlik Katsayıları	37
Tablo 4.1. Kronik Hastalığı Olan Yaşlıların Demografik ve Hastalık Özellikleri.....	39
Tablo 4.2. Din Sağlığı Kadercilik Ölçeği Puan Ortalaması	40
Tablo 4.3. Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Din Sağlığı Kaderciliği Ölçeğinden Alınan Puanların Karşılaştırılması	41
Tablo 4.4. SYBD Ölçeği-II ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı.....	43
Tablo 4.5. Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre SYBDÖ-II Toplam Puanlarının Kıyaslanması.....	44
Tablo 4.6. KHUÖ ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımı.....	46
Tablo 4.7. Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.8. Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Kadercilik ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Kronik Hastalıklara Uyum Ölçekleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	48

1. GİRİŞ

Ulusal Sağlık İstatistiklerine göre kronik hastalıklar üç ay ya da daha uzun süren sağlık sorunları, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre ise uzun süreli ve genellikle yavaş ilerleyen hastalıklar şeklinde tanımlanmaktadır.¹ Ayrıca kronik hastalıklar bir enfeksiyon ajanından kaynaklanmayan yaşam tarzı, çevresel etkenler, genetik yatkınlık ve çevresel maruziyetten kaynaklanan hastalık yani bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) şeklinde de tanımlanır.²⁻⁵ Tanı ve tedavi tekniklerinin ilerlemesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemiyetinin artması, birçok devlette kronik hastalıkların kontrol altına alınmasını ve yaşam süresinin uzamasını sağlarken; kentleşmenin artması ile ortaya çıkan stresörler, beslenme alışkanlıklarındaki farklılıklar, teknolojinin gelişmesi ile egzersizde azalma ve dünya nüfusunun yaşlanması gibi farklılıkları kronik hastalıkların görülme oranının artmasına sebep olmaktadır.^{2,5,6} İnsan sağlığına önemli etkide bulunan bu hastalıklar her yıl yaklaşık 36 milyon ölüme neden olmaktadır. Önümüzdeki yıllarda da bu sayı %17 oranında artış gösterecektir.⁷ Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan çeşitli epidemiyolojik çalışmalar ülkemizde en az 22 milyon kişinin bir veya birden çok kronik hastalığa sahip olduğunu belirlemiştir.^{7,8}

Yaşlılık, çocukluk ve yetişkinlik gibi yaşamın doğal ve gerekli bir dönemidir. Bireyin doğmasıyla başlayan yaşam sürecinde ölümden önce yaşanan ve kişinin hem zihinsel hem fiziksel yönden bağımlılığa yöneldiği, organizmada molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde, ilerleyen süreçte ortaya çıkan, yapısal, fonksiyonel ve geri dönüşsüz değişikliklerin tümüdür.^{4,9} DSÖ 1970-2025 yılları arasında yaşlı insanların oranının %22.3 ile 624 milyon olduğunu tahmin etmektedir ve 2025 yılında 60 yaş ve üzeri nüfusun 1.2 milyon, 2050 yılında ise yaşlı nüfusun 2 milyonu geçeceğini ve bu nüfusun %80'inin gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağı öngörülmektedir.¹⁰ Türkiye yaşlanmanın hızlı ortaya çıktığı ülkelerdendir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) çalışma

sonuçlarına göre yaşlı nüfus oranı 2019'da %9.1 olarak yayınlanmıştır. TÜİK 2013-2075 nüfus oranına göre Türkiye'de yaşlı nüfusunun 2023'te %10.2'ye, 2050'de bu oranın %20.8'lere yükseleceği öngörülmektedir. ¹¹ Yaşlı nüfusunun artması yaşlı bireylerde gerileme ile meydana gelen ölüme de dikkat çekmektedir. ¹²

Ölümün ilahi bir güç tarafından meydana geldiğini, değiştirilemeyeceğini düşünen bireyler sağlıkta meydana gelen olumsuz durumlara müdahale etmeyebilirler. ¹³ Kadercilik olarak tanımlanan bu düşünce genel olarak alın yazısının önceden belirlendiğini ve insan iradesinin bunu değiştiremeyeceğini anlatmaktadır. ^{10,14} Sosyal statü, eğitim seviyesi ve gelir düzeyinin kaderci tutumlarla güçlü bir bağlantısının olduğu belirlenmiştir. ¹⁵ Uzun zaman boyunca kadercilik sadece psikoloji alanında yapılan çalışmalar ile bilinmiştir. ¹⁴ Daha sonra yapılan çalışmalar ¹⁶⁻²⁰ kaderciliğin sağlık alanına olan etkisini inceleme fırsatı sunmuştur. Literatürde sağlık ve kadercilik arasında genel olarak negatif yönde bir bağlantı olduğu, kaderciliğin sağlığa büyük ölçüde olumsuz etkide bulunduğu görülmektedir. ¹⁴ Örneğin Diego ve ark. ²¹ kadercilik ve tip 2 diyabet önleyici davranışları ele aldıkları çalışmada yüksek kadercilik tutumuna sahip bireylerin yeterli diyet uygulamadığı ve diyabet hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları belirlenmiştir. Kıyak ve ark. ²² ve Dayapoğlu ve ark. ²³ sağlıklı bireylerin epilepsiye yönelik tutumlarını incelediği çalışmasında yüksek kadercilik algısına sahip bireylerin epilepsiye karşı daha olumsuz tutum sergilediği belirlenmiştir.

Kadercilik düşüncesinin sağlığa olumsuz etkisi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında da görülmektedir. Omu ve ark. ²⁴ inme hastalarının dini inancını konu alan çalışmasında kadercilik düzeyi yüksek hastaların sağlık sorumluluğunun düşük olduğu ve bu durumun tedaviyi olumsuz etkilediği saptanmıştır. Kişinin sağlığına etki eden tüm davranışlarını kontrol altında tutması ve günlük yaşam aktivitelerini düzenlemede kendi sağlığına uygun davranışları tercih etmesine sağlıklı yaşam biçimi

denir. ¹⁴ Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; kişiler arası destek, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, kendini gerçekleştirme, beslenme ve stres yönetimini kapsar. ²⁵ Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyen bireylerde artan sağlık bilinci sağlığa olumlu etkide bulunur. Yılmaz ve ark. ²⁶ tip 2 diyabetli bireylerin kardiyovasküler risk faktörleri hakkındaki bilgi düzeylerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisini konu alan çalışmada risk faktörleri hakkında bilgi düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da arttığı saptanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları sağlığa olumlu etkide bulunduğu gibi eksikliği de sağlık sorunlarına neden olabilir. Tanrıöver ve ark. ²⁷ sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmasında sağlık sorumluluğu düşük olan diyabetli bireylerde zayıf glisemik kontrol ve yüksek düzeyde retinopati varlığı saptanmıştır.

Kronik hastalıklar ve komplikasyonları bireyin işlevsel yeterliliğinin azalmasına, hayat standartlarının düşmesine, aile ilişkilerinin bozulmasına ve çalışma performansının azalmasına neden olur. ⁸ Bu nedenle bireyin hastalığa yüklediği anlam ve hastalığa uyum kronik hastalık sürecinde önem arz etmektedir. ²⁸ Kronik hastalıklara uyum sürecinde sosyal destek sistemlerinin varlığı bireyin ortaya çıkan sorunlar ile baş etmesine yardımcı olarak uyum sürecini kolaylaştırır. ²⁹ Kaymaz ve ark. ³⁰ diyabet hastalarında yaptığı çalışmada sosyal desteği bulunan bireylerde hastalığa psikososyal uyumun daha iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. ³¹ Yaşın ilerlemesi ile bireylerde meydana gelen fiziksel ve psikolojik değişiklikler kronik hastalığa uyum sürecini olumsuz etkilemektedir. ²⁹ Demirbaş ve ark ³², Kankaya ve ark. ³³ kronik hastalığa sahip yaşlı bireylerde yaptıkları çeşitli araştırmalarda yaş arttıkça tedaviye uyumun azaldığını belirlemişlerdir. ^{34,35} Kronik hastalıklar gelişen dünya ile artış göstermektedir. Bu süreçte hastalığa uyum bireyin bundan sonraki yaşamı için önem arz etmektedir. Yaşlı bireyler hastalığın getirdiği problemlerin yanında yaşlılık ile ortaya çıkan değişikliklerle de baş etmek zorunda kaldığı için uyum süreci daha zor olmaktadır. Ortaya çıkan değişiklikler ile baş

ederken sağlıklı yaşam biğimi davranışlarının kazandırılması bireylerin hastalık ve uyum sürecine daha kolay adapte olmasına yardımcı olabilir. Ancak kaderci dűřűnceye sahip bireyler hastalığın Allahtan geldiği inancına dayanarak sağlıkta meydana gelen olumsuzluklar ile műcadele etme gereksinimi duymayabilirler. Bu durum bireylerin yaşlılık ve uyum sürecinde sağlıklı davranışlar gűstermesine engel olarak hastalığın gidişatını olumsuz etkileyebilir. ²⁸

Tűm bu anlatılanlardan yola ııkarak bu ıalışmanın amacı; kronik hastalığa sahip olan yaşlı bireylerde kaderciliğin sağlıklı yaşam biğimi davranışlarına ve hastalığa uyuma etkisini incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Kronik Hastalıklar

Yunancada “khronos” sözcüğünden gelen kronik kelimesi zaman anlamına gelmektedir. ² Kronik hastalıklar, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektiren, ilerleyici, yavaş ve geri dönüşü olmayan farklılıklara sebep olan ve günlük yaşam aktivitelerini sınırlandıran hastalıklardır. ^{8,36}

Kronik hastalıklar; Hepatit C, inme, AIDS, kanser, HIV, kalp rahatsızlıkları gibi ölme riski olan hastalıklar olabileceği gibi artrit, KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı), diyabet, astım gibi kontrol edilebilen hastalıklar da kronik hastalık sınıflandırmasında yer alır. ³⁷ Hastalık ile sınırlı olmayıp farklı sorunlara sebep olması, ömür boyu sürmesi ve geri dönüşü olmayan işlev kaybının varlığı kronik hastalığı akut hastalıktan ayırır. Kronik hastalıklar son yıllarda ‘bulaşıcı olmayan hastalıklar’ (BOH) grubuna dahil edilmiştir. Toplum sağlığının özet bir işareti olarak ulusal hastalık yükü çalışmaları da bu sınıflandırmayı uygulamaktadır. ⁷ Bireyin yaşam biçimi ve davranışları, beden kitle indeksinin fazlalığı ve pasif ya da aktif olarak tütün kullanımı bulaşıcı olmayan hastalıkların artmasına neden olmaktadır. ³⁸

BOH’lar içinde yer alan dört ana kronik hastalık dünya üzerinde bütün ölümlerin üçte ikisinden fazlasını içine almaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar (inme, koroner kalp hastalığı) sık görülen hastalık gruplarında birinci sıradadır. ³⁹ Ayrıca yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde ölüm sebeplerinde ilk 10 sıradaki hastalıkların 9’u kronik hastalıklardır. ³⁶

Kronik hastalıklı bireylerin hastalık sürecine bağlı olarak yaşam kalitesi düşmektedir. Bireylerde çaresizlik hissi, beden imajında bozulma, sosyal izolasyon, içine kapanma, umutsuzluk, ölüm korkusu gibi psikososyal problemler oluşabilir. Bu yüzden kronik hastalıklar başlamadan önlemler alınmalıdır. ^{8,40}

2.1.1. Kronik Hastalık Epidemiyolojisi

DSÖ Avrupa'daki 65 yaş ve üzeri her üç bireyden ikisinde en az iki kronik hastalık olduğunu yayınlamıştır. ⁴¹ Önümüzdeki 10 yılda da dünya üzerinde bulaşıcı olmayan hastalıklardan dolayı ölümlerin %17 oranında artacağı düşünülmektedir. ² Son yıllarda ülkemizde sağlık eylem planı mevzusunda ciddi başarılar elde edilmiştir ve kronik hastalık ülkemizde de önde gelen ölüm nedeni olarak dikkat çekmektedir. ⁴¹ Sağlık bakanlığının 2017'de yayınladığı bilgilere göre son 1 yılda KOAH, kanser, kalp damar hastalıkları, astım, diyabet ve hipertansiyon nedeni ile hastaneye başvuru %30.3 oranındadır. Bu oranın %15.9'u 15-29 yaş grubunda, %39.7'si ise 70 yaş üzeri gruptadır. Bu nedenle kronik hastalıkları önleme ve erken tedavisinin ülke ekonomisine %10 oranında katkı sağlayacağı düşünülmektedir. ²

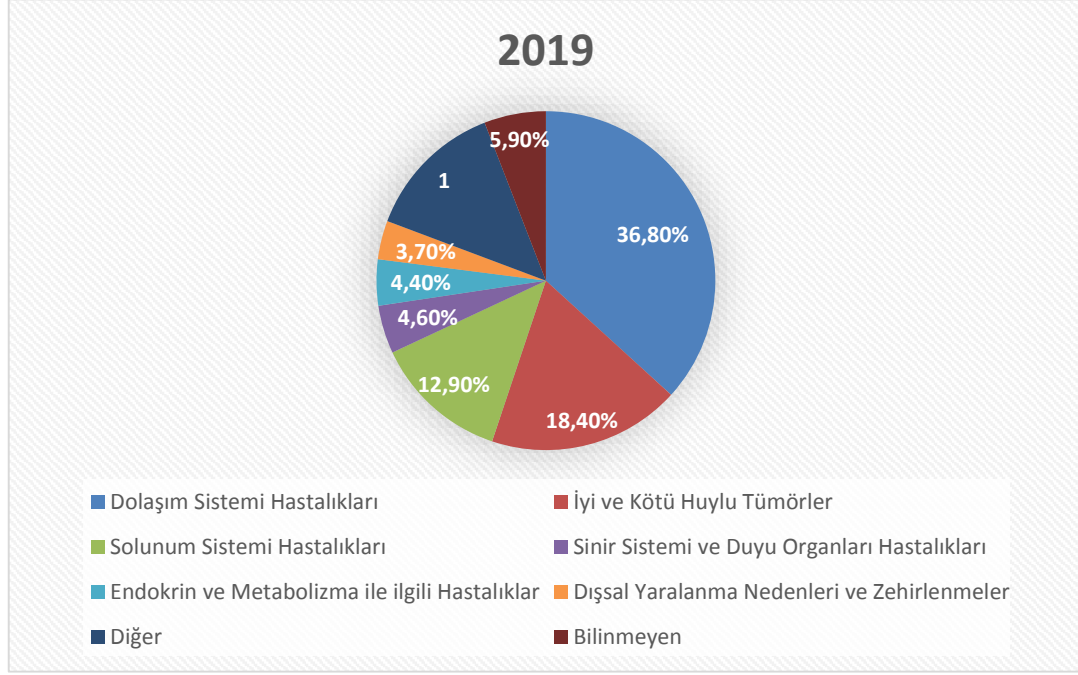


Şekil 2.1. Dünya Çapında Ölüme Neden Olan On Hastalık/Durum

Şekil 2.1'de görüldüğü gibi DSÖ'nün açıkladığı on hastalık/durumun hepsi önemli bir sağlık problemi olmakla beraber ölümlerin büyük bir çoğunluğunun BOH kaynaklı

olduğu görülmektedir. BOH kaynaklı ölümler dünya genelinde %71 oranında görülmektedir. ⁴²

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2019'da yayınladığı verilere göre 65 yaş üstü bireylerin %41.5'inin dolaşım sistemi hastalıkları, %15.3'ünün iyi ve kötü huylu tümörler ve %15.3'ünün solunum sistemi hastalıkları nedeniyle öldüğü belirlenmiştir. ⁴¹



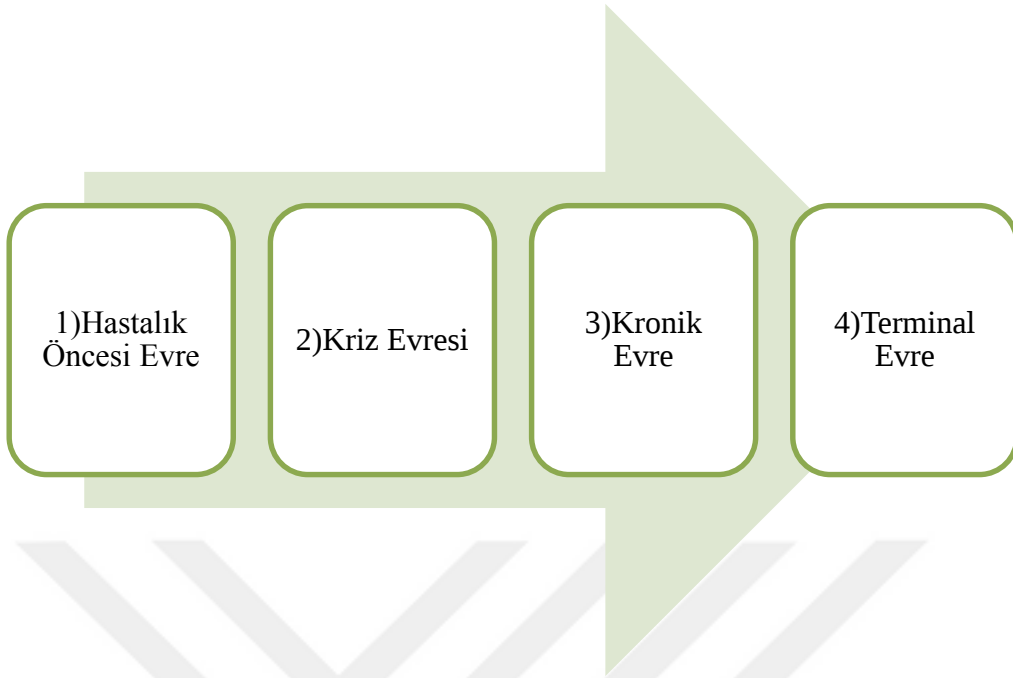
Şekil 2.2.TÜİK Verileri Nedenlere Göre Ölüm Oranları

TÜİK 2019 verilerine ⁴³ göre ölüm oranlarının büyük bir yüzdesi BOH sebebi ile olmaktadır.

2.1.2. Kronik Hastalıklarda Risk Faktörleri

Kronik hastalıklar sıklıkla non-enfeksiyöz yapıdadır. Genetik, sosyo-ekonomik ve kişisel faktörler hastalıkların oluşmasını etkilemektedir. Kronik hastalıklarda kontrol edilebilen risk etkenleri üç başlık altında incelenebilir. Bunlar; Sosyal (sağlık hizmetlerine erişim, gelir seviyesi, eğitim seviyesi), Davranışsal (obezite, sigara kullanma, sağlıksız besin tüketimi ve yeterli olmayan egzersiz), Fizyolojik (yüksek kolesterol düzeyi, obezite, hipertansiyon, diyabet)' tir. ⁷

2.1.3. Kronik Hastalık Evreleri



Şekil 2.3. Kronik Hastalık Evreleri

1. Hastalık öncesi evre: Bireyin genetik özellikleri ve hayat tarzı sebebi ile riskli olduğu evredir. ⁴⁴

2. Kriz evresi; Hastalık semptomlarının belli olmadığı, belirlemek için tanı testlerinin yapıldığı evredir. Bu evrede bağımlılık seviyesinde artma, baş etme yeteneğinde düşme, amaçlardan ayrılma, maddi sıkıntıların olması ve günlük aktivitelerin kısıtlanması ortaya çıkmaktadır. Hastalığıdaki belirsizlik bireylerin korku, inkâr, depresyon ve endişe yaşamasına sebep olmaktadır. ^{45,46}

3. Kronik evre; Tanıdan terminal döneme kadar ilerleyen evredir. Remisyon ve rekürrens dönemleri yaşansa da sıklıkla stabil ilerler. Hastaların gelecek kaygısı, hastalığın tekrar etme ya da kötü seyir gösterme riski ve ölümle sonuçlanma riski mevcuttur. Bu yüzden bu evrede bireyler plan ve programlara ihtiyaç duyar. ^{45,46}

4. Terminal evre; Hastanın genel durumunun hızlı bir şekilde kötüleştiği, ölümün meydana geldiği evredir. Halsizlik, uyku sorunları, sosyal ve emosyonel problemler,

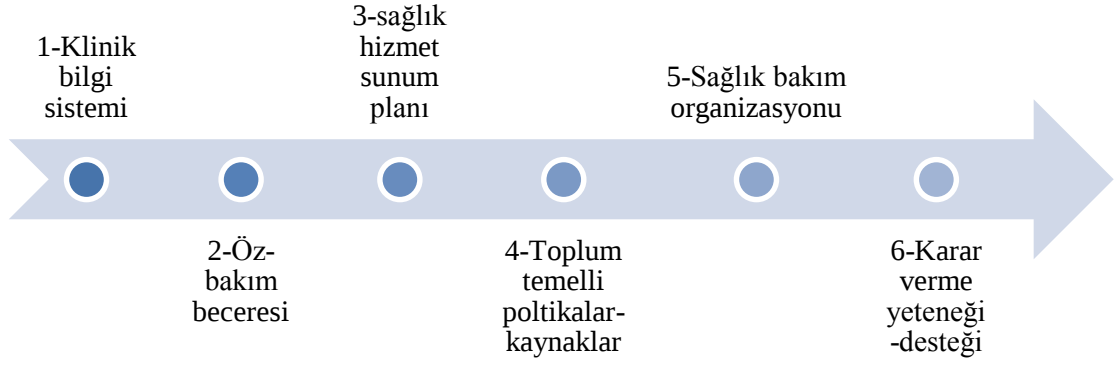
maddi problemler, depresyon, uzun süre hastanede kalma hem bireyi hemde aile üyelerini oldukça etkiler. ^{45,46}

2.1.4. Kronik Hastalıkların Yönetimi

Yaşın ilerlemesi ile meydana gelen sosyokültürel, fiziksel ve psikolojik farklılıklar kronik hastalıkların yönetimini zorlaştırmaktadır. ⁴¹ Kronik hastalık yönetiminde hastalık merkezli modellerden hasta merkezli modellere geçmek ve bütüncül yaklaşım uygulamak gerekmektedir. ³⁶ Kronik hastalık yönetiminde başarı elde etmek için; bireyin yaşam kalitesinin artması, hastalığın olumsuz etkilerinin azalması, hastaneye yatış ve acile başvuruların düşmesi ve komplikasyonların azalması gerekmektedir. Hastalığın yönetiminde bireyin bilgilendirilerek aktif katılımının sağlanması, sağlık hizmetlerine ulaşımının artırılması ve etkin iletişim kurulması hedefe ulaşmak için önem arz etmektedir. ⁴¹

Kronik hastalık yönetimi için birçok model olmasına rağmen en etkili ve en çok kullanılan model Kronik Bakım Modelidir. ⁴⁷ Wagner ve ark. ⁴⁸ 2001 yılında tanımladığı modelde en önemli kısım, aktif hasta ile sağlık ekibi arasında verimli bir etkileşimin olmasıdır. Bu etkileşim sayesinde bireye tanı koyulması, sık sık değerlendirilmesi, düzenli tedavi ve izlemin yapılması, baş etme becerisinin artırılması, hasta memnuniyetinin artırılması ve öz- yönetime katkı sağlanabilmektedir. ^{36,49}

Bu model bütüncül hasta bakım anlayışını benimsemektedir. Altı bileşen ve dört temel aşamadan oluşmaktadır. ⁴⁹



Şekil 2.4. Kronik Hastalıklar ile Yönetimin Bileşenleri

Kronik Hastalıkların Yönetimi aşamaları;

1. Farkındalık yaratma- önleyici-koruyucu önemleri alma; özbakım yönetimi, davranış değişikliği, aktif katılım ile toplum ve sağlık çalışanları için detaylı eğitim verme, sağlık okuryazarlığı.

2. Riskleri belirleme-azaltma- Erken tanı

3. Güvenilir, hasta odaklı, zamanında ve eşit uygulamalar– tedavi rejimleri ve kanıta-dayalı uygulamalar

4. Rehabilitasyon-ölçüm- değerlendirme ^{50,51}

2.1.5. Kronik Hastalıkları Etkileyen Faktörler

Yaş

Farklı yaş gruplarında akut ve kronik hastalık tecrübesi değişiklik gösterir. Yaşı 65 ve üzeri bireylerde hipertansiyon, kalp hastalıkları, majör kronik hastalıklar ve kalp hastalıkları daha sık ortaya çıkar. ⁵² Ulusal istatistiklere göre 65 yaş ve üzeri bireylerin %80'inin en az bir kronik hastalığı bulunmakta ve her beş kişiden birinin kronik hastalık sebebi ile fiziksel işlev yitimi yaşadığı belirlenmiştir. ¹¹

İrk

Etnik yapı ve ırk kronik hastalık sorunlarını etkileyen bir faktördür. ⁴⁹ Bir hastalığın sebebi olabilen kalıtım, hastalığın meydana çıkma eğilimini de arttırabilir. ⁵²

Yaşam Biçimi ve Çevre

İnsanın sinir sistemi ve duyu organları ile algıladığı çevre, organizma ile etkileşim halinde olan, hareketli bir ortamdır. İnsan ve çevre arasındaki bağlantı kendiliğinden, karşılıklı ve sürekli. Bireylerin sosyal, bilişsel ve ruhsal yapılarını olumsuz etkileyen; stres, değer yargıları, mitler ve olumsuz çevre şartları kronik hastalığa olan eğilimi arttırmaktadır.⁷

Kültürel Değerler

Bireylerin sağlık hizmetlerine karşı tepkilerini, yaşam biçimlerini ve sağlık koşullarını kültürel değerler belirler. Bireylerle iletişim kurarken ve sağlık hizmeti sunarken kültürel değerlerin bilinmesi oldukça önemli bir etkidir. Bazı kişilerin hastalığı vücudun fiziksel yanıtı olarak algılayarak, bazılarının Allah'tan gelen ceza olarak algılaması kültür ve sağlık ilişkisine örnek olarak verilebilir.⁵²

Kronik hastalıkların geneli yaşlıları kapsadığı için kronik hastalıklara etki eden faktörleri incelerken yaşlı bireylerin uyum süreci de göz önüne alınmalıdır.

Yaşlılığa uyumu; yaşın ilerlemesi ile işlevsel yeterliliklerin meydana gelmesi, ölümün yakın olması, kognitif, fiziksel fonksiyonlarda azalmanın olması, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken zorlukların ortaya çıkması ve kronik hastalıkların meydana gelmesi gibi birçok durum etkiler.²⁹ Yapılan çalışmalarda yaşlı kişiler sağlığı geliştirici davranışlardan daha çok yarar görse de yapılan uygulamalara katılımın yeterli olmadığı saptanmıştır.⁵³ Yaşlılığa adaptasyonda zorluklara sebep olan etkenlerin aynı zamanda sağlığı geliştirici etkinliklere de etkide bulunduğu belirlenmiştir. Yaşlılığa uyum için yeterli çalışma bulunmamaktadır. Yapılan bir çalışmada yaşlılığa uyum sağlamanın aynı zamanda sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını geliştirmede motivasyonu yükseltmek için etkili olabileceği tahmin edilmektedir.²⁹

2.2. Yaşlılık

2.2.1. Yaşlılığın Tanımı

Geriatric ve gerontology de “Yaşlanma”, “yaşlılık” ve “ihtiyarlık” kelimeleri genelde birbirleriyle karıştırılan ve yaygın kullanılan kelimelerdir. Kelimeler arasında net bir ayrım olmaması genel olarak birbirleri yerine kullanılmasına sebep olmaktadır.¹ Anne karnında başlayıp ölene kadar devam eden, her canlıda görülen farklılık süresine yaşlanma denir. Sosyal, fonksiyonel, fiziksel ve psikolojik yönden bağımsızlıkların azaldığı, her alanda yitirme duygusunun olduğu sürece ise yaşlılık denir. İhtiyarlık ise tanım olarak yaşlılıkla eş olarak kullanılsa da asıl anlamı yaşın ilerlemesiyle gelen kültürel ve toplumsal bağlardır.³

Yaşlılıkla ilgili temel yaş kavramı iki şekilde ifade edilir;

Kronolojik yaş: Doğumdan, bulunan zamana kadar olan tüm dönemleri içine alan süreçtir.

Biyolojik yaş: Sağlık ile ilgili konularda kronolojik yaştan daha uygun sonuçlar veren ve mevcut konumdaki biyolojik kademenin süre birimi olarak ifade edilmektedir.⁵⁴

Kronolojik yaş her insan için aynı olsa da biyolojik yaş insandan insana değişir.⁵⁴

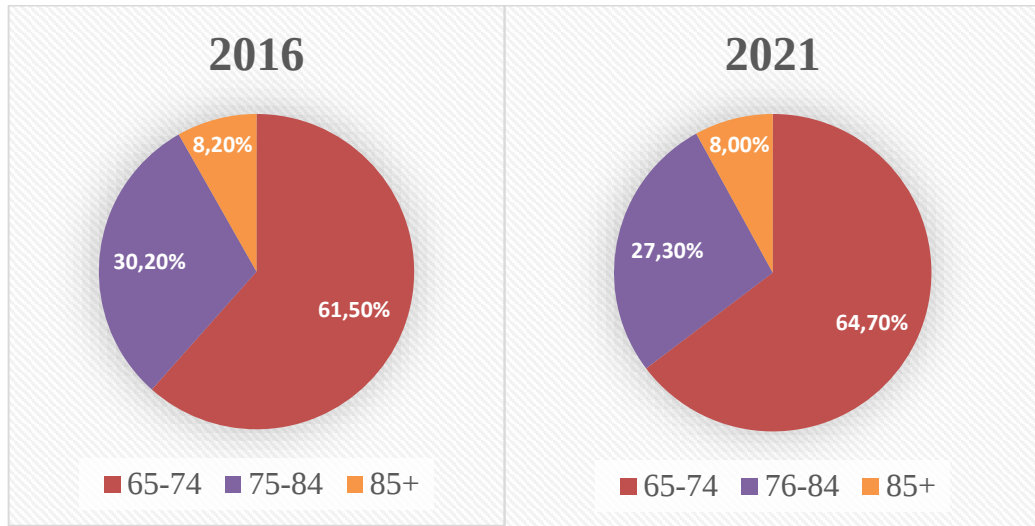
Yaşlılık sosyal, fiziksel ve psikolojik boyutları ile irdelenmesi gerekli bir dönemdir. Toplumda belirli yaş grubundan beklenen hareketler ve toplumun o gruba verdiği değer sosyal boyutta yaşlılık ile ilgilidir. Kronolojik yaş ile görülen değişiklikler ise fiziksel boyutta yaşlılık olarak tanımlanır. Psikolojik boyutta yaşlılık ise kronolojik yaş ilerledikçe bireyin kişilik özelliklerine göre uyum sağlama yeteneği, psikomotor, öğrenme, algılama ve sorun çözme yeteneğindeki farklılıklar olarak tanımlanır.¹⁰

2.2.2. Yaşlılık Epidemiyoloji

Her gün daha da yaşlanan dünya doğum oranının tüm dünyada düşmesiyle beraber yaşam standartlarındaki düzelme sayesinde insan ömrü uzamakta, yaşlı kitlesi de artış göstermektedir.^{10,55} Nüfus tahminlerine göre 2021 yılı için dünya nüfusunun 7 milyar 831 milyon 718 bin 605 kişi, yaşlı nüfusun ise 764 milyon 321 bin 142 kişi olduğu tahmin

edildi. Bu tahminlere göre dünya nüfusunun %9,8'ini yaşlı nüfus oluşturmaktadır. En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla %34,3 ile Monako, %28,8 ile Japonya ve %22,8 ile İtalyadır. Türkiye, 167 ülke arasında 68. sırada yer almaktadır. 2050 yılından itibaren dünyadaki yaşlı nüfusun toplam nüfusun %17'sini içereceği tahmin edilmektedir. ⁵⁶ Afrika hariç tüm alanlarda 2050 yılında bu nüfusun %25'i aşacağı tahmin edilmektedir. ⁵⁷ Dünya üzerinde daha önce görülmemiş şekilde yaşlı popülasyonda artma olduğunu belirten DSÖ, popülasyonun büyük bir kısmının geliri orta düzeyde olan ülkelerde ikamet ettiğini ifade etmektedir. ⁵⁸

TÜİK verilerine göre 65 yaş ve üzeri popülasyon 2016 senesinde 6 milyon 651 bin 503 kişiden oluşurken, beş yıl içinde %24,0 artış göstererek 2021 senesinde 8 milyon 245 bin 124 kişiye ulaşmıştır. Yaşlı popülasyonun toplam popülasyon içindeki oranı ise 2016 senesinde %8,3 iken, 2021 senesinde %9,7'ye artış göstermiştir. 2021 senesinde yaşlı popülasyonun %55,7'si kadın, %44,3'ü erkek nüfus oluşturmuştur. ¹¹ Yaş gruplarına göre yaşlı nüfus oranı ¹¹ Şekil 2.5'te görüldüğü gibidir;



Şekil 2.5. Yaş Gruplarına Göre Yaşlı Nüfus Oranı

2.2.3. Yaşlılık Kronolojisi

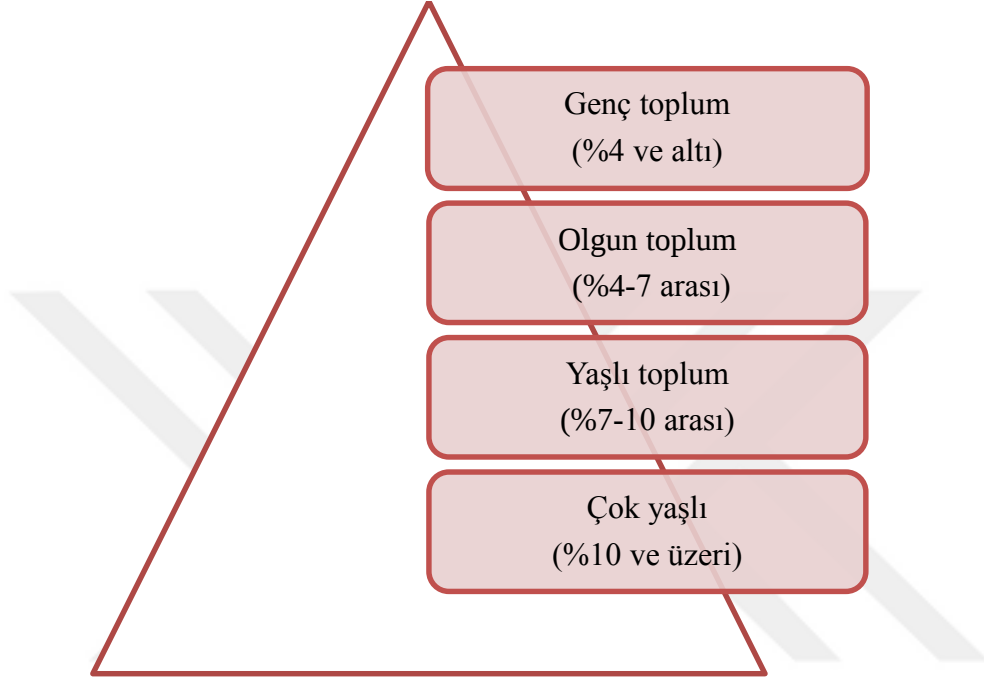
Birleşmiş Milletler 60 ve üzeri yaş dönemini yaşlılık olarak kabul ederken, WHO 65 yaş ve üzeri grubu temel almaktadır. ¹

Yaşlılık kendi içinde 3 sınıfta toplanmaktadır. Bunlar;

Genç yaşlı(65-74),

Yaşlı (75-84),

İleri yaşlı (85+) olarak sıralanır. ⁵⁷



Şekil 2.6. 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Toplumdaki Dağılımı

Toplumda 65 yaş ve üzeri bireylerin dağılımı Şekil 2.6.'da gösterilmiştir. ⁵⁷

2.2.4. Yaşlanma ile Ortaya Çıkan Problemler

Sosyolojik, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler yaşlanma beraberinde daha da artmaktadır. Bu değişiklikler hem gözle görülebilir hem de görülemeyen değişiklikleri içermektedir. Genelde değişiklikler 85 yaş ve üzerinde gözle görülür boyuta gelir. Yaşanan değişiklikler kişiye özeldir ve değerlendirilirken de bireysel değerlendirilmesi gerekmektedir. ⁵⁹

2.2.4.1. Yaşlanma ile Meydana Gelen Fizyolojik Değişiklikler

Yaşlanma nörolojik sistem, kardiyovasküler sistem, kas-iskelet sistemi, boşaltım sistemi endokrin sistem, bağışıklık sistemi, gastrointestinal sistem, solunum sistemi, görme, işitme, deri, tat ve koku gibi duylularda fizyolojik değişiklikler ortaya çıkarmaktadır. ⁶⁰

Solunum Sistemindeki Fizyolojik Değişiklikler

Solunum sisteminde yaşlanma ile genel olarak yetersiz fiziksel aktivite düzeyi, ventilasyon ve soluk alıp vermede problemler, solunum kas gücünde zayıflama, akciğer fonksiyon testlerinde anormal bulgular, akciğer ve göğüs kafesi şeklinde farklılıklar meydana gelir. ⁵⁴ Bu durumlar bronkospazm, akciğer enfeksiyonu ve aspirasyona yatkınlığı arttırmaktadır. ^{2,4} Yaş ilerledikçe virüs ve antijenlere karşı immün yanıtın düşmesi solunum sistemi enfeksiyonlarına daha yatkın hale getirmektedir. Bu yüzden yaşlıların bu tür enfeksiyonlara karşı aşı yapılmaları önem arz etmektedir. ⁶⁰

Kardiyovasküler Sistemdeki Fizyolojik Değişiklikler

Kardiyovasküler rahatsızlıklar 65 yaş ve üzerinin %40'ında ölüm sebebi olarak en başta gelir. Kardiyovasküler rahatsızlardan ölümlerin %80'i bu grupta olur. ⁶⁰ Aktivite toleransında düşme, nefes darlığı, taşikardi ve yorgunluk kalp rezervinin düşmesi ile meydana gelir. Koroner arter hastalıkları, hipertansiyon, inme görülme sıklığı artar. ⁵⁹ Hipertansiyon, venöz tromboz, kalp yetmezliği, kalp kapak hastalıkları, ateroskleroz, atriyal fibrilasyon, kalp krizi ve fiziksel aktivite seviyesinde yoğun bir düşüş yaşanmaktadır. ⁵⁴

Gastrointestinal Sistemdeki Fizyolojik Değişiklikler

Yaşın ilerlemesiyle diş sağlığında bozulma, takma diş kullanımı, diş çürükleri ve kaybı, sindirim sistemi ve metabolik aktivitelerin git gide azalması gibi durumlar yaşlılarda mide yanması, sindirimde zorlanma, yemek sırasında yutkunma güçlüğü, ağız

kuruluğu gibi durumları beraberinde getirir. ^{4,60} Yaşın ilerlemesiyle İnce bağırsaklarda emilimin azalması sindirim sürecinde yavaşlamaya ve kabızlığa sebep olur. ^{2,60}

Yaşlılık ile artan kronik hastalıklar çoklu ilaç kullanımına (polifarmasi) neden olur. Polifarmasiye bağılı yan etkiler 65 yaş ve üzeri bireylerde daha yaygındır. Bu yüzden yaşlı bireylerde uygun olmayan ilaç içme durumlarını belirlemek önemlidir. ⁶¹

Endokrin ve İmmün Sistemlerdeki Fizyolojik Değişiklikler

Yaşlanma ile endokrin sistemde birçok değişiklik meydana gelmektedir. Menopoz kadınlarda yaşlanmanın ilk belirtisidir. Yaşlanma ile kadınlarda östrojen seviyesinde düşme meydana gelir. Bu da vaginal şekil değişikliği, cinsel ilişkide kanama ve ağrıya sebep olur. ⁶⁰ Erkeklerde hormonal farklılıklar otuzlu yaşlarda meydana gelir. Eretil disfonksiyon, ejakülasyon güc ve volümünde azalmalar ortaya çıkmaktadır. ^{4,60}

Yaşlanma ile bağışıklık sistemi de düşmeye başlar. Otoimmün hastalıklar, influenza, septik artrit, bakteriyemi, endokardit, pnömoni gibi enfeksiyon hastalıklarının sıklığı artar. Bu yüzden yaşlılar için enfeksiyon tedbirleri ve aşuya dikkat edilmelidir. ⁴

Nörolojik Sistemde Fizyolojik Değişiklikler

Yaşlılık beyine giden damarların anatomik bozukluğunun uyumuna ve beyindeki bu bozuklukların kan akımını %20'ye yakın düşürmesine sebep olur. ⁶⁰ Bununla birlikte algılama, öğrenme, kısa süreli hafıza, kelime dağarcığı, kelimeleri hatırlama gibi zihinsel işlevlerde de düşme olur. Bu farklılıklar kronik hastalığa sahip yaşlılarda inme oluşma olasılığını yükseltir. ^{28,60}

Dünyada kanser ve kalp hastalığından sonra en önemli ölüm sebeplerinden biri olarak ortaya çıkan inme yaşlanma ile beyindeki farklılıklar nedeniyle bireyin daha fazla etkilenmesine neden olur. ⁴¹ İnme için rehabilitasyonda bağımsızlık ve temizlik amaçlı geliştirilen teknoloji destekli tuvaletler üzerine yapılan çalışmada, ⁴¹ perine bölgesini

temiz bir şekilde yıkayıp kurulayan tuvaletlerin bireyin bağımsızlığını arttıracakı düşünülmektedir.

Kas İskelet Sistemindeki Fizyolojik Değişiklikler

Kas iskelet sistemi işlevlerinde yaşın ilerlemesi ile düşüş meydana gelir. Halsizlik, osteoporoz, yorgunlukta artma gibi durumlar ortaya çıkabilir. Ayrıca düşme ve kemik kırıkları da daha sık görülür.^{54,59} Osteoporoz ileri yaşlarda kas iskelet sistemi için ciddi problemlerden biridir.⁶⁰ Yaşlanmaya bağlı olarak glikoz toleransı bozulur. Buna bağlı olarak tip 2 diyabetüs mellitüs (DM) daha fazla görülür. Bununla birlikte fiziksel harekette azalma, vücut yağ dokusunda artış ve renal işlevlerde de bozulma meydana gelir.⁵⁹

Duyu İşlevlerinde Fizyolojik Değişiklikler

Yaşın ilerlemesi ile duyu organlarının tüm işlevlerinde gerileme ya da azalma meydana gelir. Bunlar;^{59,60,62}

- Görme sorunları
- İşitme problemleri ve kaybı
- Tat ve koku alma problemleri
- Deri yapısında farklılıklar

Üriner Sisteminde Görülen Fizyolojik Değişiklikler

Yaşlanma ile renal kan akımı ve böbrek hücre sayısında azalmalar meydana gelir. Bununla beraber böbreğin idrarı konsantre ve dilüe etme gücünde de düşme meydana gelir. Mesanede yeterli alanın olmamasından dolayı da yaşlı bireyler yaygın bir şekilde üriner inkontinans problemi yaşarlar.⁵⁹

2.2.4.2. Yaşlılarda Ortaya Çıkan Psikolojik Değişiklikler

Yaşlanma ile meydana gelen psikolojik farklılıklara ruhsal eylem farklılıkları ve bilişsel yeteneklerde farklılıklar sebep olur.⁶³ Yaşlının toplumsal, sosyal ve mesleki

alanlarını etkileyen bilişsel sorunlar sadece unutkanlığın mevcut olduğu durumdan demansa kadar giden kapsamlı incelenmesi gereken durumlardır. ⁶⁴ Yaşlıların dezavantajlı grup içinde olması problemlerin artmasına sebep olmaktadır. ⁵⁷

Yaşlılarda sosyoekonomik durumun; yaşam kalitesi, sosyal problemler (istismar, ihmal), sağlık hizmetlerine ulaşım ve faydalanma, herhangi bir hastalık varlığı, engelli olma hali, mevcut sağlık davranışları, ölüm, sağ kalım ile bağlantılı olduğu tespit edilmiştir. Düşük eğitim seviyesi, düşük gelir düzeyi, tek yaşamak, içine kapanmak gibi faktörler yaşlıların mental sağlığına olumsuz etkide bulunmaktadır. ⁵⁷

Performansta kayıp, hatırlama ve öğrenmede zorluk, yeni durumlara alışamama, eskiye bağlı kalma, uyku sorunları, Alzheimer, demans, deliryum, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunlar yaşlanma ile ortaya çıkmaktadır. ^{59,63,65,66} Ayrıca toplumsal beklentide azalma, saygınlığın düşmesi, sosyal güç ve bağlantılarda azalma meydana gelmektedir. Emeklilikle beraber mevcut imkanların azalması, gelirin düşmesi bireyi ekonomik ve sosyal olarak olumsuz etkilemekte, beraberinde bireyi bağımlılığa yönleltebilmektedir. ^{58,59} Farklılıklara uyum sağlamaya çalışan yaşlı bireyler önceki yaşam biçimlerini sürdürmeye çalışırlar ve sık sık önceki yaşamlarından söz ederler. ^{63,66}

Yaşlı bireylerde arkadaş, aile ve eş gibi sosyal dayanakların olması psikolojiye olumlu etkide bulunmaktadır. Yaşın artması ile yaşlılığı ‘’son evre’’ olarak görme, birden fazla sağlık probleminin varlığı, çocukların ilgisiz olması ve kayıpların artması psikolojiye olumsuz etkide bulunmaktadır. ^{63,67} Bireyin yaşadığı problemler çevresindekiler ile iletişimini, bağımlılığını, çalışma hayatını ve günlük faaliyetlerini etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada yaşlı bireylerde ruhsal sorunların erişkin bireylere göre daha az meydana geldiği belirlenmiştir. ⁶⁷

2.3. Kader ve Kadercilik

Arapça bir kelime olan kader, rızkını kısmak, değerini bilmek, kuvvetin elvermesi, hesaplamak, programlamak, tartmak, bir şeyin biçimini saptamak gibi anlamlara gelmektedir. Bir manada kader, Allah'ın tüm durumları edebi ilmiyle bilip saptaması, hükmetmesi, takdir etmesi ve insan iradesinin bir anlamının olmaması şeklindedir. Başka bir tanıma göre ise insanın iradesine bağlı olduğu, insanın yaptıklarından sorumlu, bağımsız bir varlık olduğundan söz edilmektedir. Türk Dil kurumunda (TDK) kaderci kelimesi; kötü talih, alın yazısına inanan ve ondan yana olan, yazgı gibi anlamlara gelirken kadercilik; fatalizm ve yazgıcılık manasına gelmektedir.⁶⁸

Çok boyutlu bir psikolojik kavram olan kadercilik kıymetsizlik, yorgunluk, ümitsizlik ile karakterizedir.⁶⁹ Alinyazısının görünmeyen bir güç tarafından yönetildiği, yapılacak hiçbir şeyin bu durumu değiştiremeyeceği, hayatta yaşanan her şeyin önceden belli olduğu ve bu olaylar karşısında dirençsiz olduğunu anlatan duruma kadercilik denir.¹⁴

Kadercilik dinde çok sık tartışılan bir konudur. Özellikle kadercilik ve kader inancı arasındaki farka değinilmektedir. Kader inancı dinlerde, 'Tanrı'nın başımıza gelecek durumları bilmesi' olarak ifade edilir.⁷⁰ İslamda, insan iradesine bağlayarak sorumluluğun bireye ait olduğunu bildiren düşünceler olduğu gibi her şeyin Allah'ın iradesine bağlı olduğunu bildiren düşüncelerde bulunmaktadır. Kültürel faktörler ile ilişkili olarak dinin kaderciliğin baş sebebi olduğu ve farklı dinlerin kadercilik inancının daha fazla olduğu söylene de yapılan çalışmalar kaderciliği belirleyen tek etkenin din olmadığını ve kaderciliğe yönelimin farklı dinlerde değişiklik göstermediğini belirlemiştir. Kadercilik eğilimi, hayatı önemli seviyede şekillendiren, sosyal yaşamın her anında karşılaştığımız ana bir olaydır.⁷¹ Sosyal mevki, maddi durum ve eğitim seviyesinin kadercilik eğilimi ile güçlü bağlantısı vardır.¹⁴

Yunan mitolojisiinde kadercilik yaklaşımının ilk örnekleri görölmektedir. Örnek olarak Oedipus destanı verilebilir. Efsanede Oedipus'un babasını öldürerek annesiyle evlenmesi gösterilen çabaya rağmen kaderin engellenemeyeceği inancını göstermektedir.⁷⁰ Antik çağ Yunan felsefesinde de kadercilik bulunmaktadır. Örneğin; Sofokles'in Antigon'unda toplumun sesi olan koro şöyle bağırır: "İnsanlar alınlarına yazılmış olan felaketlerden asla kaçıp kurtulamazlar."⁷²

Bilimsel bilgilerden uzak kalan bireyler, yaşanan her şeyi doğa-üstü bir gücün varlığıyla ilişkilendirmişlerdir. Alın yazısı bireye özgürlük sunmamaktadır. Bireyler doğa-üstü güce çok eskiden beri inanmaktadırlar. Bu inançta bireyin geleceği önceden belirlenmiştir ve birey buna müdahale edemez.⁷²

2.3.1. Kadere İlişkin Tutumlar

Kadere ilişkin tutumlar; duygusal, davranışsal ve bilişsel olmak üzere üç ögeden oluşmaktadır.

İnanç temelli kader yaklaşımında duygusal ögeyi imanda ana duygu olan güven duygusu oluştururken, kadercilikte ümitsizlik, ümitsizlik duyguları en temel duygu olabilir.⁶⁸

Davranışsal boyuta baktığımızda inanç temelli kader tutumunda birey yaptıklarında özgürdür ve dirençli bir mücadele sonrası Allaha tevekkül etme düşüncesi ortaya çıkar. Eğer o düşünce yoksa da Allah'a teslimiyet fikri meydana gelir. Kaderci yaklaşımda ise ilahi bir gücün varlığına inanç değil, yaşanan duruma umutsuzca boyun eğme ortaya çıkabilir.⁶⁸

Bilişsel boyuta baktığımızda inanç temelli kader tutumunda; yaşanan her şeyin Allah'ın gücü, iradesine bağlanır. Kaderci yaklaşımda ise belli olmayan bir güç tarafından meydana gelen olaylarda yapılan müdahaleler sonucu durumun değişmeyeceği düşüncesi mevcut olabilir.⁶⁸

2.3.2. Kader Algısına Etki Eden Faktörler

Kaderciliği, sağlık kurumlarına karşı inançsızlık, sağlık sistemlerine kısıtlı erişim, fakirlik, hastanelerle ilişkili anksiyete ve bir deneye konu olma endişesi gibi pek çok şey etkiler.⁶⁹

Kültür: Deyim, atasözü, türkü vb. kültürel olarak önemli örneklerdir. Bu örnekler kişinin algısını kapalı bir şekilde biçimlendirmektedir. Kader algısının belirgin özellikleri Doğu-Batı kültürleriyle yaşayan bireylerde görülmektedir. Doğu kültürü ile yetişen bireylerin dış kaynaklı sebepsel açıklamalara Batı kültüründen daha çok ihtiyaç duyulduğu, doğu kültürüyle yaşayan bireylerin daha itaatkâr olduğu, bu durumun kaderciliğe yatkın olmakla ilgili olduğu ifade edilmektedir. Bununla birlikte kadercilik düşüncesinin maddi durumu kötü olan bireylerde daha yaygın olduğu düşünülmektedir. Ancak iki durum için de yeterinde kanıt bulunmamaktadır. Antik Yunan toplumunda kadercilik ile ilgili verilerin olması, kaderciliğin yalnızca Doğu değil Batı Toplumunda da sık görüldüğünün göstergesidir. Kaderciliği yalnızca Doğu ya da Batı olarak ayırmak yerine evrensel bir bakış açısı ile bakmak daha gerçekçidir. Aksi durumda kadercilik yaklaşımını yalnızca Doğu kültürüne bağlamak hatalı bir yaklaşım olur.⁶⁹

Sosyokültürel Faktörler: Yaşamın ilk yıllarında meydana gelen kültür akışı fatalizm ve nedensellik algısının oluşmasına yol açmaktadır. Ebeveynler yaşamın ilk dönemlerinde farklı kader algılarının benimsenmesine zemin hazırladıkları için ebeveyn yaklaşımları kader algısını etkileyen sosyal faktörlerdendir. Örneğin baskın karakterli bir aile, çocuğun kurallara ve topluma uygun bir birey olmasını isterse itaatkarlığı çocuğa kabullendirebilir. Özgür karakter yapısına sahip bir aile ise çocuğuna bağımsızlık düşüncesini benimsetebilir. Baskın karakter yapısı ile yetişen bireyler dışsal kontrole yatkın fatalistik tutuma uyumlu olurken, özgür karakter yapısına sahip bireyler içsel kontrole yatkın sorumluluk üstlenmeye gönüllü olurlar.⁷³

Yaşam tecrübeleri: Bireyin yaşadığı olumlu ve olumsuz durumlar kadercilik inancını etkilemektedir. ⁷³

Eğitim: Okullarda verilen din derslerinde iman esasları içinde kadercilikte öğretilmektedir. Keskiner, yaptığı incelemede Din Kültürü ve Ahlak Bilgisi kitaplarının kader için doğru bir düşünce oluşturmaya yardımcı olduğu bulunmuştur. Ayrıca fatalizm hakkında daha önce var olan yanlış düşüncelerinde yıkımını amaçladığı belirlenmiştir. Keskiner, var olan düşünceyi yıkmanın zor olduğunu açıklamış ve öğretmen etkeninin önemi üzerinde de durmuştur. ⁷³

Kader birçok alanda görüş ayrılıklarına sebep olduğu için herkese uyan bir açıklama sunmak mümkün görünmemektedir. Bu yüzden gençlere fatalizmi anlatırken dil çok önemlidir. Okul çağında var olan sorgulayıcı bakış açısı dini sorgulamalara sebep olmaktadır. Özellikle ergenlik sürecinde bireylerin kader ve özgürlük gibi konularda kuşku duydukları çeşitli araştırmalarda ortaya çıkmıştır. ⁷³

Kişilik özellikleri: Bu konuda “dışsal kontrol odağı ya da içsel kontrol odağı” kişilik özelliği üzerinde durulmaktadır. Dışsal kontrol odağı kişinin kontrol gücünün var olmadığı, kader gibi başka faktörlere bağlı kaldığı kişilik yönelimidir. İçsel kontrol odağı ise tam tersine bireyin kendi tutum ve davranışların kontrolünden bireyin sorumlu olduğuna inandığı kişilik yaklaşımıdır. ⁶⁸

Fatalizm, yaşanması gereken ne varsa yaşanılmasının kaçınılmaz olduğunu ifade etmektedir. Bu düşünce yapabileceklerimizin önüne engel koymaktadır. Bağımsızlık ve yükümlülük için tehdit oluşturmaktadır. ⁷⁰

Kadercilik ile ilgili yapılan bazı çalışmalar maddi durumu ve eğitim seviyesi düşük bireylerin kadercilik ile ilgili bağlantılara daha eğilimli olduğu saptanmıştır. ⁶⁹ Bobov ve Çapık’ın ⁷⁴ araştırmasında Din Sağlığı Kaderciliği Ölçeği’nin geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılması sonucunda sigortası bulunmayanların, yaşlı bireylerin,

kadınların, kronik hastalığı bulunanların, evli kişilerin, okuma yazması olmayanların ve maddi durumu kötü olanların sağlık kadercilik puanları daha yüksek bulunmuştur. ¹⁴

Din kaderciliğinin hastalıklar için olumlu ve olumsuz etkisi olduğunu ortaya çıkaran pek çok çalışma mevcuttur. Kongo Demokratik Cumhuriyeti'nde aşığı kabul etme ve kolerayı idrak etme üzerine yapılan çalışmada inanç üzerine yapılan uygulamalarda farklılıklar olduğu saptanmıştır. Örneğın iyileşmek için dua eden kişilerde sağlık sorunlarıyla başa çıkma beceresinin daha yüksek olduğu görülürken; koleranın Allah'tan geldiğı, aşı ve benzeri durumların Allah'ın düşüncelerine müdahale etmek olduğuna inananların aşı yapılmaya karşı çıktığı görölmüştür. ¹⁴

2.3.3. Sağlık ve Kadercilik

Türkiye uzun süre Batı etkisinde kalsa da, İslam ülkeleri arasında kadercilik düzeyinin en yüksek olduğu ülkedir. ¹⁴ Ülkemiz'de kadercilik alanında yapılan çalışmalara baktığımızda genelde sağlık ve islam bilimini içermektedir. Kaderciliğın diğer bilim ve alanlarda yeterli düzeyde çalışması bulunmamaktadır. Sağlık alanında kanser için çeşitli bakış açılarını gözlemlemek amaçlı yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Freeman'ın Yoksulluk-Kanser modeli ⁷⁵ kadercilik için önemli bir çalışmadır. Bu çalışma kadercilikte bir karmaşaya neden olmuştur. Çalışmada sosyoekonomik düzeyi iyi durumda olmayan bireylerin, yaşam sevincini kaybetme, ümitsizlik, intihar eğilimi, içe kapanıklık ve mutlu olamama oranlarının daha fazla olduğu görölmüştür. Halk sağlığı kanser kaderciliğini; kanser ortaya çıktığında tek mutlak gerçeğın ölüm olması şeklinde açıklamıştır. Bu durumda birinci basamakta verilen koruyucu sağlık hizmetlerinin önüne geçmektedir. ⁶⁹

Cohn ve ark. ¹⁶ sağlık davranışları ve kadercilik arasındaki bağlantıyı konu alan 46 çalışmayı kapsayan meta-analiz çalışmasında kadercilik inancı fazla olan kişiler ile sağlığı zararlı davranışlar arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. ¹⁴

Kaderciliğe yatkınlıkta meydana gelen artış, AIDS ve kanser gibi hastalıklara bağlı tedbir almada azalmaya ⁷⁶ hastalıklarda önlem almakta yetersiz kalmaya ⁷⁷ ve güvenli hareketlerde azalmaya ⁷⁸ neden olmaktadır.

Sağlık tutumları için önemli bir etkiye sahip olan dini inançlar, daha iyi sağlık tutumları için yardımcı faktör ya da sağlığın önünde bir engel olabilmektedir. Bireyler hastalığın Tanrı'dan gelen bir sınav olduğunu düşünürse Tanrı'nın yanında olduğunu düşünür ve hastalığı kabul eder. Hastalığın günahları yok ettiğini düşünmek kolayca anlaşılabilir karmaşaya son verir. Yani sağlık ve din iç içe geçen iki durumdur. Bu yüzden kadercilik genel olarak sağlık arama davranışlarında olumsuz etki göstermektedir.⁷⁹

Kadercilik teslimiyetçiliği ifade ettiği için girişimsel faaliyetlere genel olarak olumsuz etkisi de bulunmaktadır. Yönetme inancının düşük olması ve durum ve olaylarda farklılık oluşturma ihtimalinin düşük olması ile başarı beklentisi azaldığından dolayı girişimsel faaliyet, emek sarf etme de minimum seviyeye inmektedir.⁸⁰ Bu yönden baktığımızda fatalizm; tarama programları, egzersiz, sebze ve meyve tüketimi gibi durumlara olumsuz etki göstermektedir. ⁸¹

Sağlık üzerine etki eden yaşam biçimi eskilere dayanmaktadır. Yunan ve Eski Roma'da bu konuya değinilmiştir. Rönesans ve orta çağ döneminde bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğu üzerinde durulmuştur. Birey düzenli egzersiz yapmalı, stresten kaçınmalı ve dengeli beslenmelidir. Bunları yerine getirmek sağlığı korumak ve geliştirmek için gerekenin yapılması manasına gelmektedir. Kadercilik düşüncesi meydana gelen durumları dış etkenlere bağladığı için bu durumun hastalıklar için tedbirli olma tedavi arama durumlarını azaltabilir. ⁸¹

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile kadercilik arasındaki bağıntıyı araştıran birçok çalışma mevcuttur. Ama çalışmalarda henüz yeterli bilgiye ulaşılmamıştır. Bazı

alışmalar kaderciliğin sağlık hizmetlerini kullanımda dūřuře sebep olduğunu ortaya çıkarsa da bazı çalışmalar hastalığın tedavisine engel olduğuna dair yeterli veri elde edememiştir.⁷²

2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Yalnızca hastalık ve sakatlıđın olmaması deđil aynı zamanda psikolojik, sosyal ve psikolojik kademeleri de içine alan sađlık, en ūst dūzey iyilik halinden ūlūme kadar ilerleyen sūretir. Davranıř, kiřilerin her zaman istendik ve bilindik olmasa da yaptıkları veya yapmaktan çekindikleri hareketlerdir.⁸² Sađlık davranıřı; sađlıđı geliřtirme, koruma ve iyileřtirme ile ilgili yapılan hareketlerin tamamıdır.⁸³

Kiřinin sađlıđını etkileyen durumları kontrol etmesi, bilmesi ve kendi durumuna uygun sađlık davranıřlarını belirleyerek gūnlūk yařamında onları uygulaması ise sađlıklı yařam biçimi davranıřları olarak tanımlanır.^{15,84,85} Toplumdaki būtūn kiřilerin kiřisel sađlıklarını geliřtirmek ve mevcut sađlık durumlarını korumak için kiřiye ūzgū ‘sađlıklı yařam biçimi davranıřlarını’ oluřturmaları gerekmektedir.³⁸ Bu davranıřları oluřtururken yařlı kiřilerin, sađlık hakkında becerilerinden faydalanmak, yařamdan doyum almalarını sađlamak, enerji ve potansiyellerini aktif bir řekilde kullanmalarını sađlamak gerekmektedir. Bunlara ek olarak bireyin kalan yařamını yıllara yařam katarak, kalan yařam sūresini uzatarak, bu sūrete bireyi aktif tutarak ve ađrı yařamadan, rahat, mutlu bir hayat yařaması için çaba gōsterilmelidir.^{38,82} Kronik hastalıkların yōnetiminde būyūk ūnem tařıyan sađlıklı yařam biçimi davranıřları, bireylerin hastalıđa uyumunda ve tutumunda da kritik ūnem tařır.⁸⁶ Yapılan alıřmalar yetersiz fiziksel aktivite, tūtūn tūketimi, dūřuk uyumlu diyet, alkol kullanımı gibi sađlıksız davranıř alıřkanlıđı olan bireylerde, biliřsel iřlevlerde azalma, kronik hastalık ve ūlūm ile karřılařma oranının daha fazla olduđunu gōstermektedir.⁴⁴

Günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olan, fiziksel ve kognitif fonksiyonları iyi durumda olan yaşlı bireylerin aktif bir yaşam sürdürmeleri sağlığı geliştirme davranışları ile bağlantılıdır. Bu konuya örnek olarak Kudo ve ark.⁸² yaptığı çalışmada sosyal aktivitelere bağımsız katılım sağlayan yaşlı bireylerin yaşamdan aldıkları doyumun daha fazla olduğu saptanmıştır. Toplumdaki bireyleri yaşlılığın birçok etkisinden korumak için sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi büyük önem taşır. Bu süreç yalnızca yaşlılık varlığında değil hayatın her döneminde uygulanarak sağlıklı yaşlanmaya temel oluşturulacaktır.⁴⁴

2.4.1. İnsan Sağlığını Geliştirme Programları

Bireyin günlük yaşam aktivitelerini belirlemesi ve sağlığını etkileyen davranışları kontrol altına alması için sağlığı geliştirme programları çok önemlidir.^{82,85} Sağlığı geliştirme programları; sağlık sorumluluğu, uyku, beslenme, egzersiz, hijyen, stres, maneviyat (spiritüalizm) ve kişilerarası ilişkilerden oluşmaktadır.⁸⁷⁻⁹⁹

2.4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Pender sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını; kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi şeklinde sınıflandırmıştır.⁹⁰

1. Kişilerarası İlişkiler: Kişiler sağlık personelleriyle de iletişim kurarak hastalığı hakkında bilgi sahibi olmak ister. Bu yüzden doğru iletişim sayesinde eksik bilgiler tamamlanmalıdır.⁹¹ Kişinin çevresinde yakın olduğu bireyler ile iletişiminin sürekliliğini belirler.⁸⁴

2. Fiziksel Aktivite: Minimum düzeyde stres ve hareketli bir yaşam tarzı sağlığın devamlılığı için önem arz etmektedir.^{92,93} Yapılan birçok çalışma sağlıklı yaşlanma ile fiziksel aktivite arasında bir bağlantı olduğunu, bununla birlikte yetersiz fiziksel aktivite ile kronik hastalıklar arasında pozitif korelasyonel bir ilişki olduğunu saptamıştır.⁵⁶

3. Manevi Gelişim-Kendini Gerçekleştirme: Manevi gelişim, kâinat ile adapte bağlantı oluşturma, ilişki kurma şeklinde tanımlanır. Aşılma ise kendi halini aşarak yeni durum ve deneyimlere açılmaktır. ⁹⁴ İnsanın hareketlerini yöneten bir hissiyat olmakla birlikte ulaşılmaya çalışılan gelişme seviyesine kendini gerçekleştirme denir. Kendini gerçekleştirme ancak kendini tanımak ile mümkün olur. İnsan hareketlerini inceleyen psikologlar bireyin hareketlerini yöneten en önemli hissiyatın kendini gerçekleştirme olduğunu açıklamıştır. ⁸²

4. Beslenme: Bireylerin sağlıklı yiyecek seçiminde bulunması ve öğünlerin düzenlenmesi gerekir. ⁹⁵

5. Sağlık Bilinci-Sorumluluğu: Bireyin psikolojik ve sosyal açıdan iyi olması, iyiliği için kendini sorumlu hissetmesi, üzerine düşen sorumluluğu yapmasıdır. ^{84,96} Bireyin sağlık sorumluluğunu alması; sağlığı ile ilgili geliştirici, koruyucu ve önleyici davranışlarda farklılık sergilemesi olarak tanımlanır. ⁴⁴

Kişinin sağlığı için sorumluluk alma seviyesi;

- Rutin kontrollerini düzenli bir şekilde yaptırması,
- Sağlıklı yaşamını yürütmesi ve iyilik düzeyini arttırması,
- Sağlığında farklılıklar ortaya çıkması durumunda tedbirini alması,
- Sağlık hakkında alakalı duyuruları izlemesi ve gerektiğinde tartışmalara katılması,
- Kendini tanıması, vücutta farklılıklar meydana geldiğinde sağlık kuruluşuna müracaat etmesi ile saptanır. ⁸²

6. Stres Yönetimi: Huzurlu olmak, başarı elde etmek, hayatta kalmak, hayattan doyum sağlamak ve gelişmek için stresin olması gerekir. Hayat standartlarının yükselmesi için stres kişiyi problemin çözümüne teşvik eder. ⁸² Kronik hastalıklar ile başa çıkmak için strese sebep olan durumların tespit edilmesi gerekir. ⁸

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gerçekleştirilmesinde bireyin uyum süreci önem arz etmektedir. Özellikle kronik hastalığa sahip bireyler hastalığın meydana getirdiği problemler nedeni ile uyum sorunları yaşamaktadır. Bu durum sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumsuz etkilemektedir.⁹⁷

2.5. Hastalığa Uyum

Kişinin iç ve dış çevreden gelen farklılıkları kabullenme dönemi ve süreç içerisinde gerekli davranış uygulama becerisi olarak tanımlanan uyum, kronik hastalıkların yönetiminde temel unsurdur.⁹⁷ Uyum evresi süreklilik gösterir. Engeller, özgüven düzeyi, duygusal durum, işlevsel seviyede yeterli olmama, kişinin yaşı ve hastalığı kabullenmeme durumu uyum dönemini etkiler.⁸

2.5.1. Hastalığa Uyumun Boyutları

Hastalığa uyum fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel olmak üzere dört boyutu bulunur.

Fizyolojik uyum; belirti denetimi, işlev ve fonksiyon yitiminde ortaya çıkacak araç-gereç uygulaması, hayat tarzı farklılıkları gibi durumları kapsamaktadır.⁹⁷

Psikolojik uyum; gelecek temelli planlamalar, sosyal çevre ilişkilerinde farklılıklar ve dış görünüşteki farklılıklardaki problemleri içine almaktadır.⁹⁷

Sosyal uyum; çevresindekilerle iletişimi, aidiyetlik, gelişimi ve seilmeyi etkileyen sosyal çabayı kapsamaktadır.⁹⁷

Spiritüel uyum; ölümü kabullenme, hayattaki hedefler ve hayatın amacını konu almaktadır. Spiritüel boyut, kişinin hayatı sorguladığı, ümidinin ve kuvvetinin kaybolduğu süreçte kendini göstererek kişilerin gelecek planı yapmalarına, hayatın kıymeti üzerine düşünmelerine ve hastalığa karşı çıkmamalarına yönelik destekte bulunmaktadır.⁹⁷

Bireyin kronik hastalık döneminde kendine güvende azalma, hayatın anlamsız olduğu düşüncesi, beden imajında farklılık, ölüm anksiyetesi, hastalığın semptom ve

tedavisi, bireyin baş etme yeteneğinde düşme ve hayat şeklinde değişiklik gibi ortaya çıkan problemler hastalığa uyum dönemine etki eder. ⁹⁷

Hastalığa uyumu arttırmak amacı ile kullanılan Roy Adaptasyon Modeli (RAM); hemşirelik uygulamalarına, bireye, kişinin sağlık durumuna ve çevresine yoğunlaşır. RAM’da rol fonksiyon alanı, karşılıklı bağıllık alanı, benlik kavramı alanı ve fizyolojik alan olmak üzere dört alan bulunmaktadır. ⁹⁸

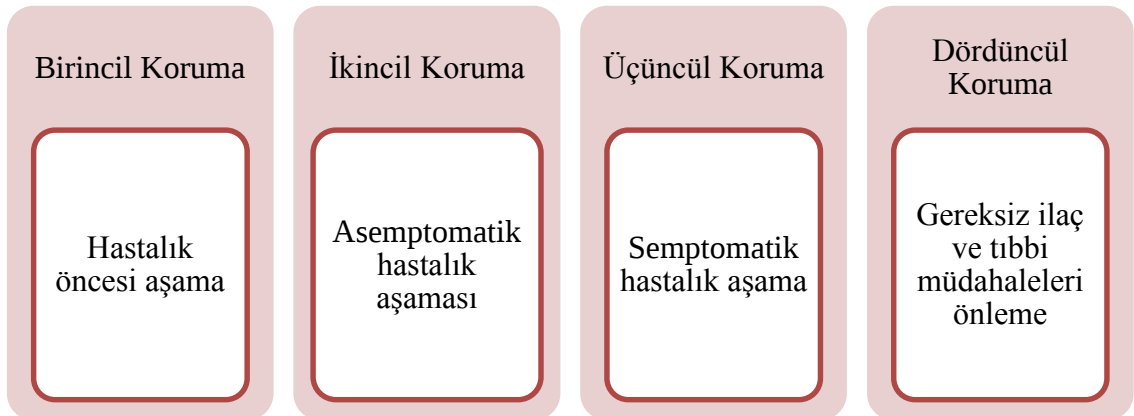
Kronik Hastalığa Uyumda RAM’a Göre Gerçekleştirilmiş Çalışma Örneklerine baktığımızda;

Mansouri ve ark. ⁹⁹ 2019’da kalp yetmezliği olan hastalarda yaptığı çalışmada 4 hafta (haftada 1 kez) boyunca 70’şer dakikalık sözlü ve yazılı eğitim programı yapılarak uyum ve yaşam kalitesinde artış olduğu tespit edilmiştir.

Bir başka çalışmada Karabacak ve ark.’ının 2016’da yaptığı hemodiyaliz tedavisi alan 82 bireye her hafta RAM’ın bir uyum alanını içeren ve toplam 4 hafta (haftada 1 kez) süren eğitimlerin yanında 3 hafta süren tekrar eğitimleri verilmesiyle fiziksel, psikolojik ve sosyal uyumda artış tespit edilmiştir. ¹⁰⁰

Yaşlılıkta Kronik Hastalıktan Koruyucu Önlemler

Sağlığın geliştirilmesi yaşlı bireylerin tümü için uygundur. Korunmanın verimliliği bireyin bilişsel durumuna, işlevsel yeteneğine ve fiziksel sağlığına bağlı olarak farklılık gösterir. ¹⁰¹



Şekil 2.7. Koruyucu Önlemlerin Aşamaları

Dünyada ve Türkiye’de Kronik Hastalıklardan Korunmaya İlişkin Çalışmalar

Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolüne ilişkin 2013-2020 Küresel Eylem Planı Mayıs 2013’te Dünya Sağlık Asamblesi tarafından onaylanmıştır. Küresel Eylem Planı ile Üye Devletlere, uluslararası ortaklara ve DSÖ’ye, 2013-2020 yılları arasında bir bütün olarak uygulandığında bulaşıcı olmayan hastalıklar sebebiyle meydana gelen ani ölümlerin 2025 yılına kadar gözle görüşür şekilde %25 azaltılmasını hedeflemiştir. ¹⁰²

DSÖ Sağlık Asamblesi BOH’ların Önlenmesi ve Kontrolüne ilişkin (2013- 2020) Küresel Eylem Planı onaylanmıştır. Buna göre belirlenen 9 küresel hedef:

- BOH’ların tedavisi için gereken ilaç ve temel teknolojilerin özel ve kamu kurumlarında %80 oranına çıkarmak,
- Felç ve inme oranlarını %50 azaltmak,
- Obezite ve diyabet artışının durdurulması,
- Tütün kullanımını %30 azaltmak,
- Tuz tüketimini % 30 azaltmak,
- Diyabet, kanser ve kardiyovasküler hastalıkları %25 oranında azaltmak,
- Hipertansiyonu %25 azaltmak,
- Alkol tüketimini %10 oranında azaltmak,
- Hareketsiz yaşamı %10 azaltmaktır. ¹⁰³

“Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı” ile ilgili çalışmada bireylerin yaşam biçimi ile ilgili detaylı bilgilere ulaşılmıştır. Sağlıksız yaşam biçimi davranışlarının çok sık görüldüğü belirlenmiştir. ¹⁰⁴ Kronik hastalığı olan kişilerin büyük bir kısmı gelişmiş ülkelerde bile maddi sorunlar, sağlıkta kusur ve yetersizlikler sebebiyle üst seviyede bakım alamadıkları belirlenmiştir. Bununla birlikte kronik hastalıktan ölen

bireylerin neredeyse tamamının yaşam biçimindeki değişikliklerle engellenebileceği ve hayat standartlarının yükseltilebileceği saptanmıştır. ^{45,50} Bu nedenle bireylerle iş birliği içerisinde olunması, işlevsel yok olmaların asıl sebebinin bulunması ve aile üyeleri ile iş birliği yapılarak tedaviye adaptasyonunun sağlanması gereklidir. ^{46,105}

Kronik Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Sürecinde Hemşirenin Rolü

Bireylere kronik hastalık sürecinde bakım verirken sağlık ekibi üyeleri ve hastanın ortak hareket etmesi, bakımın sürekli ve organize olması ile üst düzey sonuç alınır. ²

Kronik hastalığı olan bireylere üst seviyede bakım sunabilmek için sağlık profesyonelleri eğitim vermeden önce bireylerin bilgi düzey ve davranışları belirlenerek gözlemlenmelidir. Bakım sürecinde kanıta dayalı uygulamalar sunulmalı, bireyin ihtiyaçları yeniden gözden geçirilmeli, sağlıklı yaşam tarzları ile günlük aktivitelerdeki bağımsızlık seviyesi gözlenmeli ve bütüncül yaklaşım sergilenmelidir. ^{34,36}

Yaşlılarda Sağlığın Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü

Hastalara hemşirelik bakımı sunarken hastalık merkezli bir hizmet yerine sağlığı koruma ve geliştirme odaklı hizmet sunmaya özen gösterilmelidir. Yaşlının iyi, yeterli olduğu durumlara yönelerek bireyin aktif olması sağlanmalıdır. ⁵⁹ Erken tespit edilebilecek hastalıklar için bireylere tarama yapılmalıdır. ⁵⁷

Toplumda pozitif bir yaşlılık algısı oluşturmak, bireylerin fiziksel ve zihinsel sağlığını koruyup geliştirmek, hijyen ihtiyaçlarını karşılamak, kazalardan korumak, bağışıklama faaliyetleri, yaşlıların sağlık sorumluluklarını üstlenmesine yardımcı olmak, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak, sosyal iyilik halini arttırmak ve güvenli ortam sağlamak hemşirelerin görevlerindendir. ^{10,59}

Hastalığa Uyumda Hemşirelik

Kronik hastalıklarda uyum süreci, bireyin olayın farkına varmasına ve çözüm aramaya yönelttiği için önem arz etmektedir. Bu yüzden hemşire, bireyin uyum

sağlamama sebebini, problemini, bireyin uyum seviyesini tespit ettikten sonra sorunun çözümüne yönelik hemşirelik girişimlerini planlamalı, uygulamalı ve uyguladığı girişimleri değerlendirmelidir. Çözüm odaklanan girişimler yaşamın amacını belirleme, hastalığı kabullenme, sosyal bağlantılarını iyi bir şekilde ilerletme ve tedavi dönemine aktif katılım gibi faydalar sağlar. ⁹⁷

Kronik hastalıklarda tedavi süreci akut ve alevlenme dönemlerinde hastanede yapılsa da; tedavinin büyük bir kısmı hanede yapılmaktadır. Hastanın hastalığa yüklediği anlam, verdiği tepki ve hastalığı idrak etme seviyesi uyum sürecinde önem arz etmektedir.

⁸ Bireyin hastalığa yüklediği anlam, kadercilik inancının etkisiyle uyumu negatif yönde etkileyebilir. Bu nedenle kronik hastalığa uyum sürecinde bireyin inanç ve değerlerinin değerlendirilmesi çok önemlidir. ⁷⁹

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, kronik hastalığı olan yaşlılarda kaderciliğin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve hastalığa uyuma etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı türde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma Kasım 2021- Temmuz 2022 tarihleri arasında Erzurum Yakutiye Ceylanoğlu Aile Sağlığı Merkezinde yapılmıştır.

Ceylanoğlu Aile Sağlığı Merkezi

Erzurum Yakutiye’de hizmet veren Ceylanoğlu Aile Sağlığı Merkezi (ASM) düşük, orta ve yüksek gelir düzeyine sahip bireylerin yaşadığı, yüksek nüfuslu bir yerdir. 4 doktor ve 7 hemşirenin görev yaptığı ASM’de birinci basamak sağlık hizmetleri ve gerektiğinde kişinin gözlem, tedavi ve tetkikleri yapılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; kronik hastalığa sahip ASM bölgesinde ikamet eden 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmuştur.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmada olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini; evrenin sayısını belirlemek mümkün olmadığı için evren bilinmeyen durumlarda örneklem hesaplama formülü kullanılarak belirlenmiştir. Bu formüle göre çalışmaya en az 384 kişi alınmalıdır. Formül aşağıda gösterildiği gibidir;

$$n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

$$(1.96^2) \times 0.5 \times 0.5 / 0.052 = 384$$

n = Örneklem alınacak birey sayısı.

p = İncelenen olayın görülüş olasılığı (sıklığı) (0.5).

q = İncelenen olayın görülmeişi sıklığı ($1-p$) (0.5).

t = belirli serbestlik düzeyinde ve saptanan yanılma oranında t tablosunda bulunan teorik değer (1.96).

d = olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma, olarak simgelenmiştir (0.05).

Veri kaybı yaşamamak için çalışmaya 405 birey alınmıştır. Veri kaybı yaşanmamıştır ve araştırma 405 bireyin katılımı ile tamamlanmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı Değişkenler

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puan ortalaması

Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği puan ortalaması çalışmanın bağımlı değişkenleridir.

3.4.2. Bağımsız Değişkenler

Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, aile yapısı, çocuk sayısı, sosyal güvence, gelir durumu, çalışma durumu, yaşanılan yer, kronik hastalık süresi, kronik hastalığın türü, sağlık algısı

Din Sağlığı Kadercilik Ölçeği puan ortalaması.

3.5. Verilerin Toplanması

Çalışmanın bilgileri; il sağlık müdürlüğünden alınan izin doğrultusunda, Aralık 2021- Ocak 2022 tarihleri içerisinde ASM'de yüz yüze görüşülerek elde edilmiştir.

3.5.1. Veri Toplama Araçları

Çalışma bilgileri toplanırken; Hasta Tanıtım Formu (EK-6), Din Sağlığı Kaderciliği Ölçeği (EK-7), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (EK-8) ve Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (EK-9) kullanılmıştır.

Hasta Tanıtım Formu(EK-6): 13 soruluk bir anket formu olan hasta tanıtım formu araştırmacının oluşturduğu, bireyin sosyo-demografik özelliklerinin ve kronik hastalık bilgilerinin değerlendirildiği formdur.

Din Sağlığı Kaderciliği Ölçeği(EK-7): Franklin ve ark.¹⁰⁵ tarafından 2008’de geliştirilmiştir. Sağlık Kaderciliği anketi Afro-Amerikan bir toplum üzerinde araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Likert tipte olan skala “kesinlikle katılmıyorum”, “katılmıyorum”, “kararsızım”, “katılıyorum”, “kesinlikle katılıyorum” olarak yanıtlanmaktadır. 17 maddeden oluşan skaladan alınan puanın artması orijinal dilinde kaderciliğin arttığını ifade etmektedir. Ölçeğin Türkçe versiyonu tek boyutludur. Araştırmanın Türkçeye uyarlanması 2018 yılında Bobov ve Çapık³⁴ tarafından yapılmıştır. Skaladan alınabilecek puanlar 17-85 arasında değişmektedir. Puanın yükselmesi kaderciliğin arttığını göstermektedir. Türkçe versiyonunda tek boyutlu Sağlık Kadercilik Skalası’nın Cronbach alpha değerinin 0.91 olduğu bulunmuştur. Skala katsayısının $0.80 < \alpha < 1.00$ aralığında olduğu ve yüksek derecede güvenilir olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada Cronbach alpha değerinin 0.95 olduğu belirlenmiştir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (EK-8): 1987 yılında Walker tarafından geliştirilen ölçek¹⁰⁶, 1996 yılında tekrar düzenlenerek Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ-II) olmuştur. Türkçe’ye uyarlanması Bahar ve ark.³⁵ tarafından yapılmıştır. 52 madde ve 6 alt boyuttan oluşan ölçek 4’lü likert olarak puanlanmaktadır. Alt ölçekleri; sağlık sorumluluğu, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişimdir. Genel ölçek puanı SYBDÖ-II puanını

verir. Ölçekten alınabilecek puanlar 52-208 aralığındadır. Bahar ve ark.³⁵ ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısını 0.92 olduğunu bildirmişlerdir. Ölçek alt boyutlarının güvenirlik katsayıları ise; beslenme 0.68, stres yönetimi 0.64, sağlık sorumluluğu 0.77, manevi gelişim 0.79, fiziksel aktivite 0.79, kişilerarası ilişkiler 0.80 olarak bildirilmiştir.

Tablo 3.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II ve Alt Boyutları Güvenirlik Katsayıları

	Cronbach Alpha
Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu	0.83
Fiziksel Aktivite Alt Boyutu	0.86
Beslenme Alt Boyutu	0.66
Manevi Gelişim Alt Boyutu	0.78
Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutu	0.80
Stres Yönetimi Alt Boyutu	0.73
SYBDÖ-II Toplam Puan Ortalaması	0.94

Tablo 3.1. incelendiğinde bu araştırmada Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-II ölçeğinin Cronbach Alpha değeri; Sağlık Sorumluluğu alt boyutu için 0.83, Fiziksel Aktivite alt boyutu için 0.86, Beslenme alt boyutu için 0.66, Manevi Gelişim alt boyutu için 0.78, Kişilerarası İlişkiler alt boyutu için 0.80, Stres Yönetimi alt boyutu için 0.73 ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puanı için 0.94 olarak belirlenmiştir.

Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (EK-9): Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği (KHUÖ); Atik ve ark.¹⁰⁶ kronik hastalığı olan bireylerin hastalığa uyum seviyesini belirlemek amacı ile geliştirdiği 25 maddeli 3 alt boyutlu bir ölçektir. Fiziksel uyum; 1, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 22, 23, 24 numaralı maddelerden oluşup; alınabilecek puanlar 11-55 aralığındadır. Sosyal uyumu; 2, 3, 5, 7, 17, 19,25 numaralı maddelerden oluşup; alınabilecek puanlar 7-35 aralığındadır. Psikolojik uyumu; 4, 6, 8, 11, 12, 20, 21 numaralı maddelerden oluşup; alınabilecek puanlar 7-35 aralığındadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 125'tir. Ölçek toplam puan ve alt boyutlardan alınan puanlardaki artış,

bireylerin hastalığa uyum düzeylerinin arttığını göstermektedir. Atik ve ark.¹⁰⁶ ölçeğin genel Cronbach alfa değeri 0.88 olarak belirlenmiştir.

Tablo 3.2. Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği ve Alt Boyutları Güvenilirlik Katsayıları

	Cronbach Alpha
Fiziksel Uyum Alt Boyutu	0.71
Sosyal Uyum Alt Boyutu	0.49
Psikolojik Uyum Alt Boyutu	0.41
KHUÖ Toplam Puan Ortalaması	0.74

Tablo 3.2’de görüldüğü gibi çalışmamızın KHUÖ Cronbach Alpha değeri; Fiziksel Uyum alt boyutunda 0.71 ve Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği toplam puanı için 0.74 olarak saptanmıştır. Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Sosyal Uyum alt boyutunda 0.49 ve Psikolojik Uyum alt boyutunda 0.41 cronbach alpha bulunduğu için bu iki alt boyut çalışmada değerlendirilmemiştir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin bilgisayara yüklenmesi ve kodlanması araştırmacı tarafından yapılmış olup, verilerin analizi SPSS for Windows 22 paket programı ile yapılmıştır. Veri analizi yaparken yüzdelikler, sayılar, minimum ve maksimum puanlar ile standart sapma, ortalamalarla birlikte verilerin normal dağılıp dağılmadıklarını incelemek için histogram tablosu kullanılmıştır. Verilerden normal dağılan ikili grupların analizinde bağımsız gruplarda t testi, normal dağılmayan ikili gruplarda ise Mann Whitney U testi yapılmıştır. Normal dağılım sağlayan ikiden fazla grupların analizinde Varyans analizi (İleri analiz olarak varyanslarda homojenlik var ise LSD, homojenlik yok ise Dunnet C kullanılmıştır.) Ve normal dağılmayan ikiden fazla grupların analizinde Kruskal Wallis analizi (Mann Whitney U ileri analiz olarak) yapılmıştır. Sürekli veriler ile ölçeklerden alınan puanların arasındaki ilişki veriler normal dağılıyorsa pearson korelasyon analizi,

veriler normal dağılmıyorsa spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Analizlerde anlamlı çıkan durumlarda farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ileri istatistiksel analizler yapılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Çalışmaya katılan kişilere çalışmanın hedefi anlatılarak etik bir ilke olarak aydınlatılmış onam şartı sağlanmıştır. Cevaplarda gönüllülük esas alındığı için, çalışmaya katılan bireylerin istekli olmaları ve özerkliğe saygı ilkesi dikkate alınarak, bireylere çalışmaya katılma hususunda özgür oldukları, istedikleri zaman çalışmayı bırakabilecekleri anlatılmış ve bireylerin sözlü onamları alınmıştır. Ek olarak katılım sağlayan bireylere, verilerin gizli tutulacağı söylenerek gizlilik ve gizliliğin korunması ilkesine uyulmuştur. Çalışmayı yapmak için; Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (EK-3). Araştırmada kullanılan ölçekler için mail yolu ile izinler alınmıştır (EK-5). Araştırmanın yapılacağı kurumdan (EK-4) yazılı izin alınmıştır. Araştırmada bireysel hakların korunması gerektiğinden çalışma süresinde İnsan Hakları Helsinki Deklerasyonu'na sadık kalınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu çalışma sadece Erzurum Yakutiye Ceylanoğlu Aile Sağlığı merkezine başvuran herhangi bir kronik hastalığı olan yaşlı bireyleri kapsadığı için yaşlı ve kronik hastalığı olup başka bölgelerde yaşayan bireylere genellenememesi, örneklem seçiminde verilere erişim problemi yaşandığı için olasılıksız örnekleme yönteminin kullanılması araştırmanın sınırlılıklarındandır.

4. BULGULAR

Kronik hastalığı olan yaşlıların demografik ve hastalık nitelikleri Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1. Kronik Hastalığı Olan Yaşlıların Demografik ve Hastalık Özellikleri

		n	%
Yaş	65-70	262	64.7
	71-75	80	19.8
	76-80	30	7.4
	81 ve üzeri	33	8.1
Cinsiyet	Erkek	223	55.1
	Kadın	182	44.9
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar	116	28.6
	İlköğretim	164	40.5
	Lise	83	20.5
	Üniversite	42	10.4
Medeni Durum	Evli	373	92.1
	Bekar	32	7.9
Aile Yapısı	Çekirdek aile	227	56.0
	Geniş aile	155	38.3
	Parçalanmış aile	23	5.7
Çocuk Sayısı	Yok	16	4.0
	1 çocuk	37	9.1
	2-3 çocuk	150	37.0
	4 çocuk ve üstü	202	49.9
Sosyal Güvence	Var	368	90.9
	Yok	37	9.1
Gelir Durumu	Gelir giderden az	94	23.2
	Gelir gidere eşit	216	53.3
	Gelir giderden fazla	95	23.5
Çalışma Durumu	Çalışıyor	83	20.5
	Çalışmıyor (emekli, ev hanımı)	322	79.5
Kronik Hastalık Süresi	1-3 yıl	75	18.5
	4-6 yıl	103	25.4
	7-9 yıl	99	24.5
	10 yıl ve üzeri	128	31.6

Tablo 4.1. (Devamı)

		n	%
Kronik Hastalığın Türü	Hipertansiyon	104	25.7
	Diyabet	99	24.4
	Böbrek	38	9.4
	KOAH	39	9.6
	Romatizmal hastalıklar	46	11.4
	Kanser	21	5.2
	Diğer (kalp hastalıkları, astım)	58	14.3
Sağlık Algısı	Kötü	61	15.1
	Orta	195	48.1
	İyi	149	36.8

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi kronik hastalığı olan yaşlıların %64.7’si 65-70 yaş aralığında bulunmaktadır. Yaşlıların %55.1’i erkek, %40.5’i ilkokul mezunu ve %92.1’i evlidir. Yaşlıların %56’sı çekirdek aile yapısına sahip olup, %49.9’unun 4+ çocuğu vardır. Yaşlıların %90.9’u sosyal güvence sahibidir, %53.3’ünün geliri giderine eşittir ve %79.5’i çalışmamaktadır. Yaşlıların %31.6’sında kronik hastalık süresi 10 yıl ve üzeridir, %25.7’sinde hipertansiyon bulunmaktadır ve %48.1’inin sağlık algısı orta düzeydedir.

Din Sağlığı Kadercilik Ölçeği puan ortalaması Tablo 4.2’de verilmiştir.

Tablo 4.2. Din Sağlığı Kadercilik Ölçeği Puan Ortalaması

Ölçek	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Din Sağlığı Kadercilik Ölçeği Toplam Puanı	405	17.00	85.00	57.28	18.42

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi yaşlıların Din Sağlığı Kadercilik Ölçeğinden aldıkları toplam puan 57.28 ± 18.42 olup, puanlar 17-85 arasında değişmektedir.

Demografik ve Hastalık özelliklerine göre Din Sağlığı Kadercilik Ölçeği puanlarının kıyaslaması Tablo 4.3’te sunulmuştur.

Tablo 4.3. Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Din Sağlığı Kaderciliği Ölçeğinden Alınan Puanların Karşılaştırılması

		n	Din Sağlığı Kadercilik Ölçeği			
			Ort.	SS.	Test	p
Yaş	65-70	262	54.83	18.23	F=5.235	p=0.001
	71-75	80	60.56	17.14		
	76-80	30	60.46	16.95		
	81 ve üzeri	33	65.87	20.70		
Cinsiyet	Erkek	223	56.41	17.90	t=-1.048	p=0.295
	Kadın	182	58.34	19.04		
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar	116	62.55	18.89	F=9.174	p=0.000
	İlköğretim	164	57.68	18.53		
	Lise	83	54.65	16.33		
	Üniversite	42	46.38	15.20		
Medeni Durum	Evli	373	57.05	18.28	t=-0.848	p=0.397
	Bekar	32	59.93	20.19		
Aile Yapısı	Çekirdek aile	227	57,67	17,66	F=0.478	p=0.621
	Geniş aile	155	56,32	20,18		
	Parçalanmış aile	23	59,82	12,81		
Çocuk Sayısı	Yok	16	55.12	18.48	F=1.351	p=0.258
	1 çocuk	37	52.78	18.64		
	2-3 çocuk	150	56.56	17.32		
	4 çocuk ve üstü	202	58.81	19.12		
Sosyal Güvence	Var	368	57.15	18.11	t=-0.453	p=0.651
	Yok	37	58.59	21.57		
Gelir Durumu	Gelir giderden az	94	56.73	21.08	F=0.158	p=0.854
	Gelir gidere eşit	216	57.13	18.27		
	Gelir giderden fazla	95	58.16	15.97		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	83	52.79	16.16	t=-2.739	p=0.007
	Çalışmıyor	322				
	(emekli, ev hanımı)		58.44	18.81		
Kronik Hastalık Süresi	1-3 yıl	75	55.46	15.90	F=2.315	p=0.075
	4-6 yıl	103	54.01	19.25		
	7-9 yıl	99	59.56	17.24		
	10 yıl ve üzeri	128	59.21	19.68		

Tablo 4.3. (Devamı)

		n	Din Sağlığı Kadercilik Ölçeği			
			Ort.	SS.	Test	p
Kronik Hastalığın Türü	Hipertansiyon	104	58.00	18.32	F=0.782	p=0.585
	Diyabet	99	57.11	18.07		
	Böbrek	38	59.86	19.83		
	KOAH	39	59.89	18.88	F=0.782	p=0.585
	Romatizmal H.	46	52.71	17.30		
	Kanser	21	57.71	18.92		
	Diğer	58	56.29	18.85		
Sağlık Algısı	Kötü	61	61.88	19.42	F=3.124	p=0.045
	Orta	195	55.33	18.38		
	İyi	49	57.95	17.80		

Tablo 4.3'e göre yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve sağlık algısı Din Sağlığı Kaderciliği toplam puan ortalaması farkının istatistiksel yönden anlamlılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Yaş grupları için hangi grupta farklılık olduğunu saptamak için yapılan LSD ileri analizinde; 65-70 yaş grubunun puan ortalamasının 71-75, 81 yaş ve üzeri olan gruptan daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Eğitim düzeyi için hangi grupta farklılık olduğunu saptamak için yapılan Dunnet C ileri analizinde; Üniversite mezunu olanların puan ortalamasının lise, ilköğretim ve okur-yazarlardan daha düşük olduğu, ek olarak lise mezunlarının puan ortalamasının ilköğretim ve okuryazarlardan daha düşük olduğu saptanmıştır. Benzer olarak ilköğretim mezunlarının puanları da okur-yazarlardan düşüktür.

Emekli ve ev hanımlarının puan ortalaması daha yüksektir.

Sağlık algısına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan LSD ileri analizinde ileri analizde (LSD); sağlık algısı kötü olanların, sağlık algısı orta olanlardan daha yüksek puan ortalamasının olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.3'e göre medeni durum, cinsiyet, aile yapısı, sosyal güvence, çocuk sayısı, gelir durumu, kronik hastalık süresi ve kronik hastalığın türüne göre Kadercilik toplam puan ortalamasında istatistiksel yönden anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II) ve Alt Boyut puan ortalamaları Tablo 4.4'te yer almaktadır.

Tablo 4.4. SYBD Ölçeği-II ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Ölçek ve Alt Ölçekler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Sağlık Sorumluluğu	405	9.00	36.00	23.72	5.87
Fiziksel Aktivite	405	8.00	32.00	16.50	5.88
Beslenme	405	9.00	36.00	22.99	4.47
Manevi Gelişim	405	9.00	36.00	25.94	5.39
Kişilerarası İlişkiler	405	9.00	36.00	25.57	5.37
Stres Yönetimi	405	8.00	32.00	19.99	4.76
SYBDÖ-II Toplam Puanı	405	52.00	208.00	134.74	26.24

Katılımcıların SYBDÖ-II Sağlık Sorumluluğu alt boyut puan ortalaması 23.72 ± 5.87 , Fiziksel Aktivite 16.50 ± 5.88 , Beslenme 22.99 ± 4.47 , Manevi Gelişim 25.94 ± 5.39 , Kişilerarası İlişkiler 25.57 ± 5.37 , Stres Yönetimi 19.99 ± 4.76 puan ve SYBDÖ-II toplam puan ortalaması 134.74 ± 26.24 'tür. Ve puanlar 52-208 arasında değişmektedir.

Demografik ve hastalık özelliklerine göre SYBDÖ-II Toplam Puanlarının kıyaslaması Tablo 4.5'te sunulmuştur.

Tablo 4.5. Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre SYBDÖ-II Toplam Puanlarının Kıyaslanması

Tanımlayıcı özellikler		n	SYBDÖ-II Toplam			
			Ort.	SS.	Test	p
Yaş	65-70	262	134.68	26.20	F=1.765	p=0.153
	71-75	80	138.26	24.78		
	76-80	30	135.63	28.83		
	81 ve üzeri	33	125.84	26.61		
Cinsiyet	Erkek	223	134.57	25.77	F=-0.141	p=0.888
	Kadın	182	134.94	26.87		
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar	116	128.58	27.49	F=6.294	p=0.000
	İlkokul	164	133.95	24.90		
	Lise	83	138.42	23.71		
	Üniversite	42	147.54	27.74		
Medeni Durum	Evli	373	134.80	25.97	t=0.166,	p=0.868
	Bekar	32	134.00	29.62		
Aile Yapısı	Çekirdek aile	227	136.21	26.49	F=1.712,	p=0.182
	Geniş aile	155	131.85	25.59		
	Parçalanmış aile	23	139.69	27.19		
Çocuk Sayısı	Yok	16	146.75	27.38	F=2.651	p=0.048
	1 çocuk	37	141.97	32.21		
	2-3 çocuk	150	134.90	24.84		
	4 çocuk ve +	202	132.34	25.64		
Sosyal Güvence	Var	368	135.82	26.12	t=2.510	p=0.009
	Yok	37	123.94	25.25		
Gelir Durumu	Gelir giderden az	94	127.10	26.15	F=15.807	p=0.000
	Gelir gidere eşit	216	132.73	24.95		
	Gelir giderden fazla	95	146.85	25.34		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	83	136.00	25.31	t=0.490	p=0.625
	Çalışmıyor (emekli, ev hanımı)	322	134.41	26.50		
Kronik Hastalık Süresi	1-3 yıl	75	140.29	28.56	F=11.542,	p=0.000
	4-6 yıl	103	142.49	25.35		
	7-9 yıl	99	135.74	22.03		
	10 yıl ve üzeri	128	124.46	25.49		
Kronik Hastalığın Türü	HT	104	137.05	27.74	F=0.881	p=0.509
	DM	99	134.38	25.23		
	Böbrek	38	137.23	21.42		
	KOAH	39	132.66	27.36		
	Romatizmal hastalıklar	46	128.32	26.17		
	Kanser	21	140.66	25.49		
	Diğer	58	133.89	27.63		
Sağlık Algısı	Kötü	61	126.63	29.89	F=6.223	p=0.002
	Orta	195	133.33	24.28		
	İyi	149	139.89	26.23		

SYBDÖ-II Toplam Puan Ortalamalarına göre;

Tablo 4.5'e göre çocuk sayısı, eğitim düzeyi, sosyal güvence, gelir durumu, kronik hastalık süresi ve sağlık algısının SYBDÖ-II toplam puan ortalamalarının farkının istatistiksel yönden anlamlılık içerdiği saptanmıştır ($p<0.05$).

Eğitim düzeyi için farka hangi grubun sebep olduğunu saptamak üzere yapılan Dunnet C analizinde; üniversite mezunlarının, okur-yazar ve ilköğretimlerden daha yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır.

Çocuk sayısı için farka hangi grubun sebep olduğunu saptamak üzere yapılan LSD analizinde; 1 çocuğu olanların, 4+ çocuğu olanlardan daha yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır.

Sosyal güvencesi olanların puan ortalaması daha yüksektir.

Gelir durumu için farka hangi grubun sebep olduğunu saptamak üzere yapılan Dunnet C analizinde; geliri giderinden fazla olanların, eşit ve az olanlardan daha yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır.

Kronik hastalık süresi için farka hangi grubun sebep olduğunu saptamak üzere yapılan LSD analizinde; 10 yıl ve üzeri kronik hastalığı olanların, 1-3, 4-6 ve 7-9 yıl olanlardan daha düşük puanlar aldıkları belirlenmiştir.

Sağlık algısı için farka hangi grubun sebep olduğunu saptamak üzere yapılan LSD analizinde; sağlık algısı iyi olanların, sağlık algısı kötü olanlardan daha yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır.

Tablo 4.5'ye göre yaş, çalışma durumu, medeni durum, cinsiyet, aile yapısı, ve kronik hastalık türünün SYBDÖ-II toplam puan ortalamalarında istatistiksel yönden anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.6. KHUÖ ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımı

Ölçek ve Alt Ölçekler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Fiziksel Uyum	405	20.00	54.00	38.96	5.75
Sosyal Uyum	405	8.00	32.00	21.45	4.31
Psikolojik Uyum	405	9.00	33.00	22.69	3.58
KHUÖ Toplam Puanı	405	48.00	115.00	83.11	10.41

Tablo 4.6’da görüldüğü kronik hastalığı olan yaşlılar Fiziksel Uyum alt boyutundan 38.96 ± 5.75 , Sosyal Uyum alt boyutundan 21.45 ± 4.31 , Psikolojik Uyum alt boyutundan 22.69 ± 3.58 puan almışlardır ve Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Toplamından alınan puan 83.11 ± 10.41 olup, puanlar 48-115 arasında değişmektedir.

Demografik ve hastalık özelliklerine göre KHUÖ toplam puanlarının kıyaslaması Tablo 4.7’de yer almaktadır.

Tablo 4.7. Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı özellikler		n	Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği			
			Ort.	SS.	Test	p
Yaş	65-70	262	83.61	10.15	F=5.047	p=0.002
	71-75	80	83.70	10.90		
	76-80	30	84.40	9.39		
	81 ve üzeri	33	76.48	10.17		
Cinsiyet	Erkek	223	83.23	10.00	t=0.270	p=0.787
	Kadın	182	82.95	10.92		
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar	116	79.51	10.13	F=16.258	p=0.000
	İlköğretim	164	82.54	9.73		
	Lise	83	85.04	9.71		
	Üniversite	42	91.40	9.95		
Medeni Durum	Evli	373	83.31	10.27	t=1.338	p=0.182
	Bekar	32	80.75	11.81		
Aile Yapısı	Çekirdek aile	227	83.74	10.79	F=1.208	p=0.300
	Geniş aile	155	82.09	9.89		
	Parçalanmış aile	23	83.73	9.79		

Tablo 4.7. (Devamı)

Tanımlayıcı özellikler		n	Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği			
			Ort.	SS.	Test	p
Çocuk Sayısı	Yok	16	86.93	11.77	F=2.032	p=0.109
	1 çocuk	37	84.91	11.73		
	2-3 çocuk	150	83.73	10.42		
	4 çocuk ve üstü	202	82.01	9.95		
Sosyal Güvence	Var	368	83.82	10.33	t=4.476	p=0.000
	Yok	37	75.97	8.37		
Gelir Durumu	Gelir giderden az	94	80.01	9.97	F=6.383	p=0.002
	Gelir gidere eşit	216	83.55	10.02		
	Gelir giderden fazla	95	85.16	11.10		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	83	85.04	9.95	t=1.907	p=0.057
	Çalışmıyor (emekli, ev hanımı)	322	82.61	10.48		
Kronik Hastalık Süresi	1-3 yıl	75	85.24	12.29	F=3.771	p=0.011
	4-6 yıl	103	84.12	10.56		
	7-9 yıl	99	83.54	8.80		
	10 yıl ve üzeri	128	80.71	9.89		
Kronik Hastalığın Türü	HT	104	85.03	9.35	F=1.544	p=0.162
	Diyabet	99	83.61	10.28		
	Böbrek	38	79.60	10.11		
	KOAH	39	82.12	11.79		
	Romatizmal H.	46	82.43	12.39		
	Kanser	21	81.47	9.89		
	Diğer	58	82.87	9.81		
Sağlık Algısı	Kötü	61	76.19	9.34	F=20.676	p=0.000
	Orta	195	83.13	8.85		
	İyi	149	85.91	11.40		

Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarına göre;

Tablo 4.7'ye göre yaş, eğitim düzeyi, sosyal güvence, gelir durumu, kronik hastalık süresi ve sağlık algısının KHUÖ toplam puan ortalamaları farkının istatistiksel yönden anlamlılık içerdiği saptanmıştır ($p<0.05$).

Yaş için farka hangi grubun sebep olduğunu saptamak üzere yapılan LSD analizinde; 81 ve üzeri yaş grubunun puanlarının, 65-70, 71-75 ve 76-80 yaş grubundan daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Eğitim düzeyi için farka hangi grubun sebep olduğunu saptamak üzere yapılan LSD analizinde; üniversite mezunlarının, okur-yazar, ilköğretim ve liselerden daha yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır.

Sosyal güvencesi olanların puan ortalaması daha yüksektir.

Gelir durumu için farka hangi grubun sebep olduğunu saptamak üzere yapılan LSD analizinde; geliri giderinden az olanların, eşit ve fazla olanlardan daha düşük puanlar aldıkları saptanmıştır.

Kronik hastalık süresi için farka hangi grubun sebep olduğunu saptamak üzere yapılan LSD analizinde; 10 yıl ve üzeri kronik hastalığı olanların, 1-3, 4-6 ve 7-9 yıl olanlardan daha düşük puanlar aldıkları belirlenmiştir.

Sağlık algısı için farka hangi grubun sebep olduğunu saptamak üzere yapılan Dunnet C analizinde; sağlık algısı iyi olanların, sağlık algısı kötü ve orta olanlardan daha yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır.

Tablo 4.7'ye göre cinsiyet, medeni durum, aile yapısı, çocuk sayısı, çalışma durumu ve kronik hastalık türünün KHUÖ toplam puan ortalamalarında istatistiksel yönden anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Kadercilik ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Kronik Hastalıklara Uyum Ölçekleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Din Sağlığı Kadercilik Puanı
SYBDÖ-II Toplam Puanı	r	0.129
	p	0.010
	n	405
KHUÖ Toplam Puanı	r	-0.019
	p	0.703
	n	405

Tablo 4.8'e göre; Din Sağlığı Kaderciliği puanı ile SYBDÖ-II toplam puan ortalaması arasında düşük düzeyli ve pozitif yönlü ilişki bulunmuş olup istatistiksel

yönden anlamlılık içerdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Kadercilik puanı arttıkça SYBDÖ-II toplam puan ortalaması da artmaktadır.

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi Din Sağlığı Kaderciliği puanı ile KHUÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel yönden anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).



5. TARTIŞMA

Kronik hastalığı olan yaşlılarda kaderciliğin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve hastalığa uyuma etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada; 65 yaş ve üzeri bireylerde bireylerin kadercilik ölçeği puan ortalamasının 57.28 ± 18.42 olduğu belirlenmiştir. Özer ve ark.³¹ hemodiyaliz hastalarında puan ortalamasını 56.14 ± 15.22 , Kıyak ve ark.²² ise epilepsi hastalarında puan ortalamasını 48.43 ± 17.41 bulmuştur. Kadercilik ölçeği puan ortalaması 65 yaş ve üzeri bireylerde hemodiyaliz ve epilepsi hasta sonuçları ile kıyaslandığında, hemodiyaliz hastalarının puan ortalamalarına yakın, epilepsi hastalarından ise yüksek olduğu söylenebilir. Ayrıca sağlık kaderciliği ölçeğinden en az 17, en fazla 85 puan alınabilmektedir. Bu çalışmada katılımcıların ölçekten en yüksek değere yakın puan ortalaması aldıkları görülmektedir.

Tartışma bölümünde kronik hastalığı olan yaşlılarda kaderciliğin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve hastalığa uyuma etkisini incelemeyen çok az araştırma bulgusu olduğu için bazı bulgular ilişkili diğer hastalık durumlarının sonuçları ile kıyaslanmıştır. Çalışmamızda; 65-70 yaş grubunun kadercilik puan ortalamasının 71 yaş ve üzerinde olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Augsburger ve ark.¹⁰⁷ travma sekelleri ile kadercilik ilişkisini içeren çalışmasında ve Çapık ve ark.⁷⁴ Sağlık Kaderciliği Ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında bizim çalışmamıza benzer olarak yaş ilerledikçe kadercilik puanın arttığını belirlemişlerdir. Ayrıca farklı olarak Haraty ve ark.⁷⁹ Tip 2 diyabete sahip Lübnanlı bireylerde kadercilik üzerine yaptıkları bir çalışmada, kaderci tutumun yaş ile ters orantılı ilerleme gösterdiği tespit edilmiştir. Literatür sonuçları ve bizim çalışmamızdaki bulgular birlikte düşünüldüğünde ileri yaşta olan bireylerin daha kaderci oldukları anlaşılmaktadır. Bu durumun sebebi yaşlı bireylerin düşük eğitim seviyesi veya sosyoekonomik düzey, kronik hastalıklar nedeniyle ölüme yaklaşma

korkusu, ibadetlerini artırması gibi nedenlerle daha fazla kadercilik eğilimi içinde olmalarıyla açıklanabilir.

Eğitim düzeyi kaderciliği etkileyen diğer bir değişkenimizdi. Üniversite mezunlarının puan ortalamasının lise, ilköğretim ve okur-yazarların puan ortalamasından düşük olduğu belirlenmiştir. Benzer olarak Keller ve ark.¹⁰⁸ eğitimin kanser kaderciliği ile ilişkisini içeren çalışmasında, Domínguez ve ark.¹⁰⁹ Kolombiyalı bireylerde SAR-Cov-2 salgını sürecinde kaderciliği inceleyen çalışmasında ve Kıyak ve ark.²² Türkiye'nin Kuzeydoğusunda epilepsi hastalığı olan bireylerin kadercilik davranışlarını içeren çalışmasında eğitim düzeyi düştükçe kadercilik eğiliminin arttığı tespit edilmiştir. Eğitim bireyin gerçeği arama, anlama ve davranış sergile özellikleri etkileyen bir etmendir. Eğitimli kişiler olguları kendi dışındaki durumlara bağlamaktansa sorumluluk alma davranışı içine girebilirler, bu da kadercilik puanını olumsuz etkileyecektir. Kısacası farkındalık ve bilgi, davranışları kontrol ettiği için kaderci tutum azalıyor olabilir.

Çalışma durumuna göre kadercilik puanı karşılaştırıldığında emekli ve ev hanımı olan bireylerin kadercilik puanı daha yüksektir. Çalışmamıza benzer olarak Orhan'ın⁸⁰ kaderciliğin girişimciliğe etkisini ele alan çalışmasında profesyonel bir mesleğe sahip olan ya da bir iş fikri olan bireylerin kadercilik puanının daha düşük olduğunu belirlemiştir. Yaşlanma ile meydana gelebilecek önemli değişikliklerden birisi de emekliliktir. Emekli olan bireylerin rol ve sorumluluklarında değişiklikler meydana geldiği gibi sosyal çevresinde de değişiklikler ortaya çıkar. Sosyal çevresinde değişiklik olmayan ev hanımları ise toplumsal normlardan çalışan bireylere göre daha fazla etkilenir. Bu durum bireylerin sosyal çevreden etkilenecek kaderci tutum sergilemelerine sebep olabilir.

Bireylerin sağlık algısına göre kadercilik eğilimi karşılaştırıldığında sağlık algısı kötü olanların puan ortalamasının sağlık algısı orta olanlardan daha yüksek olduğu

belirlenmiştir. Benzer olarak Ruju'nun ¹⁵ kaderciliğe ampirik yaklaşımı içeren çalışmasında sağlık algısının kötüleşmesinin kadercilik eğilimini arttırdığı belirlenmiştir. Ayrıca Özer ve ark. ³¹ hemodiyaliz hastalarında kadercilik anlayışını içeren çalışmada sağlıkta kadercilik düzeyi arttıkça olumsuz hastalık algısının arttığı belirlenmiştir. Kadercilik tüm eylem ya da olguların evrende var olan üstün bir güç tarafından belirlendiği, hiç kimsenin bu yazgıyı değiştiremeyeceğine inanılan bir görüştür. Kaderciliğe yatkın olan bireyler de sağlık durumlarını ilahi bir güce bağlayabilir ve hiçbir şey yapamayacağını düşünebilirler. Bu durumda sağlık durumunun olumsuz algılanmasına sebep olabilir.

Araştırmada; cinsiyet, medeni durum, aile yapısı, çocuk sayısı, sosyal güvence, gelir durumu, kronik hastalık süresi ve kronik hastalık türü ile kadercilik puanı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Padela ve ark. ¹¹⁰ Amerikalı Müslümanlarda din ile ilişkili faktörleri içeren çalışmasında medeni durumun kaderciliği etkilemediği belirlenmiştir. Gutierrez ve ark. ¹¹¹ yaptıkları hipertansiyon farkındalığı ile ilgili çalışmada kaderci yaklaşımın hipertansiyon ile ilişkili olmadığı bulunmuştur. Benzer şekilde diyabet ve kadercilik arasında da anlamlı ilişki bulunamamıştır. Uzuntarla ve ark. ¹¹² sağlık çalışanlarında iş kazası ve kadercilik tutumlarını inceledikleri çalışmada kadercilik ve gelir durumu arasında ilişki bulunamamıştır. Bu bulgular bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Bu durumda kadercilik ölçeği puan ortalamasının medeni durum, gelir durumu, aile yapısı, cinsiyet, kronik hastalık türünden etkilenmediği söylenebilir. Çalışmamızdan farklı olarak Kaya ve ark. ¹¹³ savunma mekanizmaları ve kaderciliği içeren çalışmasında kadınların erkeklerden daha kaderci bir tutum sergilediği belirlenmiştir. Xie ve ark. ¹¹⁴ Güneybatı Çin'de kanserli bireylerin inançlarını ele alan çalışmasında kaderciliğin gelir durumu ve medeni durumdan etkilendiği belirlenmiştir.

Elde edilen farklı sonuçlar çalışmanın yapıldığı yerde sosyo-demografik faktörlerin değişikliğinden kaynaklı olabilir.

Çalışmamızda; üniversite mezunu olan bireylerin SYBDÖ-II toplam puan ortalamasının okur-yazar ve ilköğretimlerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışma sonuçlarımıza benzer olarak Değerli ve ark.¹¹⁵ sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının seviyesi konulu çalışmada eğitim düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sağlık sorumluluğu ve kişilerarası ilişkiler faktörlerinin arttığı belirlenmiştir. Ayrıca Bükecik ve ark.¹¹⁶ işçilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını konu alan çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça SYBDÖ-II toplam puanlarının arttığı saptanmıştır. Kaya ve ark.⁷⁶ genel cerrahi polikliniğine gelen bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada çalışma sonuçlarımıza benzer olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının beslenme faktörü ile eğitim düzeyi arasında ilişki bulunamamıştır. Literatürde çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak Dereli ve ark.¹¹⁷ üniversite personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını konu alan çalışmasında eğitim düzeyi ile toplam puan arasında ilişki bulunamamıştır. Eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı artış göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin sağlık konusunda daha bilinçli olması sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olumlu yönde etki etmektedir. Çalışma sonuçları bu durum ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda 1 çocuğu olan bireylerin SYBDÖ-II toplam puanının 4+ çocuğu olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer olarak Kolaç ve ark.¹¹⁸ fabrika çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları konulu çalışmasında hiç çocuğu olmayanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları fiziksel aktivite faktörünün daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yuvaklıgil ve ark.¹¹⁹ yaşlı bireylerde sosyal destek ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını konu alan çalışmasında çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak yaşlı bireylerin çocuk sahiplik durumları ile SYBDÖ-II toplam puan ortalaması

arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Ayrıca Şimşekoğlu ve ark.¹²⁰ üniversite hastanesindeki hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını inceledikleri çalışmada çocuk sahibi olma durumunun yalnızca sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının beslenme faktörünü etkilediği belirlenmiştir. Literatür sonuçları ve bizim çalışma sonuçlarımız birlikte düşünüldüğünde çocuk sayısındaki artışın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumsuz etkilediği anlaşılmaktadır. Bu durum çocuk sayısı arttıkça ortaya çıkan ekonomik problemler ve sorumlulukların artmasıyla bireylerin kendi sağlıkları ile ilgilenme süresinin azalmasının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumsuz etkilemesi ile açıklanabilir.

Bireylerin sosyal güvence sahiplik durumuna göre SYBDÖ-II toplam puanlarını incelediğimizde sosyal güvencesi olan bireylerin toplam puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamıza benzer olarak Çelik ve ark.⁴⁴ huzurevindeki bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını konu alan çalışmasında sosyal güvence varlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi faktörü puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca Aslan ve ark.¹²¹ gebelik öncesi ve gebelik sonrası uygulanan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ele alan çalışmasında ve Sümen ve ark.¹²² Türkiye’de lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları konulu çalışmasında sosyal güvencesi olan bireylerin toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Çalışma sonucumuz literatür ile benzerdir. Sosyal güvence varlığı bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanma imkanlarını arttırır. Bu sayede bireylerin sağlığa teşviki, ortaya çıkabilecek hastalıklar için erken tanı ve tedavi hem toplumun hem de bireyin genel sağlık göstergelerinin iyi olmasını sağlar. Bu durumun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını da olumlu etkilediği söylenebilir.

Çalışmamızda gelirinin giderinden fazla olduğunu ifade eden bireylerin, SYBDÖ-II ölçeği toplam puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Daha önce Gömleksiz ve ark.¹²³ tıp fakültesinde okuyan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ele alan çalışmasında da sosyoekonomik düzey arttıkça SYBDÖ-II toplam puanlarının arttığı belirlenmiştir. Benzer olarak Yurtsever ve ark.¹²⁴ 50 yaş ve üzeri erkeklerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ele alan çalışmasında gelir seviyesi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi faktörlerinin puanının arttığı belirlenmiştir. Ayrıca Yıldız ve ark.¹²⁵ mevsimlik tarım işçisi bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve Özenoğlu ve ark.¹²⁶ sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sağlık eğitiminin etkisi konulu çalışmalarında gelir durumu arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının beslenme ve stres yönetimi faktörlerinin puanının arttığı belirlenmiştir. Burkev ve ark.¹²⁷ hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin yaşam biçimini ele aldığı çalışmada ve Gülcivan ve ark.¹²⁸ meme kanseri olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ele aldıkları çalışmada bizim çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak gelir durumu ile SYBDÖ-II toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. Literatür sonuçları ve bizim çalışmamızdaki bulgular birlikte düşünüldüğünde yüksek gelir düzeyine sahip bireylerin daha sağlıklı davranışlar gösterdiği anlaşılmaktadır. Gelir durumu satın alma gücünü ve sağlık hizmetlerine erişimi etkilemektedir. Ekonomik düzey yükseldikçe ulaşılabilirlik ve olanakların artmasına bağlı olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları da olumlu etkilenebilir.

Kronik hastalık süresi ile SYBDÖ-II toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında 10 yıl ve üzeri kronik hastalığı olan bireylerin puan ortalamasının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Benzer olarak Yılmaz ve ark.²⁶ tip 2 diyabetli bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını konu alan çalışmasında kronik hastalık süresinin artmasının sağlıklı

yaşam biçimi davranışlarını olumsuz etkilediği tespit edilmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak Burkev ve ark.¹²⁷ hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin yaşam biçimi konulu çalışmasında kronik hastalık süresi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının arttığı belirlemiştir. Ayrıca Çelik ve ark.¹²⁹ hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları konulu çalışmasında ve Özkaraman ve ark.¹³⁰ hemodiyaliz yapılan kronik böbrek hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ele alan çalışmasında hastalık süresi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Hastalık süresinin uzaması bireylerin hastalık yükünü artırır. Böylece bireylerin hastalığa olan duyarlılığı azalır, bireyler sorumluluklarını yerine getirmekte zorlanırlar ve hastalıkla baş etmek güç bir hal alır. Bu durum sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının olumsuz etkilenmesine sebep olabilir.

Çalışmamızda sağlık algısı ile SYBDÖ-II toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında sağlık algısı iyi olanların puan ortalamasının sağlık algısı kötü olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer olarak Duran ve ark.¹³¹ sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve Kaya ve ark.⁷⁶ genel cerrahi polikliniğine gelen hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ele alan çalışmalarında sağlık algısı iyi olanların SYBDÖ-II puanlarının sağlık algısı kötü olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca Özgül ve ark.¹³² tıp fakültesi öğrencilerinin sağlık davranışları konulu çalışmasında sağlık durumu ile SYBDÖ-II toplam puanı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Sümen ve ark.¹²² lise öğrencilerinin sağlık davranışları konulu çalışmasında ve Konaklı ve ark.¹³³ üniversite öğrencilerinde sağlık davranışları konulu çalışmasında sağlık algısı iyi olanların SYBDÖ-II puanlarının genel olarak sağlık algısı kötü olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Farklı olarak Yuvaklıgil ve ark.¹¹⁹ yaşlı bireylerde sosyal destek ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını konu alan çalışmasında sağlık algısının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından sağlık sorumluluğu,

kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi faktörlerini etkilemediği belirlenmiştir. Literatür ve çalışma sonuçlarımız benzerlik göstermektedir. Bireylerin kendisini sağlıklı ve iyi hissetmesi bireylerde itici bir güç oluşturmaktadır. Birey olay ve durumlara daha pozitif yaklaşmakta, kronik hastalığı ile ilgili eğitim ve tedavilere daha aktif katılım sağlamaktadır. Bu durum bireyin sağlık davranışlarına da olumlu etki yapmış olabilir.

Araştırmada yaş, cinsiyet, medeni durum, aile yapısı, çalışma durumu ve kronik hastalık türü ile SYBDÖ-II toplam puanı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Şimşekoğlu ve ark.¹²⁰ üniversite hastanesindeki hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını inceledikleri çalışmada yaşın SYBDÖ-II toplam puanını etkilemediği saptanmıştır. Çalışkan ve ark.³⁸ il sağlık müdürlüğünde çalışan bireylerde sağlık davranışları konulu çalışmasında ve Çelik ve ark.⁴⁴ huzurevindeki bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını konu alan çalışmasında cinsiyetin ölçek toplam puanını etkilemediğini tespit etmiştir. Burkev ve ark.¹²⁷ hemodiyaliz hastası bireylerin yaşam biçimi konulu çalışmasında SYBDÖ-II toplam puan ile medeni durum arasında ilişki bulunamamıştır. Benzer olarak Şen ve ark.¹³⁴ sağlık meslek yüksekokulunda okuyan bireylerin sağlık davranışları konulu çalışmasında medeni durum ile SYBDÖ-II puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bükecik ve ark.¹¹⁶ işçilerin sağlık davranışlarını ele aldığı çalışmasında, Gömleksiz ve ark.¹²³ tıp fakültesinde okuyan bireylerin sağlık davranışlarını ele aldığı çalışmasında ve Aslan ve ark.¹²¹ gebelik öncesi ve sonrası uygulanan sağlık davranışları arasındaki bağlantıyı incelemek amacıyla yapılan çalışmasında aile tipi ile SYBDÖ puanları arasında ilişki bulunamamıştır. Gözüyeşil ve ark.¹³⁵ 15-49 yaş arası kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ele alan araştırmasında çalışma durumunun SYBDÖ-II toplam puanını etkilemediği belirlenmiştir. Özdemir ve ark.¹³⁶ öğretim üyelerinin kardiyovasküler hastalıklardan korunmaya yönelik davranışları konulu çalışmasında kronik hastalık türü ile SYBDÖ

toplam puanı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bu bulgular bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Bu durumda SYBDÖ-II toplam puanının yaş, cinsiyet, medeni durum, aile yapısı, çalışma durumu ve kronik hastalık türünden etkilenmediği söylenebilir. Çalışmamızdan farklı olarak Özkan ve ark.¹³⁷ kardiyovasküler hastalığı olan bireylerin sağlık davranışları konulu çalışmasında erkeklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi faktörlerinin kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yanık ve ark.¹³⁸ sağlık personelinin sağlık davranışlarını ele alan çalışmasında ise medeni durum ile SYBDÖ-II toplam puanı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Doğan ve ark.¹³⁹ epilepsi hastalığı olan gençlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları konulu çalışmasında ve Burkev ve ark.¹²⁷ hemodiyaliz tedavisi alan bireylerin yaşam biçimi konulu çalışmasında çalışma yaşantısı devam eden bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Elde edilen farklı sonuçlar çalışmanın yapıldığı yerde sosyodemografik faktörlerin değişikliğinden kaynaklı olabilir.

Çalışmamızda; 80 yaş üzeri grubun KHUÖ toplam puanının 65-70, 71-75 ve 76-80 yaş grubundan anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir. Benzer olarak Yılmaz ve ark.¹⁴⁰ kronik hastalığı olan bireylerde ruhsal iyiliğin kronik hastalığa uyuma etkisini ele alan çalışmada yaş arttıkça kronik hastalığa uyumun azaldığı belirlenmiştir. Ayrıca Özonuk ve ark.¹⁴¹ tip 2 diyabetli bireylerin tedaviye uyumunu ele aldığı çalışmada, Yakar ve ark.¹⁴⁴ kronik böbrek yetmezliği olan bireylerin tedaviye uyumu konulu çalışması ve Kankaya ve ark.³³ yaşlı hipertansif bireylerin tedaviye uyumu konulu çalışmasında yaş arttıkça tedaviye uyumun azaldığı belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak Aslan ve ark.⁸⁶ dahili servislerde yatan hastaların kronik hastalığa uyumunun sağlık davranışları üzerine etkisini konu alan çalışmasında KHU ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Yaşın artması ile bireylerde içe kapanma, ölüm korkusu, depresyon ve

sosyal kısıtlılıklar daha sık görülür. Bununla beraber yaş artıkça kronik hastalık sayısında ve ciddiyetinde de artma görülür. Bu durumlar kronik hastalığa sosyal ve psikolojik uyumda azalmaya sebep olabilir.

Çalışmamızda üniversite mezunu bireylerin KHUÖ puan ortalamasının lise, ilköğretim ve okur-yazarların puan ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Özdemir ve ark.¹⁴² geriatrik hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu konu alan çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça kronik hastalığa uyumun arttığı belirlenmiştir. Ayrıca Javanmardifard ve ark.¹⁴³ diyabetli bireylerin tedaviye uyumu konulu çalışması, Erci ve ark.¹⁴⁴ ve Uchmanowicz ve ark.¹⁴⁵ hipertansif bireylerin tedaviye uyumu konulu çalışmasında da eğitim düzeyi arttıkça tedaviye uyumun arttığı saptanmıştır. Çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak Zengin ve ark.¹⁴⁶ diyabetli bireylerin psikososyal uyumu konu alan çalışmasında eğitim düzeyi ile psikososyal uyum faktörü arasında ilişki bulunamamıştır. Eğitim düzeyinde artış sağlık okuryazarlığının da artmasını sağlayarak sağlık ve hastalık hakkında farkındalık oluşturur. Bu durumda hastalık ve tedavi sürecinde yaşanabilecek problemlerin etkin bir şekilde yönetilmesini sağlayarak hastalığa uyumu kolaylaştırır.

Çalışmamızda sosyal güvencesi olan bireylerin KHUÖ toplam puan ortalaması sosyal güvencesi olmayan bireylerin puan ortalamasından daha yüksektir. Farklı olarak Javanmardifard ve ark.¹⁴³ diyabetli bireylerin tedaviye uyumu konulu çalışması ve Borba ve ark.¹⁴⁷ diyabeti olan yaşlı bireylerin tedaviye uyumu konulu çalışmasında sosyal güvencenin tedaviye uyumu etkilemediği belirlenmiştir. Literatür sonuçları çalışma sonuçlarımızdan farklıdır. Kronik hastalıklar düzenli ve sürekli bakım, tedavi, kontrol gerektiren sağlık sorunlarıdır. Sürekli bakım ve kontrol süreci bireyleri ekonomik açıdan olumsuz etkilemektedir. Sosyal güvencesi olan bireyler daha az cepten ödeme yaptıkları

için, doktor kontrollerine daha sık gider ve ilaçlarını daha düzenli kullanırlar. Bu durumun kronik hastalığa uyuma olumlu etkide bulunduğu söylenebilir.

Çalışmamızda geliri giderinden az olanların KHUÖ toplam puanının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışmamıza benzer olarak Arslan ve ark.¹⁴⁸ romatoid artrit hastalığında biyolojik ajan kullanan bireylerin tedaviye uyumu, Demirbaş ve ark.³² çoklu ilaç kullanan bireylerin tedaviye uyumu ve Khabbazi ve ark.¹⁴⁹ Behçet hastalığı olan bireylerin tedaviye uyumu konulu çalışmalarında gelir düzeyi düştükçe tedaviye uyumun da azaldığı belirlenmiştir. Farklı olarak Akman ve ark.¹⁵⁰ KOAH olan bireylerin psikososyal uyumlarını konu alan çalışmasında gelir durumunun psikososyal uyumu etkilemediği saptanmıştır. Ayrıca Literatür çalışma sonuçlarımız ile benzerdir. Eğitim düzeyi yüksek bireylerin sağlık farkındalığı ve sosyoekonomik düzeyinin daha iyi olduğu bilinmektedir. Sağlık farkındalığı yüksek olan bireylerin gelir durumunun da iyi olması sayesinde tedavi olanaklarına ve sağlık hizmetlerine daha kolay erişim sağlaması kronik hastalıklara daha kolay uyum sağlamasına yardımcı olabilir.

Çalışmamızda 10 yıl ve üzeri kronik hastalığı olan bireylerde KHUÖ toplam puanının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Benzer olarak Aslan ve ark.⁸⁶ dahili servislerde yatan hastaların kronik hastalığa uyumunun sağlık davranışları üzerine etkisi konulu çalışmasında tanı süresi arttıkça psikolojik uyumun azaldığı belirlenmiştir. Ayrıca Demirbaş ve ark.³² çoklu ilaç kullanan bireylerin tedaviye uyumu ve Kara ve ark.¹⁵¹ tip 2 diyabetli bireylerin tedaviye uyumu konulu çalışmalarında kronik hastalık süresi arttıkça tedaviye uyumun azaldığı saptanmıştır. Çalışma sonuçlarımızdan farklı olarak Akan ve ark.¹⁵² hipertansif bireylerin tedaviye uyumu konulu çalışması ve Yakar ve ark.¹⁵³ kronik böbrek yetmezliği olan bireylerin antihipertansif tedaviye uyumu konulu çalışmasında kronik hastalık süresinin tedaviye uyumu etkilemediği saptanmıştır. Kronik hastalıkların bireylerin tüm yaşamını etkilemesi, yaşam tarzındaki değişiklikleri zorunlu

kılması, sık hastane kontrolleri ve düzenli ilaç kullanımı belirli bir zamandan sonra kişilerde bıkkınlık yaratarak kronik hastalığa uyumu zorlaştırabilir.

Çalışmamızda sağlık algısına göre KHUÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında sağlık algısı iyi olanların toplam puan ortalamalarının; sağlık algısı orta ve kötü olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer olarak Akman ve ark.¹⁵⁰ KOAH olan bireylerin psikososyal uyumlarını konu alan çalışmasında sağlık algısı arttıkça psikososyal uyumunda arttığı saptanmıştır. Ayrıca Borba ve ark.¹⁴⁷ diyabeti olan yaşlı bireylerin tedaviye uyumu konulu çalışmasında da sağlık algısı iyi olan bireylerin tedavi uyumlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Küçük ve ark.¹⁵⁴ tip 2 diyabetli bireylerde tedaviye uyum ve sağlık algısını ele aldığı çalışmada sağlık algısı kötü olanların tedavi uyumlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Farklı olarak Javanmardifard ve ark.¹⁴³ diyabetli bireylerde tedaviye uyum konulu çalışması sağlık algısının tedaviye uyumu etkilemediği belirlenmiştir. Sağlık algısı bireyin hayatında sağlıklı davranışların olması ve bu davranışların devamlılığının sağlanmasını amaçlayan sağlığın geliştirilmesi süreci ile doğrudan bağlantılıdır. Sağlık algısı yüksek olan bireyler sağlık çalışanları ile daha kolay iletişim kurarak bilinçli bir şekilde sağlık hizmeti talebinde bulunabilirler. Kronik hastalığı olan sağlık algısı yüksek bireyler karar alma aşamasına daha aktif katılım sağlayarak hastalığa psikolojik ve sosyal olarak daha kolay uyum sağlayabilir.

Araştırmada; cinsiyet, medeni durum, aile yapısı ve çocuk sayısı, çalışma durumu ve kronik hastalığın türü ile KHUÖ toplam puanı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Akman ve ark.¹⁵⁸ KOAH olan bireylerin psikososyal uyumları ve Kaymaz ve ark.³⁰ diyabetli bireylerin psikososyal uyumlarını konu alan çalışmalarında cinsiyet ile psikososyal uyum arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Çelik ve ark.¹⁵⁵ tip 1 diyabetli gençlerin tedaviye uyumunu konu alan çalışmasında medeni durumun psikososyal uyumu etkilemediği belirlenmiştir. Onan'ın¹⁵⁶ toplum ruh sağlığı merkezindeki bireylerin

tedaviye uyumunu ele aldığı çalışmasında ve Arslan ve ark.¹⁵⁷ hipertansiyon hastası kırsal bölgede yaşayan bireylerin tedaviye uyumu konulu çalışmasında aile tipinin hipertansif tedaviye uyumu etkilemediği saptanmıştır. Zengin ve ark.¹⁴⁶ diyabetli bireylerin psikososyal uyumunu konulu çalışmasında çocuk sayısının psikososyal uyumu etkilemediği belirlenmiştir. Çalışmamıza benzer olarak Erci ve ark.¹⁴⁴ hipertansif bireylerin tedaviye uyumu konulu araştırmasında çalışma durumunun tedaviye uyumu etkilemediği belirlenmiştir. Uchmanowicz ve ark.¹⁴⁵ hipertansif bireylerin tedaviye uyumu konulu çalışmasında ve Aşiret ve ark.¹⁵⁸ hipertansif bireylerin tedaviye uyumunu konu alan çalışmasında hipertansiyon ile diyabet, romatizmal hastalıklar ve böbrek yetmezliği gibi başka bir hastalığın varlığının tedaviye uyumu etkilemediği belirlenmiştir. Bu bulgular bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Bu durumda KHUÖ puanlarının cinsiyet, medeni durum, aile yapısı, çocuk sayısı, çalışma durumu ve kronik hastalığın türünden etkilenmediği söylenebilir. Çalışmamızdan farklı olarak Erci ve ark.¹⁴⁴ hipertansif bireylerin tedaviye uyumu konulu çalışmasında ve Kankaya ve ark.³³ hipertansif yaşlı bireylerde tedaviye uyum konulu çalışmasında evli bireylerin tedaviye uyumunun daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kosobucka ve ark.¹⁵⁹ Miyokard enfarktüsü sonrası tedaviye uyum konulu araştırmasında çalışan bireylerin tedaviye uyum puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Elde edilen farklı sonuçlar bireylerin yaşam tarzındaki değişikliklerden kaynaklanmış olabilir.

Kadercilik Ölçeği puan ortalaması ile SYBDÖ-II toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli ilişki olduğu belirlenmiştir. Kadercilik puanı arttıkça SYBDÖ-II toplam puan ortalaması da artmaktadır. Kuh ve ark.⁷² fatalizm eğilimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını konu alan çalışmasında fatalizm eğilim ölçeğinin bazı alt boyutları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının beslenme, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler faktörleri arasında pozitif yönlü ilişki

olduğu belirlenmiştir. Martin ve ark. ¹⁶⁰ kırsal alanda yaşayan kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde kadercilik ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi konu alan çalışmasında kadercilik arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına bağlılığın da arttığı belirlenmiştir. Kadercilik inancına sahip olan bireyler bedeninin Allah'ın emaneti olduğunu dűřündűđü için sağlığı tehdit edici durumlardan uzak durmaya çalışır. Bu durum bireyleri sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına teşvik etmiş olabilir.

Kadercilik leđi puan ortalaması ile KHU toplam puan ortalaması arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bu sonuç çalışmaya katılan bireylerin dűřünce farklılıklarından kaynaklanmış olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik hastalığı olan yaşlılarda kaderciliğin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve hastalığa uyuma etkisini incelemek amacı ile tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Katılımcıların kadercilik ölçeği puan ortalaması 57.28 ± 18.42 olup, ölçekten en fazla 85 puan alınabileceği düşünüldüğünde kadercilik puanının ortalamanın üzerinde olduğu söylenebilir.
- İleri yaştakilerin, düşük eğitim düzeyindekilerin, çalışmayan bireylerin ve kötü sağlık algısına sahip olanların kadercilik puanları daha yüksektir.
- SYBDÖ-II toplam puan ortalaması 134.74 ± 26.24 olup, ölçekten en fazla 208 puan alınabileceği düşünüldüğünde SYBD puanının ortalamanın biraz üzerinde olduğu söylenebilir.
- Düşük eğitim düzeyine sahip olanların, 4 ve üzeri çocuğa sahip olanların, sosyal güvencesi olmayanların, geliri giderinden eşit ve az olanların, 10 yıl ve üzeri kronik hastalığı olanların ve sağlık algısı kötü olanların SYBD puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir.
- KHUÖ toplam puan ortalaması 83.11 ± 10.41 olup, ölçekten en fazla 125 puan alınabileceği düşünüldüğünde KHU puanının ortalamanın üzerinde olduğu söylenebilir.
- İleri yaştakilerin, düşük eğitim düzeyine sahip olanların, sosyal güvencesi olmayanların, geliri giderinden az olanların, 10 yıl ve üzeri kronik hastalığı olanların ve sağlık algısı orta ve kötü olanların KHU puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir.
- Kadercilik puanı ile SYBDÖ-II toplam puan ortalaması arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyli ilişki vardır.

Bu sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz;

- İleri yaşa sahip olan, eğitim düzeyi düşük olan, çalışmayan ve sağlık algısı kötü olan bireylere eğitim verirken bireylerin kadercilik hakkındaki düşüncelerinin göz önüne alınması,
- Hemşirelere hastane ve sağlık merkezlerinde verilecek eğitimlerde, ulusal ve uluslararası bilimsel etkinliklerde; kader, ilahi güç ve inanç gibi genel bilgilerin yanı sıra; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu ve sağlık algısının kaderci davranışları etkileyen önemli değişkenler olduğu hususunda ve hastaların bu bakımdan değerlendirilmesi konusunda bilgi ve eğitimlerin verilmesi,
- Bireylerin SYBD ele alınırken; eğitim düzeyi düşük, 4+ çocuğu olan, sosyal güvencesi olmayan, gelir düzeyi düşük olan, 10 yıldan uzun süredir kronik hastalık tanısı almış ve kötü sağlık algısına sahip bireylere özellikle dikkat edilmesi, hemşirelerin bu bireylerin yeterli düzeyde SYBD uygulamadıklarını bilerek danışmanlık yapması ve bireylere teşvik edici davranışlarda bulunmaları,
- Bireyler KHU yönünden değerlendirilirken yaş, eğitim düzeyi, sosyal güvence durumu, gelir durumu, kronik hastalık süresi ve sağlık algısı değişkenlerine özellikle dikkat edilmesi, hemşirelerin bireyleri biyopsikososyal yönden ele alarak fiziksel ve psikososyal açıdan uyum sorunu yaşayanların daha sık aralıklarla izleminin yapılması ve kontrollere düzenli gelinmesinin sağlanması,
- Din kaderciliği ve SYBD arasındaki ilişki göz önüne alınarak kaderci düşünceye sahip bireylerde SYBD'nin düzenli olarak sürdürülebilirliğinin sağlanması,
- İleride bu konu hakkında yapılacak çalışmalarda araştırmacılara kaderciliğin sağlık okuryazarlığına ve yaşam doyumuna etkisini incelemesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Türk Kardiyoloji Derneği. Yaşlılık ve kardiyovasküler yaşlanma nedir? 2017; 45:1-4.
2. Akpınar NB, Ceran MA. Kronik hastalıklar ve rehabilitasyon hemşireliği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2019,3: 140-152.
3. Zuhur Ş, Özpancar N. Türkiye’de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: Sistemik derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2017,19: 57-74.
4. World Health Organization (WHO). Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 1st ed. Geneva: WHO Press; 2011. 9-193.
5. Aydemir T, Çetin Ş. Kronik Hastalıklar ve Psikososyal Bakım. *JAMER* 2019, 4:109-115
6. İncirkuş K, Naheivan ÖN. Kronik hastalık yönetimi için bir rehber: kronik bakım modeli. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2015, 23: 66-75.
7. Durna, Z. Kronik Hastalıklar ve Önemi. Durna Z.(Ed.), Kronik hastalıklar ve bakım İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 2012, 1-7.
8. Kumsar AK, Yılmaz FT. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2014, 2: 62-70.
9. Tekin ÇS, Kara F. Dünyada ve Türkiye’de yaşlılık. *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi*, 2018, 3: 219-229.
10. Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. http://www.klinikgelisim.org.tr/kg_25_3/1.pdf. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı 2012, 25: 1-3.

11. Türkiye istatistik kurumu. İstatistiklerle yaşlılar, 2020. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaslılar-2020-37227>. 25 Mart 2022.
12. Arpacı F, Avdaş E, Doğruöz Ö, Sarıdoğan T. Yaşlılarda ölüm kaygısının incelenmesi. *Gazi Üniversitesi Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2011, 1:53-66.
13. Nageeb S, Vu M, Malik S, Quinn MT, Cursio J, Padela AI. Adapting a religious health fatalism measure for use in Muslim populations. *Plos One*, 2018, 13: e0206898.
14. Köten E. Kadercilik, Sağlık Davranışı ve Covid-19: Bir Literatür İncelemesi. *Social Sciences Research Journal*, 2021, 10: 515-528.
15. Ruiu G. The Origin of Fatalistic Tendencies: An Empirical Investigation, *Economics & Sociology*. 2013, 6:103-125.
16. Cohn L, Villar OE, Armando O. (2015). Fatalism and Health Behavior: A Meta-Analytic Review. ISBN: 978-607-7953-80-7. Serie ICSA, Vol. 26.
17. Ersin F, Çapık C, Kıssal A, Gördes Aydoğdu N, Beşer A. Breast Cancer Fatalism Scale: A Validity and Reliability Study in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 2018,11: 783-791.
18. Aydoğdu NG, Çapık C, Ersin F, Kıssal A, Bahar Z. The reliability and validity of prostate cancer fatalism inventory in Turkish language. *Journal of Religion and Health*, 2017, 56: 1670-1682
19. Bakan AB, Aslan G, Yıldız M. Determination of breast cancer fatalism in women and the investigation of the relationship between women's cervical cancer and pap smear test health beliefs with religious orientation and fatalism. *Journal of Religion and Health*, 2020, 60:1856–1876.

20. Özen Y, Rittersberger-Tılıç H. Differences in the perception of health among the urban poor living in two squatter house neighbourhoods in Ankara. *Mediterranean Journal of Humanities*, 2018, 8: 309-333.
21. Emily RN, Diego S, Merz EL. Diabetes knowledge, fatalism and type 2 diabetes-preventive behavior in an ethnically diverse sample of college students. *Journal of American College Health*, 2020, 70:385-394.
22. Kıyak E, Erkal E, Demir S, Demirkıran BC, Üren Y, Ergüney S. Türkiye'nin kuzeydoğusunda epilepsi ve sağlıkta kaderciliğe yönelik tutumların değerlendirilmesi. *Epilepsi ve Davranış*, 2021, 115:107495.
23. Dayapoglu N, Ayyıldız Nİ, Şeker D. Determination of health fatalism and the factors affecting health fatalism in patients with epilepsy in the North of Turkey. *Epilepsy & Behavior*, 2021, 115:107641.
24. Omu O, Al-Obaidi S, Reynolds F. Religious faith and psychosocial adaptation among stroke patients in Kuwait: a mixed method study. *J Relig Health*. 2014, 53:538–51.
25. International Diabetes Federation. Obesity and Type 2 Diabetes: a Joint Approach to Halt the Rise. [https:// www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/13-diabetes-atlas-seventh-edition](https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/13-diabetes-atlas-seventh-edition). 15 Mayıs 2022.
26. Yılmaz FT, Kumsar AK, Çelik S. Tip 2 diyabetli bireylerde kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2017, 15: 63-70.
27. Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Ready ND, Çakır B, Akalın E. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması. Sağlık-Sen Yayınları Aralık 2014, Ankara.

28. Üstündağ Ş, Dayapoğlu N. Tip 2 diyabetli bireylerin hastalık yönetiminde karşılaştıkları engellerin değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2021, 5: 514-533.
29. Yılmaz CK. Yaşlı bireylerin yaşlılığa uyum düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*, 2020, 13:305-317.
30. Kaymaz TT, Akdemir N. Diyabetli bireylerde hastalığa psikososyal uyum. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2016,7:61–67.
31. Özer Z, Turan GB, Öztürk. Hemodiyaliz hastalarında sağlıkta kadercilik anlayışı ile hastalık algısı arasındaki ilişki: karşılaştırmalı bir çalışma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2022, 11:10-17.
32. Demirbaş N, Kutlu N. Çoklu ilaç kullanan yetişkin bireylerin tedaviye uyumu ve öz-etkililik düzeyleri. *Ankara Med J*, 2020, 2: 269-280.
33. Kankaya H, Özer S, Korkmaz M, Karabulut ÖG, Kurt EA. Yaşlı hipertansif hastalarda ilaç tedavisine uyum öz-etkililiği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2017, 33: 1-10.
34. Softa HK, Bayraktar T, Uğuz C. Yaşlı bireylerin algılanan sosyal destek sistemleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2016, 9: 1-12.
35. Bahar Z, Beser A, Gordes N, Ersin F, Kissal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008, 12: 1-13.
36. Karabulutlu EY, Atman R, Yağcı S. Kronik hastalığı olan bireylere verilen bakımın değerlendirilmesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2015, 3:16-30.

37. Bakır GK, Akın S. Yaşlılıkta kronik hastalıkların yönetimi ile ilişkili faktörler. *Sağlık ve Toplum* 2019, 29:5-10.
38. Çalışkan Z, Saykılı Z. İl sağlık müdürlüğü çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve antropometrik ölçümlerinin belirlenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2020, 1-12, 10.46971/ausbid.769912.
39. Karatay G, Yeşiltepe A, Aktaş H. 40 yaş üstü bireylerin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyleri ve bazı değişkenlerle ilişkisi. *Acta Medica Nicomedia*, 2021, 4: 49-55.
40. Tel H, Tay BN, Canbay M, Akaya İ, Yalçınkaya S. Kronik fiziksel hastalıklı yaşlılarda yeti yitimi ve depresyon. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2014, 22: 69-75.
41. Bakır GK, Akın S. Yaşlılıkta kronik hastalıkların yönetimi ile ilişkili faktörler. *Sağlık ve Toplum*, 2019, 2: 17-25.
42. Öztürk EY, Uyar M. Bulaşıcı olmayan hastalık mortalite oranları ile insani gelişmişlik endeksi ve küresel cinsiyet uçurumu endeksi arasındaki ilişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2020, 9: 90-96.
43. Türkiye istatistik kurumu. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>. 25 Mart 2022.
44. Çelik A, Kin ÖK, Karadakovan A. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde yalnızlık durumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2017, 2: 17-23.
45. Araújo-Soares V, Hankonen N, Presseau J, Rodrigues A, Sniehotta FF. Developing Behavior Change Interventions For Self-Management in Chronic Illness: An Integrative Overview. *European Psychologist*, 2019, 24:7-25.

46. Hung JY, Lu KS. Research on the healthy lifestyle model, active ageing, and loneliness of senior learners. *Edu Gerontol*, 2014, 40: 353-362.
47. Sell KA, Amella EJ, Andrews JA, Mueller M, Wachs J. Use of social cognitive theory to assess salient clinical research in chronic disease selfmanagement for older adults:An integrative review. *Open Journal of Nursing*, 2016, 6: 213-228.
48. Wagner EH. ve ark. Improving chronic illness care: Translating evidence into action interventions that encourage people to acquire self-management skills are essential in chronic illness care. *Health Affairs*, 2001, 20(6): 64-78.
49. Erdoğan L. 65 yaş ve üstü bireylerin kronik hastalıklarıyla sağlık alışkanlıkları arasındaki ilişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. İzmir: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2021.
50. Smidth M, Christensen MB, Olesen F, Vedsted P. Developing an Active İmplementation Model for A Chronic Disease Management Program. *International Journal of Intergrated Care*, 2013, 13:1-16.
51. Smith SA, Ansa B. A Systematic review of lifestyle interventions for chronic diseases in rural communities. *JGPHA*, 2016, 5:10-304.
52. Kayış A, Kronik hastaların bakımında bütüncül yaklaşım, etkileyen faktörler ve kronik hastalıklı bireylerin aileleri. *Acıbadem Hemşirelik E Dergisi*, 2010, 23: 1-4.
53. Kulakçı H, Kuzlu TA, Emiroğlu ON, Köroğlu E. Huzurevinde yaşayan yaşlıların özyeterlilik algılarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektornik Dergisi*, 2012,5:53-64.
54. Avcı F, Avcı Ş. Yaşlılık döneminde görülen değişiklikler, fiziksel inaktivite, kinezyofobi ve düşmeler. *Abant Journal of Health Sciences and Technologies*, 2021, 1: 51-62.

55. Erol S. Yaşlı kadın sağlığı ve hemşirelik yaklaşımları. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2021, 73-86.
56. Belice T, Bölükbaşı S, Mandıracıoğlu A. Yaşlılarda fiziksel inaktivitenin yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2021, 8: 44-48.
57. Sönmez S, Çevik C. Yaşlılık ve sağlıkta eşitsizlikler. *Uluslararası Psikolojik Danışma ve Rehberlik Araştırmaları Dergisi*, 2021, 3: 496-511.
58. Kılınç M, Uzunçakmak T. The health and social status of the elderly: a multivariate analysis. *ESTUDAM Public Health Journal*, 2022, 7:26-41.
59. Kalyoncuo S, Kartın PT. Aktif yaşlanma ve hemşirelik bakımı. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2021,8:26-32.
60. Ağar A. Yaşlılarda ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2020, 3: 347-354.
61. Bozkurt E, Parlar A, Arslan SO. Yaşlı hastalarda uygunsuz ilaç kullanımının incelenmesi ve polifarmasi varlığı. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2019, 5:1254-1366.
62. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Çalışanları için İnsülin Enjeksiyon Teknikleri ve Tedavileri Kılavuzu. http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_yayinlar/20360617182316 2018tbl_yayinlarff4eb43ed0.pdf. 25 Haziran 2019.
63. Ağar A. Yaşlılarda ortaya çıkan psikolojik değişiklikler. *Geriatric Bilimleri Dergisi*, 2020, 3: 75-80.
64. Tuncay FÖ, Fertelli TK. Yaşlılarda bilişsel işlevlerin günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam doyumu ile ilişkisi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2018, 32: 183-190.

65. Elkin N. Bir aile sağlığı merkezine başvuran yaşı bireylerde depresyon sıklığı ve yaşıam doyumunun değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*, 2016, 1: 9-21.
66. Özel-Kızıl ET. Demans. Editörler; Özel-Kızıl ET. Yaşı Bakım Elemanları İçin Geriatrik Psikiyatri, Ankara, Hedef Yayınları, 2018, 34-43.
67. Eroğlu MZ, Annagür BB, İçbay E. Yaşıllarda yaygın anksiyete bozukluğunun değerlendirilmesi. *Gaziantep Medical Journal*, 2012, 18: 143-147.
68. Doğan M. Üniversite öğrencilerinin kader algıları: metaforik bir araştırma. *Kader*, 2021, 19: 645-677.
69. Kızıllarslan V. Kadercilik ölçeğinin türkçe geçerlilik ve güvenilirliği çalışması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Hemşirelik Fakóltesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2020.
70. Dursun F, Başıaran H. Sınavla öğrenci alan liselerde görev yapan öğretmenlerin kadercilik eğilimleri. *Anadolu Akademi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2020, 2: 1-14 .
71. Orhan K. Validity and reliability study of fatality tendency scale. *The Journal of International Civilization Studies*, 2017, 2: 83-102.
72. Kuh Z, Erdem R. Fatalizm eğiliminin sağlıklı yaşıam biçimi davranışları üzerine etkisi. *SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi*, 2019, 1: 1-16.
73. Keskiner E. Din kólütürü ve ahlak bilgisi ders kitaplarındaki kader öğretisi üzerine bir değerlendirme. *Düzce Üniversitesi İlahiyat Fakóltesi Dergisi*, 2018, 2:50-65.
74. Bobov G, Çapık C. Sağlık Kaderciliği Ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Din ve Sağlık Dergisi*, 2018, 1-16.
75. Freeman HP. Cancer in the socioeconomically disadvantaged. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 1989, 39: 266-288.

76. Kaya S, Koca G, Kartal, N, Çilhoroz, Y, Akturan, S. Genel cerrahi polikliniğine başvuran hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları, *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2021, 8: 351-367.
77. Haynie DL, Soller B, Williams K. Anticipating early fatality: friends, schoolmates' and individual perceptions of fatality on adolescent risk behaviors. *Journal Youth Adolescence*, 2014, 43: 175–192.
78. Ngueutsa R, Kouabenan DR. Fatalistic beliefs, risk perception and traffic safe behaviors. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 2017, 67: 307–316.
79. Haraty OS, Egede LE, Kharma JA, Bassil M. Predictors of diabetes fatalism among Arabs: a cross-sectional study of lebanese adults with type 2 diabetes. *Journal of Religion and Health*, 2018, 57: 858-868.
80. Orhan K. Girişimci kaderini yener mi: Girişimci eğilimine kaderciliğin etkisi. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 2017, 17: 143-159.
81. Ramirez AS. Fatalism and cancer risk knowledge among a sample of highly acculturated latinas, *Journal of Cancer Education*, 2013,29: 50-55.
82. Tambağ H. Yaşlılarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam doyumu. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2013, 4: 23-31.
83. Terzi Ö, Yenerçağ FT, Özdemir Şule, Yenerçağ M. Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışına etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Dergisi*, 2021, 54:78-83.
84. Güner İC, Demir F. Ameliyathane hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının (sybd) belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 9: 17-25.
85. Savucu Y. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Spor ve Rekreasyon Araştırmaları Dergisi*, 2021, 2: 34-43.

86. Aslan H, Çetkin T, Dikmen RD. Effects of chronic illness adaptation on the healthy lifestyle behaviours of patients in internal services. *Çukurova Medical Journal*, 2021, 46:1140-1149.
87. Taşkiran N, Khorshid L, Sarı D. Üniversite öğrencilerinin hijyen davranışlarının karşılaştırılması. *Sağlık ve Toplum*, 2019, 29: 65-78.
88. Özel Y, Karabulut AB. Günlük yaşam ve stres yönetimi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 2018, 1: 48-56.
89. Sungur SA. Üniversite öğrencilerinin iletişim becerileri algısı ile kişilerarası ilişki boyutları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Selçuk İletişim*, 2018, 11: 126-138.
90. Adana F, Türk G, Yıldırım B, Yeşilfidan D. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörler. *NWSAMS*, 2019, 14:11-21.
91. Khan SS, Ning H, Wilkins JT. Association of body mass index with lifetime risk of cardiovascular disease and compression of morbidity. *JAMA Cardiol*. 2018, 3:280-287.
92. Djousse L, Driver JA, Gaziano JM, Buring JE, Lee IM. Association between modifiable lifestyle factors and residual lifetime risk of diabetes. *Nutr Metabol Cardiovasc Dis*, 2013, 23:17-22.
93. Morton DP, Kent L, Rankin P, Mitchell B, Parker K, Gobble J, Diehl H. Optimizing the intensity of lifestyle medicine interventions: similar outcomes for half the sessions. *AJLM*, 2017, 11:274-79.
94. Altındış M. Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları ve Bakımı. İstanbul Tıp Kitabevi. 2013, 97-110.
95. World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases 2014. <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/> 25.03.2022.

96. Zehirlioğlu L, Mert H. Kronik hastalıklara yeni yaklaşım: Yaşam tarzı tıbbı. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*, 2019, 12:341-350.
97. Vicdan AK, Birgili F. The validity and reliability study for developing an assessment scale for adaptation to chronic diseases. *Journal of Current Researches on Health Sector*, 2018, 8: 135-144.
98. Roy SC. The Roy Adaptaion Model. 3ed. New Jersey: Pearson Education & Upper Saddle River; 2009.
99. Mansouri A, Baraz S, Elahi N, Malehi AS, Saberipour B. The effect of an educational program based on Roy's adaptation model on the quality of life of patients suffering from heart failure: A clinical trial study. *Japan Journal of Nursing Science*, 2019, 16: 1-9.
100. Vicdan AK, Karabacak BG. Effect of treatment education based on the roy adaptation model on adjustment of hemodialysis patients. *Clinical Nurse Specialist*, 2016, 30:1-13.
101. Öztürk A, Özenç S, Canmemiş S, Bozoğlu E. Yaşlılık döneminde koruyucu sağlık bakımı. *TJFM&PC*, 2016, 10:34-41.
102. T.C. Sağlık Bakanlığı. Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi, 2008-2013 Eylem Planı. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t1.pdf>.03.07.2018.
103. World Health Organization. Noncommunicable diseases progress monitor 2017. <https://apps.who.int/iris/bitst-ream/handle/10665/258940/9789241513029-eng.pdf?sequence=1>. 03 Kasım 2019.
104. Erkoç Y, Yardım N. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları. Ankara, Anıl Matbaası, 2011, 15- 17.

105. Kılıç M. Kronik hastalıkların önlenmesinde davranışsal risk faktörlerinin önemi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2011, 10: 40-733.
106. Franklin MD, Schlundt DG, Wallston KA. Development and validation of a religious health fatalism measure for the african-american faith community. *Journal of Health Psychology*, 2008, 13:323–335.
107. Maercker A, Ben-Ezra M, Esparza OA, Augsburger M. Fatalism as a traditional cultural belief potentially relevant to trauma sequelae: measurement equivalence, extent and associations in six countries. *European Journal of Psychotraumatology*, 2019, 10: 1657371.
108. Keller K, Toriola A, Schneider JA. The relationship between cancer fatalism and education. *Cancer Causes Control*, 2021,32:109-118.
109. Caballero-Domínguez C, Ceballos-Ospino GA, Campo-Arias A. Fatalism, Emotional Regulation, and Suicide Risk in Colombian Adults During the SAR-Cov-2 Disease Epidemic. *Omega (Westport)*, 2021, 302228211066385.
110. Padela AI, Murrar S, Adviento B, Liao C, Hosseinian Z, Peek M, Curlin F. Amerikalı Müslümanlar arasında din ile ilgili faktörler ve meme kanseri taraması arasındaki ilişkiler. *Göçmen ve Azınlık Sağlığı Dergisi*, 2015, 17: 660-669.
111. Gutierrez AP, McCurley JL, Roesch SC, Gonzalez P, Castañeda SF, Penedo FJ, Gallo LC. Abd hispaniklerinde/latinlerinde kadercilik ve hipertansiyon yaygınlığı, farkındalık, tedavi ve kontrol: hchs/sol sosyokültürel yardımcı çalışmanın sonuçları. *Davranış Tıbbi Dergisi*, 2017, 40: 271-280.
112. Uzuntarla Y, Uzuntarla F, The fatalism approaches according to the frequency of occupational accidents and other sociodemographic characteristics of health workers. *TJFMPC*, 2019, 13: 151-158.

113. Kaya A, Bozkur B. Kadercilik eğilimi ile özyeterlik inancı ve savunma mekanizmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi*, 2017, 18: 124-145.
114. Xie J, Xie S, Çeng Y, He Z. Beliefs and Information Seeking in Patients With Cancer in Southwest China: Survey Study. *JMIR Cancer*, 2020, 6:16138.
115. Değerli H, Yiğit A. Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyinin belirlenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 2020, 11: 573-586.
116. Bükecik N, Yeşilfidan D, Adana F. İşçilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörler: Bir hastane örneği. *Sağlık ve Toplum*, 2021, 31:128-135.
117. Dereli, F, Yıldırım, B, Ozvurmaz S, Adana, F. (2021). Üniversite hizmet personelinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Life Sciences*, 2021, 16: 30-37.
118. Kolaç N, Balcı AS, Şişman FN, Ataçer BA, Dinçer S. Fabrika çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve sağlık algısı. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 2018,14:267-74.
119. Yuvakgî Z, Akyıl YC. Assessing perceived social support, social network, and healthy lifestyle behaviors in older adults. *International Journal of Caring Sciences*, 2021, 14: 1274.
120. Şimşekoğlu N, Mayda A. Bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeyleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2016, 6: 19-29.
121. Aslan Y. Gebelik Öncesi Uygulanan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Gebelik Döneminde Uygulanan Sağlık Uygulamaları Arasındaki İlişki. *Sağlık*

Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2019.

122. Sümen A, Öncel S. Türkiye’de lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler: sistematik derleme. *European Journal of Therapeutics*, 2017, 23:74-82.
123. Gömleksiz M, Yakar B, Pirinççi E. Tıp fakültesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, 2020, 47:347-358.
124. Yurtsever E. 50 Yaş Üzeri Erkeklerin Prostat Kanseri Bilgi ve Tutumları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Okan Üniversitesi, 2018.
125. Yıldız Ö, Ersin F. Mevsimlik tarım işçisi gençlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017, 20: 180-187.
126. Özenoğlu A, Yalnız T, Uzdil Z. Sağlık eğitiminin beslenme alışkanlıkları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018, 9:234-242.
127. Burkev FG. Hemodiyaliz Tedavisi Alan Bireylerde Yaşam Tarzı Boyutuyla Uyku ve Hemşirenin Rolü. Fen Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir: Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, 2021.
128. Gülcivan G, Topçu B. Meme kanserli hastaların yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Namık Kemal Tıp Dergisi*, 2017, 5: 63 – 74.
129. Çelik A. Hemodiyaliz Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıklar

- Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2019.
130. Özkaraman A, Alparslan GB, Gökçe S, Babadağ B, Gölge H, Derin Ö, Bilgin M. Hemodiyaliz yapılan kronik böbrek hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 2016,38: 51-61.
131. Duran Ü, Ögüt S, Asgarpour H, Kunter D. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2018, 2: 138-147.
132. Özgül ÖO, Saatçi E. Çukurova üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin sağlık anksiyete düzeyleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 2021, 25:84-90.
133. Konaklı K, Odabaş G, Seven S, Şen R, Makar Y, Köseoğlu İ. Sinop üniversitesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *8th International Vocational Schools Symposium*,2019, 3: 249-261.
134. Şen MA, Ceylan A, Kurt ME, Palancı Y, Adın C. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, 2017, 44 :1-11.
135. Gözüyeşil E, Filiz T, Düzgün A. 15-49 yaş arası kadınlarda meme kanseri endişesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler. *Cukurova Medical Journal*, 2019, 44: 1215-1225.
136. Özdemir Ş, Öztora S, Dağdeviren HN. Trakya üniversitesi öğretim üyelerinde kardiyovasküler hastalıklardan korunmaya yönelik tutum ve davranışlar. Trakya Üniversitesi Öğretim Üyelerinin Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyleri, 17. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, 25-27 Ekim 2018, Ankara.

137. Özkan ÖP, Büyükcinal SK, Yiğit Z, İnci Y, Şakar FŞ, Ersü DÖ. Kardiyovasküler hastalık tanısı almış hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*, 2019,12:22-31.
138. Yanık A, Noğay NH. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 2017, 22:167-176.
139. Doğan ŞA, Yılmaz EA. Epilepsi tanısı alan adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2017, 6: 83-90.
140. Yılmaz CK, Kara FŞ. The effect of spiritual well-being on adaptation to chronic illness among people with chronic illnesses. *Perspect Psychiatr Care*, 2021, 57: 318-325.
141. Özönük E, Yılmaz M. Tip 2 diabetes mellitus tanılı hastaların sağlık okuryazarlığı ve tedavi uyumu arasındaki ilişki. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2019, 16: 96-103.
142. Özdemir Ö, Akyüz A, Doruk H. Geriatrik hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumları. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 2016, 12:195-201.
143. Javanmardifard S, Heidari S, Sanjari M, Yazdanmehr M, Shirazi F. The relationship between spiritual well-being and hope, and adherence to treatment regimen in patients with diabetes. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 2020, 19:941-950.
144. Erci B, Elibol M, Aktürk Ü. Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *FNJN*, 2018, 26: 79-92.
145. Uchmanowicz B, Chudiak A, Froelicher ES. Factors influencing adherence to treatment in older adults with hypertension. *Clin Interv Aging*, 2018, 13: 2425–2441.

146. Zengin O, Fırat E, Acar B. Bazı sosyo-demografik özellikler açısından diyabetli bireylerin psikososyal uyum düzeyleri üzerine bir araştırma. *Bozok Tıp Dergisi*, 2017, 7:73-80.
147. Borba AKdOT, Marques APdO, Ramos VP, Leal MCC, Arruda IKGd, Ramos RSPdS. Factors associated with elderly diabetic adherence to treatment in primary health care. *Cien Saude Colet*, 2018, 23:953-961.
148. Arslan DE, Şentürk S, Akça NK. Biyolojik ajan kullanan romatoid artritli hastaların ilaç tedavisine uyumu ve etkileyen faktörler. *GÖBEKLİTEPE International Journal Of Health Sciences*, 2021, 4:88-98.
149. Khabbazi A, Shayan FK, Ghojzadeh M, Kavandı H, Hajjaliloo M, Manesh KM, Kolahi S. Adherence to treatment in patients with Behcet's disease. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 2017, 21: 1-9.
150. Akman N, Altıntaş HK. Kronik obstrüktif akciğer hastalarının hastalığa psikososyal uyumlarının ve bakım verenlerin yaşadığı güçlüklerin belirlenmesi. *Beü Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Bilimsel Çalışmalar Dergisi*, 2017, 1:148-173.
151. Kara AM, Kara T. Tip 2 diyabet tanılı hastalarda uygulanan tedavi yöntemi ile hastalardaki tedaviye uyum, yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişki. *Med Bull Haseki*, 2019, 57:377-385.
152. Akan DD, Çaydam ED, Pakyüz SÇ. Hipertansiyon tanısı olan hastalarda bilgi düzeyi ve ilaç tedavisine uyumunun değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2020, 23: 241-249.
153. Yakar B, Demir M. Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda antihipertansif ilaç tedavisine uyum oranları ve etkileyen faktörlerin araştırılması. *Dicle Tıp Dergisi*, 2019, 46: 685-696.

154. Küçük E, Yapar K. Tip II diyabetli hastalarda sağlık algısı, sağlıkla ilgili davranışlar ve ilaç tedavisine uyum: Türkiye'nin Karadeniz Bölgesi'nde bir çalışma. *TAF Prev Med Bull*, 2016, 15:285-292.
155. Çelik S, Kelleci MK, Avcı D, Temel E. Tip 1 diyabetli genç yetişkinlerin hastalığa psikososyal uyumları ve stresle başa çıkma tarzları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2015, 23:105-115.
156. Onan N. Bir toplum ruh sağlığı merkezindeki hastalarda tıbbi tedaviye uyumun incelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2020, 10: 271-278.
157. Arslan DE, Akça NK. Kırsal alanda yaşayan hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine uyumları. *Bozok Tıp Dergisi*, 2020, 10:55-62.
158. Aşiret GD, Okatan C. Hipertansiyon hastalarının ilaç uyum düzeyleri ile spirüüel iyi oluşları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 2019, 10:122–128.
159. Kosobucka A, Michalski P, Kubica A. Adherence to treatment assessed with the adherence in chronic diseases scale in patients after myocardial infarction. *Patient Preference and Adherence*, 2018, 12:333–340.
160. Martin GM, Rayens MK, Lennie TA, Chung ML, Gokun YWiggins AT, Biddie MJ, Bailey AL, Novak MJ, Casey BR, Moser DK. Fatalism Moderates the Relationship Between Family History of Cardiovascular Disease and Engagement in Health-Promoting Behaviors Among At-Risk Rural Kentuckians. *J Rural Health*, 2015, 31:16-206.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Doğum tarihi: Doğum Yeri: Medeni Hali: Uyruğu: Adres: Tel: Faks: E-mail:
Eğitim
Lise: Lisans: Yüksek lisans: Doktora:
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce: Almanca: - Rusça: -
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
-
İlgi Alanları ve Hobiler

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU¹

Öğrencinin Adı ve Soyadı	Şeyda Kızıloğlu
Öğrencinin Numarası	
Ana Bilim Dalı	Halk Sağlığı Hemşireliği
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans

Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.

Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları
I. Giriş	% 6	% 15
II. Genel Bilgiler	% 5	% 35
III. Materyal ve Metod	% 29	% 35
IV. Bulgular	% 13	% 15
V. Tartışma	% 13	% 20

Not: Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5'den büyük olmaması gerekir.

Tez Yazarı (Öğrenci)	Tez Danışmanı
Şeyda Kızıloğlu	Prof. Dr. Cantürk Çapık

EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**



KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Prof. Dr. Cantürk ÇAPIK
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		Kronik Hastalığı Olan Yaşlılarda Kaderciliğin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hastalığa Uyuma Etkisi
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 08 Karar No: 47	Tarih:25.11.2021
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin Kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

EK-4. KURUM İZNİ



T.C.
ERZURUM VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-76614443-799
Konu : Bilimsel Araştırma İzinleri/Şeyda
KIZILOĞLU

Sayın ŞEYDA KIZILOĞLU
Müftü Solakzade Mah. Atatürk Bulvarı
Mareşal Çakmak Devlet Hastanesi
Palandöken / Erzurum

İlgi : 29/11/2021 tarihli dilekçeniz.

İlgide kayıtlı dilekçenizde "*Kronik Hastalığı Olan Yaşlarda Kaderciliğin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hastalığa uyuma etkisi*" başlıklı bilimsel çalışmanın yapılabilmesi için tarafımızdan izin talebinde bulunulmuştur.

Çalışmanızı Ceylanoğlu Aile Sağlığı Merkezi'nde yapmanız tarafımızca uygun görülmüştür. Çalışmanız esnasında etik kurallara uymanız, kurum ve kişi mahremiyetine uygun hareket etmeniz, pandemi süreci nedeniyle Bakanlığımızın belirlediği kurallara uygun hareket etmeniz önem arz etmektedir.

Söz konusu çalışma sonucu hazırlanan araştırma raporundan toplam 2 (iki) nüsha Müdürlüğümüze teslim edilmesi ve uyarılara hassasiyetle uyulması hususunda;

Bilgilerinize rica ederim.

EK-5. ÖLÇEK KULLANIM İZNİ

< Gönderilen Ölçek izin talebi > >

Teşekkür ederim hocam iyi günler.

iPhone'umdan gönderildi

DERYA ATİK
şunları yazdı (10 Kas 2021 09:38):

Sevgili Şeyda, ölçeği ekte gönderiyorum, kolaylıklar dilerim...

Doç. Dr. Derya Atik
Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Gönderen: Şeyda Kızıloğlu

Gönderildi: 9 Kasım 2021 Salı 16:50

Konu: Ölçek izin talebi

Hocam iyi günler . Ben Şeyda Kızıloğlu. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği ana bilim dalında yüksek lisans yapmaktayım. Tez konum Kronik Hastalığı Olan Yaşlılarda Kaderciliğin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Hastalığa Uyumu. İzniniz olursa tezimde kronik hastalıklara uyum ölçeğinizi kullanmak istiyorum.

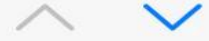
iPhone'umdan gönderildi



KHUÖ.docx
17 KB

< Gönderilen Ölçek izin talebi



Teşekkür ederiz hocam.

iPhone'umdan gönderildi

Ayşe Beşer şunları
yazdı (9 Kas 2021 17:32):

Sevgili Şeyda,
Çalışmanızda ölçeğimizi kullanabilirsiniz, kolay
gelsin

-----Original Message-----

From: Şeyda Kızıloğlu

< >

Sent: Tuesday, November 9, 2021 4:52 PM

To: Ayşe Beşer <

Subject: Ölçek izin talebi

Hocam iyi günler . Ben Şeyda Kızıloğlu. Atatürk
Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı
Hemşireliği ana bilim dalında yüksek lisans
yapmaktayım. Tez konum Kronik Hastalığı Olan
Yaşlılarda Kaderciliğin Sağlıklı Yaşam Biçimi
Davranışları Ve Hastalığa Uyumu. İzniniz olursa
tezimde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
Ölçeği II kullanmak istiyorum.

iPhone'umdan gönderildi



EK-6. HASTA TANITIM FORMU

Sayın katılımcı,

Aşağıdaki soruların doğru veya yanlış bir cevabı yoktur, sadece sizin konu hakkındaki görüşünüzü öğrenmek için sorulmaktadır. Lütfen soruları okuyarak sizin düşüncenizi en iyi yansıtan cevaba “X” işaretini koyunuz. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

a)Demografik özellikler

1)Yaşınız.....

2)Cinsiyetiz

☐erkek ☐kadın

3)Eğitim durumunuz

☐Okuryazar

☐İlköğretim

☐Lise

☐Üniversite ve üstü

4)Medeni durum

☐Evli ☐Bekar

5)Aile yapınız

☐Çekirdek aile ☐Geniş aile ☐Parçalanmış aile

6)Çocuk sayınız

☐Yok ☐1 çocuk ☐2-3 çocuk ☐4 çocuk ve üstü

7)Sosyal güvenceniz ☐var ☐yok

8)Gelir durumunuz

☐Gelir giderden az

☐Gelir gidere eşit

☐Gelir giderden fazla

9)Çalışma durumunuz ☐Çalışıyor ☐Çalışmıyor

10)Yaşadığınız yer

☐Köy

☐İlçe

☐İl

b)Hastalığa ilişkin özellikler

11)Kronik hastalığınız kaç yıldır var?

☐ 1-3 yıldır

☐ 4-6 yıldır

☐ 7-9 yıldır

☐ 10 ve üstü

12)Hangi kronik hastalığa sahipsiniz?(Birden fazla işaretleyebilirsiniz.)

☐ Hipertansiyon

☐ Diyabet

☐ Böbrek

☐ Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

☐ Romatizmal hastalıklar

☐ Kanser

☐ Diğer

13)Genel olarak değerlendirdiğinizde sağlık durumunuz nasıldır?

☐ Çok iyi

☐ İyi

☐ Orta

☐ Kötü

EK-7. DİN SAĞLIĞI KADERCİLİĞİ ÖLÇEĞİ

Sayın katılımcı,

Aşağıdaki soruların doğru veya yanlış bir cevabı yoktur, sadece sizin konu hakkındaki görüşünüzü öğrenmek için sorulmaktadır. Lütfen soruları okuyarak sizin düşüncenizi en iyi yansıtan cevaba “X” işaretini koyunuz.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

TURKISH VERSION OF RELIGIOUS HEALTH FATALISM SCALE						
SORULAR		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Eğer sağlığım için yalnızca Allaha dua edersem o beni iyileştirir.					
2	Hasta olduğum zaman dertlerimi Allaha havale ederim ve çözümünü ondan beklerim.					
3	Huzurunda lütfâ sahip olduğum için Allah benim sağlığımı korur.					
4	Allah, daha sağlıklı olmamı isterse bunu sağlar.					
5	Sağlığım hakkında endişelenmiyorum çünkü bu Allah'ın elinde olan bir şeydir.					
6	Hastalandığımda Allah iyileşmemi isteyene kadar beklemek zorundayım.					
7	Bir sağlık problemim olduğunda, iyileşmek için Allah'a dua ederim.					
8	İbadetlerime devam ettiğim sürece, her türlü hastalıktan korunurum.					
9	Dindar insanlar Allah onlar için ne takdir ettiyse kabul etmelidir.					
10	Bana şifa vermesi için insana değil Allah'a güvenirim.					
11	Bir insanda iman varsa doktorlar hiçbir şey yapmasa bile şifa bulur.					
12	Allah bazen insanların bir sebepten dolayı hasta olmasına izin verir.					
13	Eğer hasta olursam Allah'ın iradesiyle olmuştur.					
14	Herhangi bir hastalığa yakalanacaksam, bunu daha önceden Allah planlamıştır.					
15	Bazen bir insan Allah'a itaat etmediği için hastalanabilir.					
16	Daha sağlıklı olmam için çabalamama gerek yok çünkü bu Allah'ın elindedir.					
17	Küçük sağlık problemlerimi kendim kontrol edebilirim ama büyük olanları sadece Allah kontrol eder.					

EK-8. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				

19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzmeye, dans etmeye, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				

44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

EK-9. KRONİK HASTALIKLARA UYUM ÖLÇEĞİ

	Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Sayın Katılımcı; Aşağıdaki ölçek kronik hastalıklarda (kalp, akciğer, böbrek vb.), hastaların, hastalığa uyum düzeyini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Aşağıda kronik hastalığınız boyunca yaşamış olabileceğiniz tutum, inanç ve davranışlarınızı içeren bazı durumlar verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki durumu ne kadar yaşadığınızı aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerdeki uygun bölüme X işareti koyarak belirleyiniz.	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Hastalığım için verilen ilaçları düzenli kullanıyorum.					
2	Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılıyorum.					
3	Benimle aynı hastalığı olan kişilerle iletişim halindeyim.					
4	Vücudumda ortaya çıkan değişiklikleri (şişlik, kilo artışı vb.) önemsiyorum.					
5	Hastalığımın dolayısıyla aile içi ilişkilerim olumsuz etkilendi.					
6	Hastalığım geleceğe yönelik planlar yapmamı engelliyor.					
7	Hasta olsam da sosyal aktivitelere katılıyorum.					
8	Tamamen iyileşeceğimi düşünüyorum.					
9	Hastalığım cinsel yaşamımı etkilemiyor.					
10	Hastalığım uzun süreli olarak kontrol altında olmamı gerektiriyor.					
11	Hastalığım nedeniyle aldığım tedavinin etkili olacağını düşünüyorum.					
12	Hastalığım sebebiyle temkinli/tedbirli yaşamak bana çok zor geliyor.					
13	Hasta olsam da evdeki işlerimi yapıyorum.					
14	Hastalığımla ilgili evde takip etmem gereken ölçümleri (tansiyon, kan şekeri vb.) yapıyorum.					
15	Hastalığım sebebiyle verilen diyeti düzenli uyguluyorum.					
16	Hastalığım sebebiyle verilen egzersizleri düzenli yapıyorum.					
17	Hastalığımın dolayısıyla arkadaş ilişkilerim olumsuz etkilendi.					

18	Düzenli olarak sağlık kuruluşuna kontrole gidiyorum.					
199	Hastalığım sebebiyle aileme yük olduğumu düşünüyorum.					
20	Hasta olmak beni endişelendiriyor.					
21	Sağlık çalışanlarına güveniyorum.					
22	Hastalığım ile ilgili yeterince bilgi sahibiyim.					
23	Tedavilerimle ilgili yeterince bilgi sahibiyim.					
24	Hastalığım için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyorum.					
25	Hastalığımdan dolayı çalışma hayatım olumsuz etkilendi.					