



T.C.
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**AİLE HEKİMLİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA FONKSİYONEL
(İŞLEVSEL) SAĞLIK DURUMU DEĞERLENDİRMESİ**

Dr. Celal AKIN
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emin LAYIK

VAN-2021

T.C.
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**AİLE HEKİMLİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA FONKSİYONEL
(İŞLEVSEL) SAĞLIK DURUMU DEĞERLENDİRMESİ**

Dr. Celal AKIN
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emin LAYIK

VAN-2021

ÖN SÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, her türlü zor durumda danışabildiğim, tezimin gerçekleşmesinde destek ve anlayışını hiç esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emin LAYIK'a

Uzmanlık eğitimime, tez çalışmama ve hayatıma katkılarından dolayı değerli hocam Sayın Prof. Dr. Hüseyin AVNİ ŞAHİN'e ve Doç. Dr. Dilek Kuşaslan AVCI'ya, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. Mustafa TUNCER'e

Tezimin istatistiklerinin değerlendirilmesinde katkılarını ve güler yüzünü esirgemeyen Tıbbi Biyostatistik Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Sıddık KESKİN'e ve Arş. Gör. Dr. Duygu KORKMAZ'a;

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte uyum içinde çalışmaktan zevk aldığım bütün asistan arkadaşlarım ve hocalarıma;

Koşulsuz bir şekilde beni destekleyen, bu günlere gelmemde sonsuz katkıları olan çok sevgili annem Seybet AKIN'a, babam İZZEDDİN AKIN'a eşim Şükran Cihan AKIN'a, kardeşlerim ve sevgili dostlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Celal AKIN

ÖZET

AKIN C, Aile Hekimliğine Başvuran Hastalarda Fonksiyonel (İşlevsel) Sağlık Durumu Değerlendirmesi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Van, 2021.

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi'nde Aile Hekimliğine Başvuran Hastalarda işlevsel sağlık durumunun kronik hastalıklar ve sosyo-demografik özelliklere göre anlamlı farklılıklar gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan kesitsel bir anket çalışmasıdır. Çalışmaya Van YYÜ Dursun Odabaş Tıp Merkezi Hastanesinde Aile Hekimliğine başvuran 303 hasta değerlendirildi. Çalışma gönüllük esasına dayanmakta olup 18 yaş üstü 90 yaş altı 131 kadın ve 169 erkek hasta dahil edildi. Araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan anket yedi sorudan oluşan sosyo-demografik bilgi formu ve sekiz sorudan oluşan COOP WONCA ölçeğinden oluşmaktadır. Sorular çoktan seçmeli ve boşluk doldurma şeklindedir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemede Ki-kare testi kullanıldı. Hesaplamalarda istatistik anlamlılık düzeyi ($p < 0.05$) olarak alınmış ve hesaplamalar için SPSS (ver: 13) istatistik paket programı kullanılmıştır.

Katılımcı bireylerin yaşları 18 ile 89 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 45,31'dir. Yaşa bağlı standart sapma 16,53'tür. Katılımcı bireylerin %45,2'si ($n=137$) erkek, %54,8'i ($n=166$) kadındır. Katılımcı bireylerin %53,5'nün ($n=162$) kronik hastalığı var iken %46,5'nün ($n=141$) kronik hastalığı yoktur.

Çalışmamızda artan yaşla birlikte hastaların ortalama COOP WONCA puanının arttığı görülmüştür. Yüksek ortalama COOP WONCA puanları daha kötü fonksiyonel sağlık durumunu ifade etmektedir. Hastaların yaşı arttıkça işlevsel sağlık durumunun daha kötü olduğu saptanmıştır. Tüm sorularda yaş ile işlevsel sağlık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç saptanmıştır ($p < 0.01$).

Çalışmamızda sosyo-demografik özelliklerden cinsiyetin fonksiyonel sağlık durumu üzerindeki etkili olduğu ve duygu durumu (W2), sosyal faaliyet (W3) ve günlük aktivite (W4) alt başlıklarında kadınların erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek ortalama COOP WONCA puanları aldığı görülmüştür.

Çalışmamızda eğitim durumunun ile fonksiyonel sağlık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak eğitim düzeyinin azalmasına paralel yükselen COOP WONCA puan değerleri görülmüştür.

Bizim çalışmamızda bireylerin yaşam ortamı ile fonksiyonel sağlık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çalışmamızda evli veya bekâr olan bireylerde eşi vefat eden veya boşanmışlara göre daha iyi işlevsel sağlık durumu olduğu istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Ancak eşi vefat etmiş ve boşanmış kişilerin sayısının yetersiz olması nedeniyle de bu şekilde bir sonuç yanıltıcı olabilir.

Sağlıklı bireylere göre kronik hastalık bulunan kişilerde ortalama COOP WONCA puanlarının ve tüm sorularda ortalama puanların daha yüksek olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak çalışmamız yaşla birlikte işlevsel sağlık durumu ve yaşam kalitesinin bozulduğunu ve bu da hastaların yönetiminde yaş faktörünün önemini ortaya koymaktadır. Kadın hastaların özellikle duygu durumu, sosyal faaliyet ve günlük aktivitede daha çok kısıtlandığı ve işlevsel sağlık durumlarının kötü olma eğilimi olduğu görüldü. Bu nedenden dolayı, bu hastaların işlevsel sağlık durumu ve yaşam kalitesi basit sorularla belirlenip, gerekli öneri ve tedbirlerin alınması onlara fayda sağlayabilir. İşlevsel sağlık ve yaşam kalitesi açısından bekâr veya evli olmanın dul veya boşanmış olanlara göre daha olumlu sonuçlar verdiği görülmüştür. Eşinden ayrılmaya bağlı yaşanan stres, fiziksel ve ruhsal anlamda kadını olumsuz yönde etkileyebilir ve işlevsel sağlık durumunu bozabilir. Bunun bilincinde olup bu tür hastalara yaklaşımda daha detaylı sorgulama yapma gereksinimi duyulmalı, hastayı anlamaya çalışılmalıdır.

Kronik hastalıklar bedensel sağlığı, duygu durumu, günlük aktiviteleri, sosyal faaliyetleri, sağlık durumunu, genel sağlık durumunu, yaşam kalitesini ve ağır gibi durumları olumsuz etkiler. Ayrıca beraber işlevsel sağlığını da bozmaktadır. Herhangi bir işlev de kayıp ya da sorun olduğundan diğerleri de buna bağlı olarak bozulmaktadır. Ağrısı olan hastalarda daha kötü duygu durumu, günlük aktivite ve sosyal faaliyet olduğu görülmüştür. Bunlar üzerindeki etkiler nedeniyle kronik hastalıkların tedavileri kadar yaşam kalitesi üzerindeki etkisi için daha çok çalışmalar yapılmalıdır. Uzun yaşamak kadar fonksiyonel sağlığın da öneminin büyük olduğu göz ardı edilmemesi gereken bir konudur ve bunun ön plana çıkarılması gerekmektedir. Tüm kronik hastalıkların belli bir oranda işlevsel sağlık durumunu etkilediği, bireylerin fiziksel veya ruhsal anlamda olumsuz sonuçlarıyla yaşam kalitesini düşürdüğünü, kendine yetememe olasılığını artırdığı bilinmektedir. Sosyal ve toplumsal olarak bir sorun oluşturabileceğini öngörüp buna göre bir strateji geliştirilmelidir. Aile Hekimliğine başvuran hastaların sosyo-demografik

özellikleri ve kronik hastalık bilgisi sayesinde hastaların işlevsel sağlık durumu hakkında daha detaylı bilgi sahibi olması, hekimin elini güçlendirecektir. Bu bilgi hekim için, hastasının fonksiyonel sağlık durumunu daha iyi bir düzeye nasıl getirebileceği konusunda yol gösterici olacaktır. Bireyin işlevsel sağlık durumu değerlendirilmesi sonucunda, yaşam kalitesi düşük hasta gruplarına yaşam tarzı değişikliği, fizik tedavi, duygusal destek, evde bakım, koruyucu ve tedavi edici uygulamayı yapmak hastanın hem yaşam kalitesini yükseltecektir hem de mortalite ve morbiditeyi azaltacaktır.

Anahtar Kelimeler: İşlevsel sağlık, COOP WONCA, kronik hastalık, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

AKIN C, Functional Health Status Assessment in Patients Applying to Family Medicine, University of Van Yüzüncü Yıl, Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Specialization Thesis, Van, 2021.

It is a cross-sectional survey study conducted in Van Yüzüncü Yıl University Dursun Odabas Medical Center in order to determine whether the functional health status of the patients applying to Family Medicine shows significant differences according to chronic diseases and socio-demographic characteristics. 303 patients who applied to Family Practice at Van YYÜ Dursun Odabas Medical Center Hospital were evaluated in the study.

The study was voluntary and 131 women and 169 men over the age of 18 and under 90 years of age were included.

The survey, prepared by the researchers by scanning the literature, consists of a socio-demographic information form consisting of seven questions and the COOP WONCA scale consisting of eight questions.

The questions are multiple choice and fill in the blanks. Chi-square test was used to determine the relationship between categorical variables. In the calculations, the statistical significance level was taken as ($p < 0.05$) and the SPSS (data: 13) statistics package program was used for calculations.

The ages of the Participating individuals ranged from 18 to 89 and the average age was 45.31. The standard age-related deviation was 16.53. 45.2% ($n = 137$) of the participant individuals are male and 54.8% ($n = 166$) are female. While 53.5% ($n=162$) of participating individuals have chronic diseases, 46.5% ($n=141$) do not have a chronic diseases.

In our study, it was observed that the average COOP WONCA score of the patients increased with increasing age.

Higher average COOP WONCA scores indicate worse functional health. It was found that the older the patients, the worse their functional health status.

In all questions, a statistically significant result was found between age and functional health ($p < 0.01$).

In our study, it was observed that gender, which is one of the socio-demographic characteristics, was effective on functional health status, and women obtained statistically significantly higher mean COOP WONCA scores in subtitles of mood (W2), social activity (W3) and daily activity (W4) compared to men.

In our study, there was no statistically significant relationship between functional health and educational status.

However, COOP WONCA score values increased in parallel with the decrease in education level.

In our study, there was no statistically significant relationship between the living environment of individuals with functional health status.

In our study, it was found statistically significant that married or single individuals had better functional health than widowed or divorced.

However, due to the insufficient number of widowed and divorced people, such a result may be misleading. It was observed that the average COOP WONCA scores and the average scores in all questions were higher in people with chronic diseases than healthy individuals.

In conclusion, our study reveals that functional health status and quality of life deteriorate with age, and this reveals the importance of age factor in the management of patients. It was observed that female patients were more restricted in mood, social activities and daily activities, and their functional health tended to be worse. For this reason, determining the functional health status and quality of life of these patients with simple questions and taking necessary suggestions and precautions may benefit them. In terms of functional health and quality of life, it has been observed that being single or married gives more positive results compared to those who are widowed or divorced. The stress associated with separation from the partner negatively affects the woman physically and mentally and may impair her functional health condition. Awareness of this and the need to make more detailed questioning in the approach to such patients should be tried to understand the patient.

Chronic diseases negatively affect physical health, mood, daily activities, social activities, health status, general health status, quality of life and pain. It also impairs functional health together. Since any function is also missing or a problem, others also deteriorate accordingly. Patients with pain were also found to have worse mood, daily activity and social activity. Due to the effects on these, more studies should be done for the effect on quality of life as well as the treatments of chronic diseases. It is an issue that should not be ignored that functional health is as important as living long and this should be brought

to the forefront. It is known that all chronic diseases affect the functional health status to a certain extent, reduce the quality of life of individuals with negative physical or mental consequences, and increase the possibility of self-sufficiency. A strategy should be developed accordingly, foreseeing that it may create a social and social problem.

Having more detailed information about the functional health status of the patients who apply to family medicine thanks to their socio-demographic characteristics and chronic disease information will strengthen the physician's hand. This information will guide the physician on how to improve his patient's functional health status. As a result of the evaluation of the functional health status of the individual, lifestyle change, physical therapy, emotional support, home care, preventive and therapeutic application to low-quality patient groups will increase the patient's quality of life and reduce mortality and morbidity.

Keywords: Functional health, COOP WONCA, chronic disease, quality of life.

İÇİNDEKİLER

ÖN SÖZ	II
ÖZET	III
ABSTRACT.....	V
İÇİNDEKİLER.....	VII
ŞEKİLLER LİSTESİ	IX
TABLolar LİSTESİ	X
KISALTMALAR	XI
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Amaç	2
1.2. Hedef.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Fonksiyonel (İşlevsel) Sağlık Durumu Değerlendirmesi.....	3
2.1.1. Fonksiyonel (işlevsel) sağlık durumu değerlendirme tanımları ve önemi	3
2.1.2. Fonksiyonel (işlevsel) sağlık durumu değerlendirmesinde kullanılan ölçekler	5
2.1.2.1. COOP-WONCA ölçekleri.....	6
2.2. Kronik Hastalıklar.....	10
2.2.1. Hipertansiyon.....	10
2.2.2. Koroner arter hastalığı	11
2.2.3. Diabetes mellitus.....	12
2.2.4. Astım.....	13
2.2.5. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH)	13
2.2.6. Romatizmal hastalıklar	14
2.3. Demografik Soru Formu	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	15
3.1. Araştırmanın Modeli	15
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	15
3.3. Araştırmanın Konusu ve Kapsamı	15
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem	16
3.5. Araştırmanın Tekniği.....	16
3.5.1. Çalışma formunun materyalleri	17

3.6. Araştırmanın Etik Yönü ve Onamı	17
3.7. Verilerin Analizi	17
4. BULGULAR.....	18
5. TARTIŞMA.....	35
5.1. Çalışmamızın Sosyo-demografik Özelliklerinin Literatürde Yapılan Çalışmalara Göre Tartışılması.....	35
5.1.1. Bireylerin yaş ile işlevsel sağlık durumu arasındaki ilişkinin literatürde yapılan çalışmalara göre tartışılması.....	35
5.1.2. Bireylerin cinsiyeti ile işlevsel sağlık durumu arasındaki ilişkinin literatürde yapılan çalışmalara göre tartışılması.....	36
5.1.3. Bireylerin yaşadığı yer ile işlevsel sağlık durumu arasındaki ilişkinin literatürde yapılan çalışmalara göre tartışılması.....	37
5.1.4. Bireylerin eğitim durumu ile işlevsel sağlık durumu arasındaki ilişkinin literatürde yapılan çalışmalara göre tartışılması.....	37
5.1.5. Bireylerin yaşadığı ortam ile işlevsel sağlık durumu arasındaki ilişkinin literatürde yapılan çalışmalara göre tartışılması.....	38
5.1.6. Bireylerin medeni durumu ile işlevsel sağlık durumu arasındaki ilişkinin literatürde yapılan çalışmalara göre tartışılması.....	38
5.2. Çalışmaya Dâhil Edilen Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Fonksiyonel (İşlevsel) Sağlık Durumunun Literatürde Yapılan Çalışmalara Göre Tartışılması	40
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	44
KAYNAKLAR	46
ÖZ GEÇMİŞ	53
EKLER	54
Ek 1. Sosyodemografik Bilgi Formu	54
Ek 2. COOP –WONCA Ölçeği Anketi.....	55
Ek 3. Etik Kurul Raporu	56

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.	Bireylerin cinsiyeti ile işlevsel sağlık durumu arasındaki ilişkinin incelendiği ortalama COOP WONCA puanlarını gösteren grafik (N=303)	21
Şekil 2.	Bireylerin yaşadığı yer ile işlevsel sağlık durumu arasındaki ilişkinin incelendiği ortalama COOP WONCA puanlarını gösteren grafik (N=303)	22
Şekil 3.	Bireylerin eğitim durumu ile işlevsel sağlık durumu arasındaki ilişkinin incelendiği ortalama COOP WONCA puanlarını gösteren grafik (N=303).....	23
Şekil 4.	Bireylerin yaşam ortamı ile işlevsel sağlık durumu arasındaki ilişkinin incelendiği ortalama COOP WONCA puanlarını gösteren grafik (N=303).....	24
Şekil 5.	Bireylerin medeni durumu ile işlevsel sağlık durumu arasındaki ilişkinin incelendiği ortalama COOP WONCA puanlarını gösteren grafik (N=303).....	24
Şekil 6.	Kronik hastalığı olan bireyler ile sağlıklı olan bireyler arasındaki ilişkinin incelendiği ortalama COOP WONCA puanlarını gösteren grafik (N=303).....	30
Şekil 7.	Koroner arter hastalığı veya hipertansiyonu olan bireyler ile bu hastalıkları olmayan bireyler arasındaki ilişkinin incelendiği ortalama COOP WONCA puanlarını gösteren grafik (N=303)	31
Şekil 8.	Diabetes mellitus olan bireyler ile bu hastalığı olmayan bireyler arasındaki ilişkinin incelendiği ortalama COOP WONCA puanlarını gösteren grafik (N=303)	31
Şekil 9.	Astım veya kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireyler ile bu hastalıkları olmayan bireyler arasındaki ilişkinin incelendiği ortalama COOP WONCA puanlarını gösteren grafik (N=303)	32
Şekil 10.	Romatizmal hastalığı olan bireyler ile bu hastalığı olmayan bireyler arasındaki ilişkinin incelendiği ortalama COOP WONCA puanlarını gösteren grafik (N=303)	33
Şekil 11.	Diğer kronik hastalığı olan bireyler ile bu hastalığı olmayan bireyler arasındaki ilişkinin incelendiği ortalama COOP WONCA puanlarını gösteren grafik (N=303)	34

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1.	Fonksiyonel sağlık durumu değerlendirmesi kullanılan ölçekler	5
Tablo 2.	COOP-WONCA 1 bedensel sağlık	7
Tablo 3.	COOP-WONCA 2 duygu durumu	7
Tablo 4.	COOP-WONCA 3 günlük aktiviteler	8
Tablo 5.	COOP-WONCA 4 sosyal faaliyetler	8
Tablo 6.	COOP-WONCA 5 sağlık durumunda değişiklik	8
Tablo 7.	COOP-WONCA 6 genel sağlık	9
Tablo 8.	COOP-WONCA 7 yaşam kalitesi	9
Tablo 9.	COOP-WONCA 8 ağrı	9
Tablo 10.	Çalışmamıza katılan kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin kategorik değişkenler bakımından tanımlayıcı istatistikleri (sosyo-demografik özellikler) (n=303)	18
Tablo 11.	Çalışmamıza katılan kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin kategorik değişkenler bakımından tanımlayıcı istatistikleri (COOP-WONCA ölçeği) (n=303)	20
Tablo 12.	Çalışmamıza katılan kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin işlevsel sağlık durumuna yaşın etkisi (n=303)	21
Tablo 13.	Çalışmaya dahil edilen kronik hastalığı olan bireyler ile sağlıklı bireylerin bedensel sağlık durumunun karşılaştırması (n=303)	25
Tablo 14.	Çalışmaya dâhil edilen kronik hastalığı olan bireyler ile sağlıklı bireylerin duygu durumunun karşılaştırması (n=303)	25
Tablo 15.	Çalışmaya dahil edilen kronik hastalığı olan bireyler ile sağlıklı bireylerin günlük aktivite karşılaştırması (n=303)	26
Tablo 16.	Çalışmaya dahil edilen kronik hastalığı olan bireyler ile sağlıklı bireylerin sosyal faaliyetler karşılaştırması (n=303)	26
Tablo 17.	Çalışmaya dahil edilen kronik hastalığı olan bireylerin Sağlık Durumunda değişiklik ile sağlıklı bireylerin sağlık durumunda değişiklik karşılaştırması (n=303)	27
Tablo 18.	Çalışmaya dahil edilen kronik hastalığı olan bireyler ile sağlıklı bireylerin genel sağlık durumunun karşılaştırması (n=303)	28
Tablo 19.	Çalışmaya dahil edilen kronik hastalığı olan bireyler ile sağlıklı bireylerin yaşam kalitesi durumunun karşılaştırması (n=303)	28
Tablo 20.	Çalışmaya dâhil edilen kronik hastalığı olan bireyler ile sağlıklı bireylerin ağrı durumunun karşılaştırması (n=303)	29

KISALTMALAR

WONCA	: Dünya aile hekimler birliği
DM	: Diabetes mellitus
DSÖ	: Dünya sağlık örgütü
YYÜ	: Yüzüncü Yıl Üniversitesi
KOAH	: Kronik obstriktif akciğer hastalığı
KAH	: Koroner arter hastalığı
COOP	: Birinci basamak kooperatif bilgilendirme projesi

1. GİRİŞ

İşlevsel sağlık durumu; bireylerin fiziksel ve ruhsal durumunu değerlendiren. Bireylerin daha iyi bir sağlık durumuna kavuşmasını amaç edinmiştir. İşlevsel sağlık durumu; bireyin işi, ailesi ve günlük aktivitelere uyum yeteneğidir (1).

Aile hekimi kendisine başvuran hastalarının fiziksel hareket kabiliyetini ve ruhsal duygu halini korumayı kendisine görev edinmiştir. Hastalarının işlevsel sağlık durumunun olumsuz yönde etkilenmesini önlemeye çalışır. Hastalarının ağrı hissetmeden, engellenmeden yapması gereken ve yapmak istediği faaliyetleri yapma yeteneğini optimize etmeye yardımcı olur. Hekimin değerlendirdiği fonksiyonel sağlığın amacı; hastaların hayatını gerçekleştirme kapasitesini artırmak, mekanik refahı sağlamak, duygu durumunu iyileştirmek ve ruhsal iyilik halini geliştirmektir (2-4).

İşlevsel sağlık durumu kronik hastalıklardan olumsuz yönde etkilenir. Hastalığı olan bireylerde, sağlık ile ilgili yaşam kalitesi son zamanlarda yaşamın önemli bir ögesi durumuna gelmiştir (5).

Aile hekimi kronik hastalığı olan kişilerde yaşam kalitesini artırarak hastaların kısıtlanan sağlık durumunu iyileştirebilir. Bireylerin kişisel özellikleri, yaşadığı toplumun özellikleri, ailesel faktörler, sosyal çevre de kronik hastalığın etkisinde önemli yer tutar. Aile hekimi işlevsel sağlık durumunu en güvenli ve pratik olarak ölçen ölçekleri kullanarak hastanın yaşam kalitesini ölçmelidir (3).

Kronik Hastalığı olan kişilerin işlevsel sağlık durumu kötü yönde etkilendiği için aile hekimi kendisine başvuran hastalarının kapsamlı bir yaklaşımla hızlıca sağlık durumunu ölçmesi gerekir. Bireyin günlük yaşantısının hastalıktan ne derece etkilendiği tespit ettikten sonra kişiye özgü bir yaklaşımla sorunları gidermeye çalışmalıdır. Kronik hastalıkları olan ve sürekli ilaç kullanan hastalar gibi yüksek risk grupları öncelikli değerlendirmeye alınarak daha detaylı öykü alınmalıdır. İyi bir yaklaşımla kişilerin tedavi ve takiplerini planlayarak işlevsel sağlık durumlarını iyileştirilebilir (6).

1.1. Amaç

İşlevsel sağlık durumunu değerlendirmek günümüz tıbbında özellikle aile hekimliğinde önemli bir yaklaşımdır. İşlevsel sağlık durumunu ölçmek için ölçeklere ihtiyacımız vardır. COOP WONCA ölçeği Dünya Aile Hekimler Birliği tarafından geliştirilmiş ve aile hekimleri tarafından hasta takibinde güvenle kullanılmaktadır. Bu ölçek hastalıkların yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin ölçülebilir sonuçlar ile değerlendirilmesini sağlamaktadır. Bu veriler ve sonuçlar; kronik hastalığa bağlı bozulan yaşam kalitesi ve hareket kabiliyetini önceden tespit edip, önlemle bunların en aza indirilmesi konusunda önemli bir yol gösterici olacaktır. Bu çalışmada sosyo-demografik faktörlerin ve kronik hastalıkların fonksiyonel (işlevsel) sağlık durumu ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.2. Hedef

Fonksiyonel (işlevsel) sağlığa sosyo-demografik özelliklerin ve kronik hastalıkların etkisi araştırılacaktır. Kronik hastalığa ve sosyo-demografik özelliklere bağlı bozulan yaşam kalitesi ve hareket kabiliyeti önceden tespit edilip, önlemle bunları en aza indirme konusunda önemli bir yol gösterici olması hedeflenmiştir. Bu çalışma sayesinde konuyla alakalı varsa eksikliklerin görülüp bu konuda yapılacak çalışmalara katkı sağlayacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Fonksiyonel (İşlevsel) Sağlık Durumu Değerlendirmesi

2.1.1. Fonksiyonel (işlevsel) sağlık durumu değerlendirmesi tanımı ve önemi

İşlevsel sağlık durumu; bireylerin fiziksel ve ruhsal durumunu değerlendiren bireyin işi, ailesi ve günlük aktivitelere uyum yeteneğidir (7, 8).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı ve engelliliği birey ve toplum düzeyinde ölçebilmek amacıyla işlevsellik, engellilik ve sağlık kavramlarının sınırlarını çizen sınıflama yapmıştır. Uluslararası fonksiyon, özürlülük ve sağlık sınıflaması; engelliliği sadece bir kısım insanın sorunu olmaktan çıkarıp insanlık sorunu olarak tanımlamakta, hastalığın nedenlerinden çok yaşama etkisine odaklanmakta ve ölçülebilir olmasını sağlamaktadır (9).

Sağlık ve sağlıklılık hali bütünüyle soyut bir kavramdır ve ölçülmesi zordur. Oysa sağlığın önemli bir bileşeni olan işlevsellik, ölçülebilir bir sağlık kavramıdır. Yaşam kalitesini sağlıklılık hali, bunu da işlevsel durum belirler (8, 10).

Fonksiyonel sağlık; kasların, kemiklerin, eklemlerin, sinirlerin ve fiziksel hareket kabiliyetinden sorumlu olan diğer her şeyle ilgilidir. Mekanik refahımızdır. Ancak işlevsel sağlık; ağrı veya yaralanma ile engellenmeden yapmanız gereken ve yapmak istediğiniz faaliyetleri yapma yeteneğinizi optimize etmektir. Fonksiyonel sağlığın amacı hayatınızı gerçekleştirme kapasitenizi artırmaktır (8, 11).

Kronik hastalıklar kişilerin işlevsek durumunu etkilediğinden aile hekimi ilk başvuru esnasında detaylı öykü ve fizik muayene ile bunu tespit etmesi gerekir. Bütüncül bu yaklaşım kronik hastalığın günlük aktiviteye etkisini belirlenebilir (12).

Birinci basamak hekimi, bütüncül yaklaşımla yüksek riskli hastaları tespit edebilir. Özellikle kronik hastalığı olan ve sürekli ilaç kullanan yaşlılarda işlevsek durumu bozan faktörlerle mücadele ederek hastaların işlevsel sağlık durumunu iyileştirebilir. Etkin tanı ve tedavilerle onları destekleyebilir. Ruhsal bozukluk yaşayan hastalarını ilgili bölümlere ve destek gruplarına yönlendirebilir (8, 12).

Son yıllarda sağlık hizmetlerinde yapılan önemli değişikliklerden biri, sağlık durumu ve sonucunun değerlendirilmesine yönelik gelişmeler olmuştur. Bir sağlık sorununun teşhisi artık sağlık hizmetlerinin tek amacı değildir. Bir hastanın yaşam kalitesi ve tıbbi müdahalelerin algılanan sonucu da odak noktası haline gelmiştir (13).

Kronik hastalıkların teşhisi kişinin yaşam kalitesini değerlendirmek için yeterli olmaz. Yapılan testte kronik bir hastalığı teşhis edebiliriz ancak kişinin işlevsel kapasitesini tespit etmek için daha farklı yöntemler gerekli olup, yaşam kalitesi ve hastalık bir bütün olarak ele alınmalıdır (13).

Tıptaki gelişmeler sayesinde kronik hastalığı olan kişilerin ömrü uzamıştır. Kronik hastalık hemen öldürebilir ama daha fazla sağlık hizmeti ihtiyacı oluşturur ve yaşam kalitesini tehdit eder (1, 14).

Modern sağlık hizmetinin nihai hedefi kronik hastaların sadece ölümünü geciktirmek değil, aynı zamanda sağlığı ve yaşam kalitesini yükseltmektir. Sağlıkta yaşam kalitesi önemli bir ölçüt haline gelmiştir. Kronik hastalıklarda hasta bakımı, sosyal ve psikolojik destek yaşam kalitesine olan olumlu etkileri nedeniyle önem kazanmıştır (15-17).

Nüfusun yaşlanmasına bağlı olarak yaşam kalitesini olumsuz etkileyen kronik hastalıklar artmıştır. Aile hekimliğinde kronik hastalıkların etkisi hakkında bilgi sahibi olmak ve yaşam kalitesi ile ilgili hastalıkları tanımak sağlık hizmetlerini daha hasta merkezli hale getirebilir (18).

Kronik hastalıklar bireyleri farklı şekilde etkiler ve yaşam kalitesi yönü diğerlerinden daha fazla etkilenebilir. Sağlık çalışanlarının hastaların ihtiyaçlarını belirlemeleri ve hizmetlerini daha iyi yapmaları için onlara karşı daha sabırlı olmaları gerekmektedir (18).

Kronik hastalıkların yaşam kalitesi üzerindeki etkisini en aza indirmek için işlevsel sağlık durumu ölçülmüştür. Birçok çalışmada, sayısal puanlar yerine işlevsellik veya sağlık durumu kullanılmıştır (19-21). Yine başka çalışmalarda komorbiditenin yaygın şekilde hastaların yaşam kalitesini etkilediği görülmüş ve bu sonuçların klinik

olarak yorumlanmasının, birinci basamakta hastalarının hastalık riskini tahmin etmek için kullanılabileceği düşünülmüştür (8, 22).

2.1.2. Fonksiyonel (işlevsel) sağlık durumu değerlendirmesinde kullanılan ölçekler

İşlevsel sağlık durumunu ölçen çeşitli ölçekler vardır (8, 12). Kullanılan ölçeklerle hastaların yaşam kalitesine etki eden faktörler tespit edilmeye çalışılır.

Yapılan çalışmalarda farklı kültürlere sahip insanlarda bazı sorularda anlamlı farklılık olsa da genel anlamda ölçeklerin güvenilirlik düzeyleri yüksek çıkmıştır. Dünya genelinde işlevsel durumu ölçen birçok ölçek geliştirilmiştir (12).

Tablo 1. Fonksiyonel Sağlık Durumu değerlendirmesi kullanılan ölçekler (8).

	COOP/WONCA	DUKE	SF-36	NHP	SIP
Yapı					
Fiziksel					
Hareketlilik	+	+	+	+	+
Öz bakım	+	-	+	+	+
Mental					
Duygusal durum	+	+	+	+	+
Öz değerlilik	-	+	+	-	+
Biliş	-	+	-	-	+
Sosyal durum	+	+	+	+	+
Günlük etkinlikler/ev hayatı	+	-	-	-	+
Genel sağlık	+	+	+	-	-
Sağlıkta değişim	+	-	-	-	-
Engellilik/rolde zayıflama	+	+	+	-	+
Ağrı	+	+	+	+	-
Özellikler					
İtem sayısı	6-8	17	36	38-45	136
Zaman (dakika)	1-3	5	10	10	30
Hatırlanma süresi	Son 2 hafta	Son hafta	Son 4 hafta	Anlık	Günlük
Kabul edilebilirlik	+	+	+	+	+
Geçerlik	+	+	+	+	++
Güvenirlilik	+	+	+	+	+
Değişime duyarlılık	+				+

Sağlıktaki değişimin gözlenmesi, değişimdeki duyarlılık konusunda COOP WONCA ölçeğinin diğer ölçeklerden avantajlı olduğu görülmüştür. Zaman konusunda en kısa zamanda uygulanan en verimli ölçek olması tüm hasta gruplarına uygulanabilir olması da yaygın kullanımını sağlamıştır. Öz değerlilik ve bilişsel fonksiyonları değerlendirmedeki yetersizlik COOP WONCA ölçeğinin dezavantajlarıdır (7).

COOP / WONCA çizelgelerinin farklı milletlerde güvenilir ve geçerli olduğu gösterilmiştir. Test-tekrar test, solunum semptomları ile karşılaştırma yapıldığında ve hastalardan elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde COOP WONCA ile SF-36 ölçeklerinin korele olduğu görülmüştür (23).

Aynı hastalık grubunda yapılan çalışmalarda hastanın genel sağlık, duygusal durum, ağrı ve engellilik gibi işlevsel durumu belirleyen kısımlarda COOP WONCA, SF-36 ile DUKE ölçeklerinde benzer sonuçlar elde edilmiştir (8).

Başka bir çalışmada grup düzeyinde doktor-hasta uyumu, ağrı hariç tüm alanlar için yüksekti. Bireysel düzeyde anlaşma zayıftı. COOP WONCA ölçeğinin SF-36 ile karşılaştırmalara dayanan yapı geçerliliği kanıtı güçlüydü. Gruplama değişkenleri olarak performans durumu, eş tanı ve cinsiyet kullanılarak bilinen grupların geçerliliği gözlemlendi, ancak bu grupta hastalık evresi veya tedavi durumu kullanılmamıştır (24).

Her yönüyle ideal bir ölçek yoktur. İyi bir ölçeğin tercih edilmesi için ölçümün ve o ölçeğin; araştırmanın amacına, ölçüm yapılacak yere, ölçüm yapılacak toplum özelliklerine(yaş, sağlık durumu, kültür) göre seçilmesi gerekir (25).

2.1.2.1. COOP-WONCA ölçekleri

Dartmouth işlevsel sağlık değerlendirmesi ölçekleri(COOP-WONCA) genel tıp biliminde yaygın kullanılan işlevsel durum ölçeğidir (26).

Bedensel sağlık, duyu durumu, günlük aktiviteler, sosyal aktiviteler, genel sağlık, sağlıkta değişim, yaşam kalitesi ve ağrıyı içine alarak, işlevselliğin sekiz alanını değerlendirir. Erişkinde tüm hastalıklarda güvenle kullanılabilir. Son iki haftayı değerlendirmeyi hedefler (8).

Her hastalık grubunun COOP / WONCA skorları, hiçbir hastalığı olmayanların skorlarıyla karşılaştırılmış ve her hastalığın COOP / WONCA puanları üzerindeki bağımsız etkileri demografik değişkenler ve komorbidite kontrol edilerek değişkenler analiz edilmiştir (18).

COOP / WONCA çizelgeleri Dünya Aile Hekimleri Birliği yardımıyla aile hekimlerinden oluşan bir grup tarafından genel tıp biliminde ve uluslararası alanda kullanılmak üzere uyarlanmıştır (27, 28). Bu çizelgelerin kullanımı, uygulama için güçlü destek sağlar ve COOP / WONCA çizelgesi derecelendirmeleri grup düzeyinde kullanım için uygundur (26).

Tablo 2. COOP-WONCA 1 bedensel sağlık

COOP-WONCA 1 BEDENSEL SAĞLIK		
Son iki hafta boyunca.... En az 2 dakika süre ile yapabildiğiniz en ağır bedensel faaliyet neydi?		
Çok ağır; örneğin koşmak hızlı tempoda		1
Ağır; örneğin koşmak yavaş tempoda		2
Orta; yürümek, hızlı tempoda		3
Hafif; yürümek, yavaş tempoda		4
Çok hafif; örneğin yürümek yavaş tempoda ya da yürüyememek		5

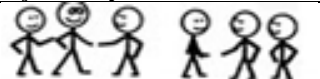
Tablo 3. COOP-WONCA 2 duygu durumu

COOP-WONCA 2 DUYGU DURUMU		
Son iki hafta boyunca... Endişe, depresyon, sinirlilik veya moral bozukluğu ve üzüntü gibi duygusal sorunlar nedeni ne kadar rahatsız oldunuz?		
Hiç		1
Az		2
Orta		3
Bir hayli		4
Çok		5

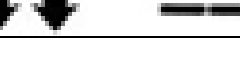
Tablo 4. COOP-WONCA 3 günlük aktiviteler

COOP-WONCA 3 GÜNLÜK AKTİVİTELER		
Son iki hafta boyunca... Bedensel ve ruhsal sağlık durumunuz nedeniyle, ev içi ve dışındaki olağan faaliyetlerinizi ya da sorumluluklarınızı yerine getirmekte ne kadar zorluk çektiniz?		
Hiç zorluk çekmedim		1
Çok az zorluk çektim		2
Biraz zorluk çektim		3
Çok zorluk çektim		4
Hiç yapamadım		5

Tablo 5. COOP-WONCA 4 sosyal faaliyetler

COOP-WONCA 4 SOSYAL FAALİYETLER		
Son iki hafta boyunca... Fiziksel ve ruhsal sağlığınız, sizin ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ya da benzeri topluluklarla olan sosyal faaliyetlerinizi kısıtladı mı?		
Hiç		1
Az		2
Orta derece		3
Bir hayli		4
Fazlasıyla		5

Tablo 6. COOP-WONCA 5 sağlık durumunda değişiklik

COOP-WONCA 5 Sağlık durumunda değişiklik		
İki hafta öncesine kıyasla, şu andaki genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?		
Çok daha iyi		1
Biraz daha iyi		2
Neredeyse aynı		3
Biraz daha kötü		4
Çok daha kötü		5

Tablo 7. COOP-WONCA 6 genel sağlık

COOP-WONCA 6 Genel Sağlık		
Son iki hafta içindeki Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?		
Mükemmel		1
Çok iyi		2
İyi		3
Orta		4
Zayıf(kötü)		5

Tablo 8. COOP-WONCA 7 yaşam kalitesi

COOP-WONCA 7 YAŞAM KALİTESİ		
Sizce son 2 haftadır hayatınız nasıl gidiyor?		
	Çok iyi nerdeyse daha iyisi olmaz	1
	Oldukça iyi	2
	İyi-kötü yanları yaklaşık aynı	3
	Oldukça Kötü	4
	Çok kötü nerdeyse daha kötü olamaz	5

Tablo 9. COOP-WONCA 8 ağrı

COOP-WONCA 8 AĞRI		
Son iki hafta boyunca ... Genel olarak ne kadar bedensel ağrı çektiniz?		
Hiç ağrı çekmedim		1
Çok hafif ağrı çektim		2
Hafif ağrı çektim		3
Orta derece ağrı çektim		4
Şiddetli ağrı çektim		5

Ölçeğimiz 8 sorudan oluşmaktadır. Ölçekteki sorular en düşük 1 en yüksek 5 olarak puanlanır. Yüksek puanlar daha kötü işlevsel sağlığı gösterir. Hastaların kendilerinin formu doldurması önerilir. Soru sayısının az olması zaman konusunda avantaj sağlar. Çalışmayı yürüten hekimin takıldıkları sorularda hastalara yardımcı olması beklenir (29).

İşlevsel sağlık durumunu değerlendirmek için kullandığımız COOP WONCA ölçeğinde toplam puanlar yerine her bir sağlık ölçütü sorusunun kendi içinde ortalama puanı dikkate alınır. Aile hekimliğinde güvenle kullanılabilen bu ölçek sayesinde kısa bir süre zarfında hastanın işlevsel sağlık durumu belirlenmiş olur (30).

2.2. Kronik Hastalıklar

Birçok ölümün nedeni olan kronik hastalıklar bunun yanında hastalarda fonksiyonel kısıtlılığa ve yatağa ya da ilaca bağımlı olmaya neden olmaktadır. Hastalara maddi ve manevi zararlar vermektedir (31). Fonksiyonel kısıtlılık ve sağlık durumunun kötüye gitmesi tedaviyi ret etmeye ve ruhsal bozukluklara neden olur. Hastaların genel iyilik halinin bozulmasına, daha düşük işlevsel sağlık durumu ve yaşam kalitesine neden olur (32, 33).

2.2.1. Hipertansiyon

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımına göre hipertansiyon; herhangi bir antihipertansif ilaç kullanımının olmamasıyla birlikte sistolik kan basıncının 140 mm/hg, diyastolik kan basıncının 90 mm/hg üzerinde olmasıdır (34).

Hipertansiyon uygun şekilde kontrol altında tutulmazsa, ilerleyen dönemlerde kalp krizi, felçler, kronik böbrek hastalıkları, görme kaybı gibi birçok hayati öneme sahip komplikasyonlar gelişebilir (35). Komplikasyonların oluşumu sonucu, hayat kalitesinde azalma ve sonucunda komorbid rahatsızlıklar ortaya çıkar (36).

Hipertansiyonu olan bireylerde genel popülasyona kıyasla daha düşük fiziksel kapasitenin olduğu gösterilmiştir (37). Hipertansiyon düşük bedensel aktivite ile ilişkili bulunmuştur (38, 39). Hipertansiyonu olan bireylerde hipertansiyonu olmayan bireylere göre daha düşük sosyal işlevsellik ve kötü ruh hali olduğu görülmüştür (39, 40). Hipertansiyon ayrıca baş ağrısı, baş dönmesi, depresyon, anksiyete ve yorgunluk gibi semptomlarla ilişkilendirilmiştir (41-43).

Hipertansiyonu olan hastalarda ruh sağlığını ölçen canlılık ve sosyal işlevsellik ölçeklerinde düşük puanların anlamlı düzeyde olduğu görülmüştür. Bu sonuçlarda

ilaçların yan etkilerinin (yorgunluk, ruh halindeki değişiklikler ve uyku bozuklukları gibi) de katkısının olduğu düşünülebilir (44-47). Bazı çalışmalarda, hipertansiyonu olanlarda sağlıkla ilişkili düşük yaşam kalitesinin, kendi başına hipertansiyondan değil, hastalığın sonraki komplikasyonlarından kaynaklandığı ileri sürülmüştür (19, 48, 49).

Hipertansiyon düşük genel sağlık algısı ile ilişkilidir (38, 50). Hipertansiyonun hem fiziksel işlevsellikte (yani fiziksel aktiviteleri gerçekleştirmedeki sınırlamalar) hem de fiziksel işlevde (yani fiziksel sağlığın bir sonucu olarak iş veya diğer günlük aktivitelerle ilgili sorunlar) düşük puanlarla ilişkili olduğu bulunmuştur (51).

Hipertansiyonu olanlar, savunmasız bir nüfusu temsil eder. Düşük yaşam kalitesinin sonraki kardiyovasküler olaylar veya komplikasyonlar için bir risk faktörü olabileceği göz önüne alındığında daha yüksek mortalite oranına neden olabilir (43, 52, 53).

2.2.2. Koroner arter hastalığı

Koroner arter hastalığı (KAH), koroner kan akımının azalmasına neden olan koroner arterlerdeki anatomik ve fizyopatolojik lezyonların sonucunda anjina pectoristen ani ölüme kadar değişen çeşitli semptom ve bulgularla ortaya çıkan bir hastalıktır. En sık sebebi aterosklerozdur (54).

Koroner kalp hastalığı (KKH), dünyada yaygın şekilde görülen ve kırk yaş ve üstü ölümlerin başlıca nedenlerinden biridir (55). Tüm dünyada mortalite ve morbiditenin en önemli nedeni olup Avrupa'daki ölümlerin dört milyondan fazlasının sebebi olduğu düşünülmektedir (56). KAH prevalansı giderek artmaktadır. 1998 yılı itibari ile Dünya Sağlık Örgütü dünyadaki yıllık ölümlerin %13,7'sine KAH'ın neden olduğunu bildirmiştir. KAH, bireyin hayat kalitesini ve süresini etkilemesinin yanında topluma maliyeti açısından da önemli bir durumdur (57).

KAH'da depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğunun tıkalı damar sayısı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Ön inen arter (LAD) darlığı olmasının ve darlığın şiddetinin anksiyete ve depresyon oluşmasında etkili olduğu belirtilmiştir (58). Miyokart enfarktüsü (Mİ) geçirmiş hastalarda yakın dönemde yapılmış bir çalışmada,

hastaların %100'ünde ciddi anksiyete ve %34'ünde ciddi depresyon olduğu saptanmıştır (59).

KAH, kişilerin fiziksel, ruhsal ve dış çevre ile olan ilişkilerini çok yönlü olarak etkileyerek, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde değiştirmektedir. KAH, kişilerin fiziksel, emosyonel ve sosyal fonksiyonlarını etkileyerek, yaşamdan zevk almasını engellemekte ve yaşam kalitesini azaltmaktadır (60).

2.2.3. Diabetes mellitus

Diabetes mellitus (DM), vücudun insülin eksikliği veya etkisindeki defektler nedeniyle karbonhidrat, yağ, proteinden faydalanamadığı ve uzun vadede organ yetmezliklerine kadar gidebilen kronik bir hastalıktır (61). Diabetes mellitus kronik hastalıklar içinde mortalite ve morbiditeye neden olan önemli bir hastalıktır.

DM yüksek kalorili diyetlerin aşırı tüketimi nedeniyle gelişen obeziteyle birlikte daha yaygın hale gelmiştir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yüksek kilolu bireylerin sıklığı giderek artmaktadır. DM kronik hastalıklar içinde en yaygın görülenler listesinin üst sıralarında yer alıp önemli bir toplumsal sorun haline gelmiştir (62).

KontROLSÜZ DM, diğer organlarda oluşturduğu hasarlara bağlı olarak ölümleri artırmakla birlikte işlevsel sağlık durumunu da bozmaktadır. Bireylerin hem maddi hem de manevi kayıplarına neden olan bu hastalık, ülkemizde toplumsal bir sorun halini almış ve hastanelerin yükünü de artırmıştır (63-65).

DM'si olan kişilerin işlevsel sağlık durumunun sağlıklı bireylere göre daha düşük olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Bu hastalığın fiziksel ve ruhsal sağlık üzerindeki olumsuz etkisi dünya üzerindeki birçok çalışmanın konusu olmuş ve hepsinde ortak sonuç olarak bu ilişkinin önemli olduğu gösterilmiştir (31).

İşlevsel sağlık durumu ve yaşam kalitesinin DM'nin seyrini gösterdiği tespit edilmiştir. Bu yüzden işlevsel sağlık durumunu bu hastalarda belirlemek, hastalığın seyrini olumlu yöne çevirmek için önemlidir (65).

2.2.4. Astım

Akciğerin hava yollarında inflamasyonuyla seyreden bir hastalıktır. En önemli semptomu ataklar şeklinde nefes darlığı olmakla birlikte öksürük, hışıltı ve göğüste sıkışma da yaygın görülen semptomlarındandır. Şikâyetlerin ataklar şeklinde gecenin ilerleyen saatlerinde ya da sabaha karşı olması önemli özelliğidir. Astım, günlük yaşam aktivitelerini önemli ölçüde engelleyen kronik ve sürekli artış gösteren yaygın bir hastalıktır (66).

Yaşam kalitelerinin etkilenmesinde temel nedenlerden birisi hastaların sürekli ilaç kullanımı ve takiplerin yapılması gerekliliğidir. Bunun dışında iş gücü kaybı, uykunun etkilenmesi, hastaneye yatış ve acil başvurular, hastalığın ve tedavinin hasta ve ailesine ekonomik ve sosyal etkileri olur. Tedavinin uzun sürmesi, tedavi maliyeti, ilaç yan etkileri, hastalıktan dolayı kendini sürekli kötü hissetme, hastalıklı görünmek istememe tutumu gibi durumlar astım hastalarının yaşam kaliteleri üzerinde olumsuz etkiler yapar (67, 68).

2.2.5. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH)

KOAH; akciğer hava yollarında ilerleyici obstrüksiyonla seyreden bir hastalıktır. En önemli tedavisi oksijen ve bronşları açan ilaçlardır. Bu ilaçlarla işlevsel sağlık durumu iyileştirilse de ilerleyen yıllarla birlikte daha sık sağlık merkezlerine başvuru olup hastanın günlük yaşamı üzerinde olumsuz sonuçlar ortaya çıkarmaktadır. Ataklar daha çok araya enfeksiyonların girdiği kış aylarında olmaktadır (69).

KOAH'ı olan bireyler günlük aktivitelerini yerine getirme konusunda birçok sorunla karşılaşır. Günlük hareket kabiliyetleri azalır. Günlük aktivitenin aksamasına bağlı hastalarda ruhsal anlam da çöküntü durumu ve moral bozukluğu görülür. İşlevsel sağlık durumun ölçülmesi ile bu sorunların erkenden tespit edilmesi, devamında yakın takip ve tedaviyle en aza indirilmesi büyük önem kazanmıştır (70).

2.2.6. Romatizmal hastalıklar

Ağrının genel olarak ön planda olduğu kronik bir hastalık grubudur. Hastalığın seyrini durdurmak mümkün olmamakla birlikte çeşitli tedavilerle yavaşlatılabilir. İşlevsel sağlık durumu üzerinde negatif etkileri olan bu hastalıklar bireylerin günlük yaşamlarını olumsuz etkilemektedir (71). Hastaların sürekli hastaneye başvurmaları ve düzenli çok fazla yan etkisi olan ağır ilaçları kullanmak zorunda olmaları işlevsel sağlığı ciddi anlamda etkilemektedir. Ağrıya bağlı hem fiziksel hem ruhsal problemler daha sık görülür (72).

Yakın zamandaki birçok çalışmada, kapsayıcı bir yaklaşımla hastaları değerlendirmek, hastaların ihtiyaç duyduğu ilaçları zamanında vermek ve psikoterapi yöntemiyle desteklemek gerektiği görülmüştür (72). Bu hastalıkları olan bireylerin işlevsel sağlık durumunu ölçen birçok ölçekte doğru sonuçlar elde edilmektedir (73, 74).

2.3. Demografik Soru Formu

Çalışmaya katılan gönüllülerin sosyo-demografik özelliklerini değerlendirmek için kullanılan form olup, görüşmeci tarafından uygulanmıştır. Form 7 sorundan oluşmakta bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hali, yaşadığı yer, yaşadığı ortam ve kronik hastalıklardan oluşan anket formu boşluk doldurma ve çoktan seçmelidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmada Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi'nde Aile Hekimliğine Başvuran Hastalarda Fonksiyonel (işlevsel) Sağlık Durumu Değerlendirmesi başlıklı çalışmamız; bireylerin işlevsel sağlık durumunun kronik hastalıklar ve sosyo-demografik özelliklere göre anlamlı farklılıklar gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla planlanmış kesitsel bir anket çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma Van ilinde, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi'nde Aile Hekimliğine başvuran gönüllü 303 hasta dâhil edilerek Ocak 2021 ile Şubat 2021 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Konusu ve Kapsamı

İşlevsel durum, hastaların fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halinin göstergesidir. Gelişen tıbbi bilgiyle insan ömrü uzamıştır ancak kronik hastalık ve yaşlılığa bağlı hastaların işlevsel durumu daha çok bozulmuştur. İnsanları uzun yaşatmak kadar kişilerin yaşam kalitesini yükseltmek, hayata daha mutlu ve huzurlu bakabilmeleri sağlamak da amaç edinilmesi gereken bir konudur.

Birinci basamak hekimi hastalarını kapsayıcı bir yaklaşımla takip ederek, gerekli tedavileri zamanında uygulayarak ve hastalarıyla ortak hareket ederek hastalarının işlevsel durumunu iyileştirebilir. Günlük aktivitelerini artırarak yeni işlevsel kayıpların önüne geçebilir. Buradan yola çıkarak Aile Hekimliğine Başvuran Hastalarda Fonksiyonel (işlevsel) Sağlık Durumu Değerlendirmesi adlı çalışmamızda kişilerin kronik hastalık ve sosyo-demografik özelliklerine göre hangi kişilerin risk grubunda olduğunu belirleyip bu hastaların daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olması planlanmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Örneklem büyüklüğü seçilirken Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi'nde Biyoistatistik Anabilim Dalı ile iş birliği yapılmıştır. Araştırmanın evrenini temsil edecek örneklem sayısı; daha önceki çalışmalardan (Literatür) COOP / WONCA ölçeği ve alt ölçeklerine ait standart sapmanın (σ) 0,28 ile 1,32 arasında değiştiği gözlenmiştir. Buna göre; çalışmada örneklem genişliği belirlenirken, standart sapma 0,8 olarak kabul edilmiştir %5 I. Tip hata ($\alpha = 0,05$) ve %95 güven düzeyinde yaklaşık %80 güç değeri için etki büyüklüğü (d, effect size) 0,1 alındığında; yani araştırmacı, 0,1 birimlik farkın istatistik olarak anlamlı olmasını istediğinde; Örneklem genişliği: $n = Z^2 \times \sigma^2 / d^2$ eşitliği kullanılarak (Not: %5 hata için Z değeri 1.96'dır) $n = (1.96^2 \times 0,8^2 / 0,1^2 = 245,86 \cong 246$ olarak hesaplanmıştır. Yani araştırmacı en az 246 birey ile çalışmalıdır. Çalışmanın yürütülmesi sürecinde yaklaşık %5'lik kayıpların olabileceği de dikkate alınarak, çalışmanın 303 bireyle yürütülmesi planlanmıştır.

Çalışma grubunu, Van YYÜ Dursun Odabaş Tıp Merkezi Hastanesinde Aile hekimliğine başvuran 18 yaş üstü 90 yaş altı 131 bayan ve 169 erkek toplamda 303 hasta oluşturmaktadır. Çalışma gönüllük esasına dayanmakta olup çalışmaya 303 hasta dâhil edilmiştir.

3.5. Araştırmanın Tekniği

Benzer konular ile ilgili daha önce yapılmış olan çalışmalarda kullanılan anket ve ölçekler incelenerek toplamda onbeş soruluk yeni bir anket formu oluşturuldu. Anket araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan yedi sorudan oluşan sosyo-demografik bilgi formu ve fonksiyonel (işlevsel) sağlık durumu değerlendirmesini ölçen sekiz sorudan oluşan COOP WONCA ölçeğinden oluşmakta olup, çoktan seçmeli ve boşluk doldurma şeklindedir. Araştırmanın konusu ve kapsamı hakkında katılımcılara bilgi verildikten sonra hazırlanan çalışma formu yüz yüze soru cevap tekniğiyle 5-10 dakika süre zarfında uygulandı. Çalışma formu araştırmaya başlamadan önce 15 birey üzerinde ön çalışma olarak denendi, soruların anlaşılma durumu ve yanıtlar test edildi. Sorular üzerinde ön çalışmanın sonuçlarına göre gerekli düzenlemeler yapılarak esas çalışmaya başlandı. Çalışma anket formu 2 parça şeklinde Ek 1 ve Ek 2'de sunulmuştur.

3.5.1. Çalışma formunun materyalleri

Çalışma formu 2 bölümden oluşmaktadır.

1- Sosyodemografik bilgi formu

2- Fonksiyonel (işlevsel) sağlık durumunu değerlendiren COOP WONCA ölçeği

3.6. Araştırmanın Etik Yönü ve Onamı

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emin LAYIK sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarda başvuru bilgileri verilen “Aile Hekimliğine Başvuran Hastalarda Fonksiyonel (işlevsel) Sağlık Durumu Değerlendirmesi” isimli bilimsel araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın, gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. Araştırmacıların Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun Çalışma Esasları Hakkında Yönergesinde belirtilen hususları yerine getirdikleri belirlenmiş olup çalışmaları ile ilgili tüm sorumluluk araştırmacılara ait olmak üzere, söz konusu çalışmanın gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığına, toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu/oybirliği ile karar verilmiştir. Karar No: 2021/01-31 Tarih: 15/01/2021.

3.7. Verilerin Analizi

Üzerinde durulan özelliklerden tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemede Ki-kare testi yapılmıştır. Hesaplamalarda istatistik anlamlılık düzeyi %5 olarak alınmış ve hesaplamalar için SPSS (ver:13) istatistik paket programı kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Aile Hekimliğine Başvuran Hastalarda Fonksiyonel (işlevsel) Sağlık Durumu Değerlendirmesi adlı çalışmamızda, verilerin analizi sonucu edindiğimiz bulgular tablo ve grafiklerle gösterilmiştir.

Tablo 10. Çalışmamıza katılan kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin kategorik değişkenler bakımından tanımlayıcı istatistikleri (sosyo-demografik özellikler) (n=303)

		Sayı	%
Yaş	Standart sapma 16,53	Ortanca 45,31	
Cinsiyet	Erkek	137	45,2%
	Kadın	166	54,8%
Yaşadığınız Yer	Büyük şehir	283	93,7%
	Şehir	8	2,6%
	İlçe	4	1,3%
	Köy	7	2,3%
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	42	13,9%
	İlkokul mezunu	72	23,8%
	Ortaokul mezunu	57	18,8%
	Lise mezunu	59	19,5%
	Üniversite	73	24,1%
Yaşam Ortamı	Tek başına	79	26,1%
	Eşyle birlikte	104	34,3%
	Eşi ve çocuklarıyla	99	32,7%
	Anne Babasıyla	21	6,9%
Medeni Durum	Evli	220	72,6%
	Bekâr	53	17,5%
	Boşanmış	26	8,6%
	Eşi vefat etmiş	4	1,3%
Kronik Hastalık	Yok	141	46,5%
	Bir kronik hastalığı olan	108	35,6%
	İki kronik hastalığı olan	41	13,5%
	Üç kronik hastalığı olan	13	0,04%
Kah	Yok	218	71,9%
	Var	85	28,1%
dm	Yok	255	84,2%
	Var	48	15,8%
Astım-KOAH	Yok	267	88,1%
	Var	36	11,9%
Romatizmal hastalıklar	Yok	258	85,1%
	Var	45	14,9%
diğer	Yok	290	95,7%
	Var	13	4,3%

Toplam katılımcı bireylerin yaşları 18 ile 89 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 45,31'dir. Yaşa bağlı standart sapma 16,53'tü. Çalışmaya katılanların 137'si (%45,2) erkek, 166'sı (%54,8) kadındır.

Katılımcı bireylerden büyükşehirde yaşayanların sayısı 283 (%93,7) olup en yüksek grubu oluşturmaktadır. Şehirde yaşayanların sayısı 8 (%2,6), ilçede yaşayanların sayısı 4 (%1,3), köyde yaşayanların sayısı ise 7 idi (%2,3).

Katılımcı bireylerden okur –yazar olmayanların sayısı 42 (%13,9), ilkokul mezunu sayısı 72 (%23,8), ortaokul mezunu sayısı 57 (%18,8), lise mezunu sayısı 59 (%19,5), üniversite mezunu sayısı 73’tü (%24,1).

Katılımcı bireylerden yaşama ortamına göre tek başına yaşayanların sayısı 79 (%26,1), eşiyle birlikte yaşayanların sayısı 104 (%34,3), eşi ve çocuklarıyla yaşayanların sayısı 99 (%32,7), anne babasıyla yaşayanların sayısı 21’dir.

Katılımcı bireylerden medeni duruma göre evli sayısı 220(%72,6), bekâr olanların sayısı 53(%17,5), dul olanların sayısı 26 (%8,6), eşi vefat etmiş olanların sayısı 4’tür(%1,3).

Bir kronik hastalığı olan katılımcı sayımız 108(%35,6), iki kronik hastalığı olan katılımcı sayımız 41 (%13,5), üç kronik hastalığı olan katılımcı sayımız 13 (%0,04), kronik hastalığı olmayanların sayısı 141’dir (%46,5). Koroner arter hastalığı veya hipertansiyonu olan bireylerin sayısı 85 (%28,1), diabetes mellitus olan bireylerin sayısı 48 (%15,8), astım ve KOAH olan bireylerin sayısı 45 (%11,9), romatizmal hastalığı olan birey sayısı 45 (%14,9) ve bunlar dışındaki diğer kronik hastalığı olan birey sayısı 13’tür (%4,3).

Tablo 11. Çalışmamıza katılan kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin kategorik değişkenler bakımından tanımlayıcı istatistikleri (COOP WONCA ölçeği) (n=303)

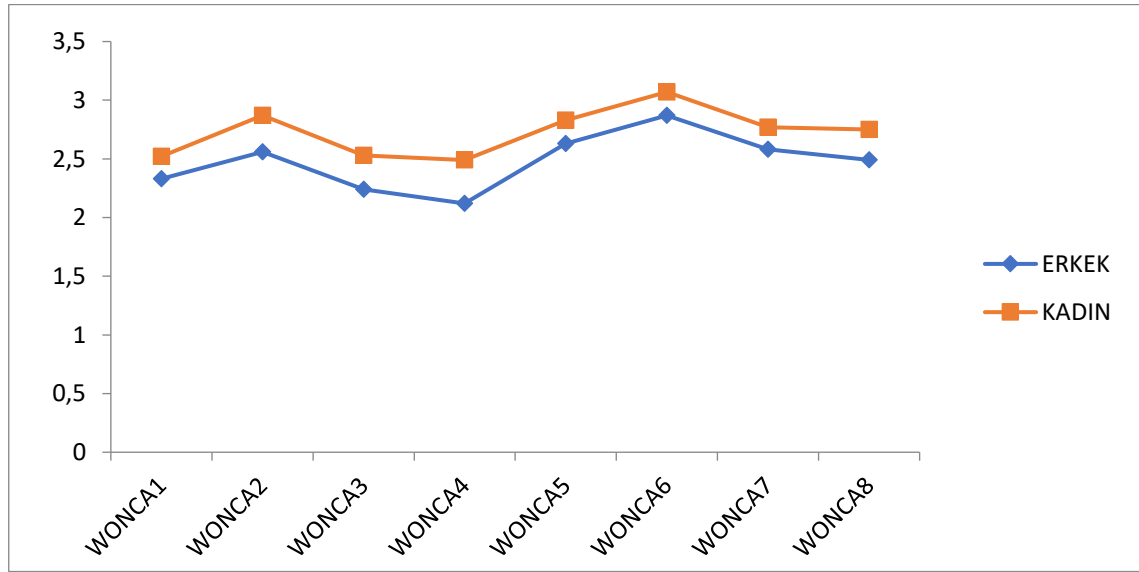
1-Bedensel sağlık Son iki hafta boyunca... En az 2 dakika süre ile yapabildiğiniz en ağır bedensel faaliyet neydi?	Çok Ağır	63	20,8%
	Ağır	96	31,7%
	Orta	97	32,0%
	Hafif	42	13,9%
	Çok Hafif	5	1,7%
2-Duygu durumu Son iki hafta boyunca... Endişe, depresyon, sinirlilik veya moral bozukluğu ve üzüntü gibi duygusal sorunlar nedeni ne kadar rahatsız oldunuz?	Hiç	51	16,8%
	Az	82	27,1%
	Orta	77	25,4%
	Bir Hayli	81	26,7%
	Çok	12	4,0%
3-Günlük aktiviteler Son iki hafta boyunca... Bedensel ve ruhsal sağlık durumunuz nedeniyle, ev içi ve dışındaki olağan faaliyetlerinizi ya da sorumluluklarınızı yerine getirmekte ne kadar zorluk çektiniz?	Hiç zorluk çekmedim	80	26,4%
	Çok az zorluk çektim	96	31,7%
	Biraz zorluk çektim	59	19,5%
	Çok zorluk çektim	61	20,1%
	Hiç yapamadım	7	2,3%
4-Sosyal faaliyetler Son iki hafta boyunca... Fiziksel ve ruhsal sağlığınız, sizin ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ya da benzeri topluluklarla olan sosyal faaliyetlerinizi kısıtladı mı?	Hiç	87	28,7%
	Az	94	31,0%
	Orta	67	22,1%
	Bir Hayli	46	15,2%
	Çok	9	3,0%
5-Sağlık durumunda değişiklik İki hafta öncesine kıyasla, şu andaki genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?	Çok daha iyi	19	6,3%
	Biraz daha iyi	84	27,7%
	Neredeyse aynı	156	51,5%
	Biraz daha kötü	44	14,5%
6-Genel Sağlık Son iki hafta içindeki Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?	Mükemmel	21	6,9%
	Çok iyi	70	23,1%
	İyi	113	37,3%
	Orta	91	30,0%
	Zayıf	8	2,6%
7-Yaşam Kalitesi Sizce son 2 haftadır hayatınız nasıl gidiyor?	Çok iyi nerdeyse daha iyisi olmaz	27	8,9%
	Oldukça iyi	109	36,0%
	İyi-kötü yanları yaklaşık aynı	107	35,3%
	Oldukça Kötü	52	17,2%
	Çok kötü neredeyse daha kötü olamaz	8	2,6%
8-Ağrı Son iki hafta boyunca ... Genel olarak ne kadar bedensel ağrı çektiniz?	Hiç ağrı çekmedim	86	28,5%
	Çok hafif ağrı çektim	73	24,2%
	Hafif ağrı çektim	41	13,6%
	Orta derece ağrı çektim	66	21,9%
	Şiddetli ağrı çektim	36	11,9%

Tablo 12. Çalışmamıza katılan kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin işlevsel sağlık durumuna yaşın etkisi (n=303)

	Yaş	WONCA1	WONCA2	WONCA3	WONCA4	WONCA5	WONCA6	WONCA7	WONCA8
Yaş	1								
WONCA1	0,398**	1							
WONCA2	0,295**	0,519**	1						
WONCA3	0,383**	0,505**	0,791**	1					
WONCA4	0,351**	0,480**	0,798**	0,807**	1				
WONCA5	0,279**	0,437**	0,493**	0,501**	0,471**	1			
WONCA6	0,352**	0,485**	0,589**	0,570**	0,552**	0,597**	1		
WONCA7	0,352**	0,536**	0,569**	0,586**	0,571**	0,611**	0,706**	1	
WONCA8	0,275**	0,506**	0,484**	0,496**	0,480**	0,502**	0,595**	0,639**	1

*: p<0.05; **:p<0.01 Yaş ile diğer sorular arasındaki korelasyon tablosu.

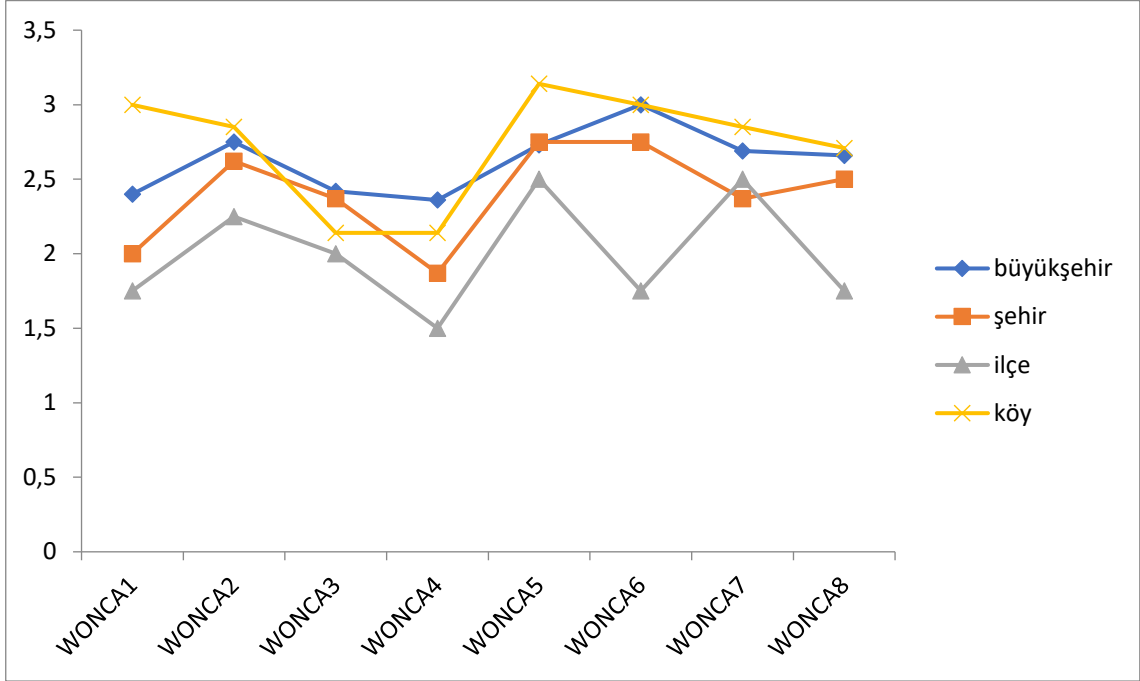
Kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin işlevsel sağlık durumuna yaşın etkisi Tablo 12’de verilmiştir. Bizim anket çalışmamızda artan yaşla birlikte artan ortalama COOP WONCA puanının, işlevsel sağlık durumu ile korele olduğu görüldü. Tüm sorularda tam korelasyon gözlenmiş olup (p<0.01) sonuçlarımız anlamlı bulunmuştur.



Şekil 1. Bireylerin cinsiyeti ile işlevsel sağlık durumu arasındaki ilişkinin incelendiği ortalama COOP WONCA puanlarını gösteren grafik (N=303) (WONCA1=bedensel sağlık, WONCA2=duygu durum, WONCA3=günlük aktiviteler, WONCA4= sosyal faaliyetler, WONCA5=sağlık durumunda değişiklik, WONCA6= genel sağlık, WONCA7= yaşam kalitesi, WONCA8= ağrı).

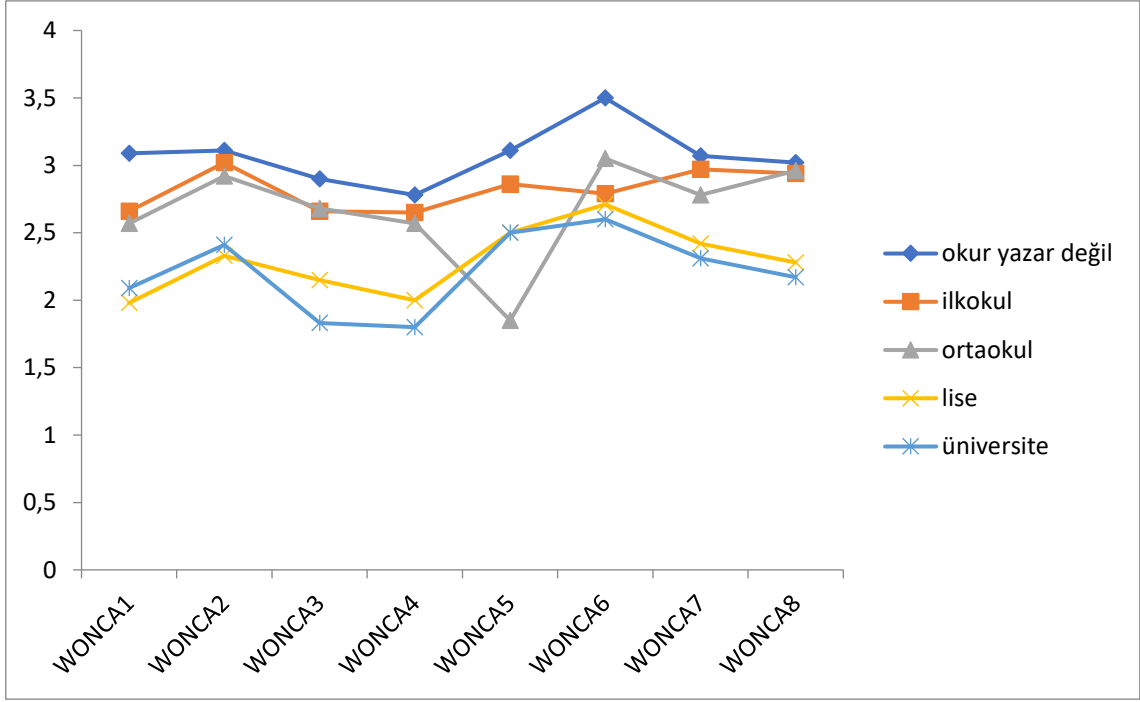
Bireylerin cinsiyet ile işlevsel sağlık durumu arasındaki ilişki Şekil 11’de verilmiştir. Sosyo-demografik özelliklerden cinsiyetin fonksiyonel sağlık durumu üzerindeki etkisinin incelendiği istatistiksel verilerde duygu durum (W2), sosyal faaliyet

(W3) ve günlük aktivite (W4) sorularında anlamlı sonuç ($p<0.05$) bulunmuştur. Kadınların diğer sorularda da yüksek ortalama COOP WONCA puanları olduğu görülmüştür.



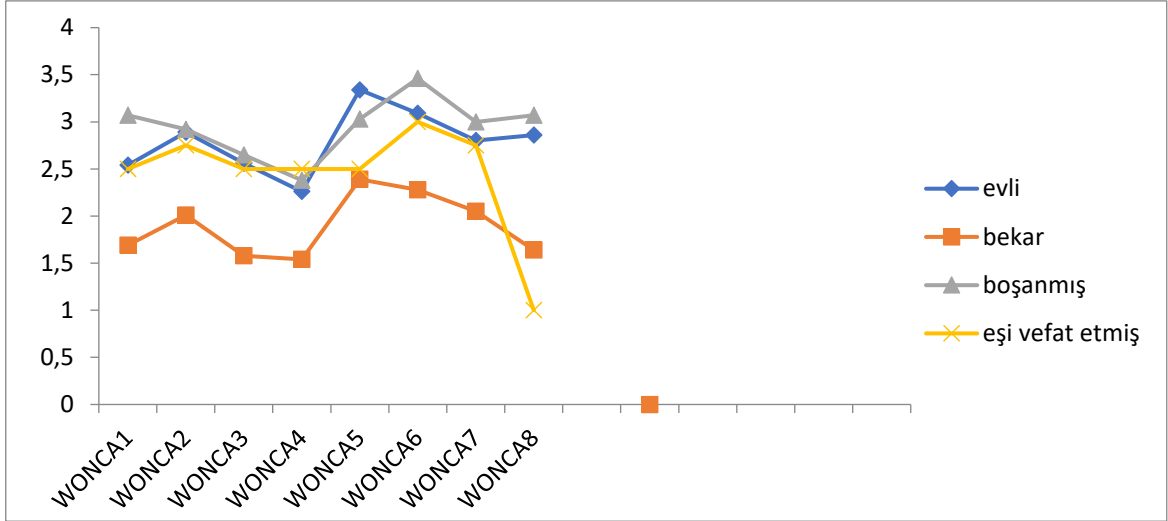
Şekil 2. Bireylerin yaşadığı yer ile işlevsel sağlık durumu arasındaki ilişkinin incelendiği ortalama COOP WONCA puanlarını gösteren grafik (N=303) (WONCA1=bedensel sağlık, WONCA2=duygu durum, WONCA3=günlük aktiviteler, WONCA4= sosyal faaliyetler, WONCA5=sağlık durumunda değişiklik, WONCA6= genel sağlık, WONCA7= yaşam kalitesi, WONCA8= ağrı).

Bireylerin yaşadığı yer ile işlevsel sağlık durumu arasındaki ilişki Şekil 2’de verilmiştir. Yaşadığı yer ile fonksiyonel sağlık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Buna rağmen grafiklerde ilçe ve şehirde daha düşük ortalama COOP WONCA puanı görülmüştür. Bunun açıklaması bu yerlerdeki hasta sayısının oransal olarak çok düşük olmasının yanıltıcı sonuç ortaya çıkarabileceğidir. Hastaların büyük bir kısmının büyükşehirde yaşadığı görülmektedir.



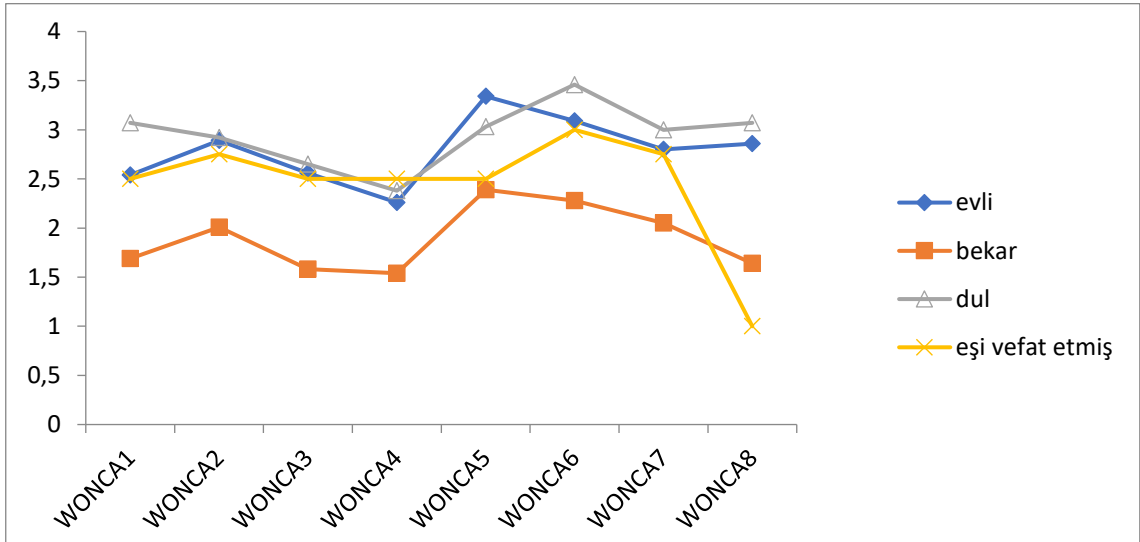
Şekil 3. Bireylerin eğitim durumu ile işlevsel sağlık durumu arasındaki ilişkinin incelendiği ortalama COOP WONCA puanlarını gösteren grafik (N=303) (WONCA1=bedensel sağlık, WONCA2=duygu durum, WONCA3=günlük aktiviteler, WONCA4= sosyal faaliyetler, WONCA5=sağlık durumunda değişiklik, WONCA6= genel sağlık, WONCA7= yaşam kalitesi, WONCA8= ağrı).

Bireylerin eğitim durumu ile işlevsel sağlık durumu arasındaki ilişki Şekil 3'te verilmiştir. Eğitim durumunun fonksiyonel sağlık üzerindeki etkisinin incelendiği anket çalışmamızda anlamlı sonuç çıkmamıştır. Ancak eğitim düzeyinin azalmasına paralel yükselen COOP WONCA puan değerleri görülmüştür. En yüksek ortalama puanları okuryazar olmayan bireyler alırken en düşük puanları üniversite mezunlarının aldığı görülmüştür.



Şekil 4. Bireylerin yaşam ortamı ile işlevsel sağlık durumu arasındaki ilişkinin incelendiği ortalama COOP WONCA puanlarını gösteren grafik (N=303) (WONCA1=bedensel sağlık, WONCA2=duygu durum, WONCA3=günlük aktiviteler, WONCA4= sosyal faaliyetler, WONCA5=sağlık durumunda değişiklik, WONCA6= genel sağlık, WONCA7= yaşam kalitesi, WONCA8= ağrı).

Bireylerin yaşam ortamı ile işlevsel sağlık durumu arasındaki ilişki Şekil 4'te verilmiştir. Bireylerin yaşam ortamı ile fonksiyonel sağlık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.



Şekil 5. Bireylerin medeni durumu ile işlevsel sağlık durumu arasındaki ilişkinin incelendiği ortalama COOP WONCA puanlarını gösteren grafik (N=303) (WONCA1=bedensel sağlık, WONCA2=duygu durum, WONCA3=günlük aktiviteler, WONCA4= sosyal faaliyetler, WONCA5=sağlık durumunda değişiklik, WONCA6= genel sağlık, WONCA7= yaşam kalitesi, WONCA8= ağrı).

Bireylerin medeni durumu ile işlevsel sağlık durumu arasındaki ilişki Şekil 5’te verilmiştir. Çalışmamızda evli ve bekâr olan bireylerde eşi vefat eden ve boşanmış bireylere göre daha iyi işlevsel sağlık durumu olduğu görülmüş ve istatistiksel olarak anlamlı sonuç saptanmıştır ($p<0.01$).

Tablo 13. Çalışmaya dahil edilen kronik hastalığı olan bireyler ile sağlıklı bireylerin bedensel sağlık durumunun karşılaştırması (n=303)

Kronik Hastalık		Bedensel sağlık WONCA 1					Toplam
		Çok Ağır	Ağır	Orta	Hafif	Çok Hafif	
Yok	n	46	58	30	7	0	141
	Kronik Hastalık	32,6%	41,1%	21,3%	5,0%	0,0%	100,0%
	Bedensel sağlık WONCA 1	73,0%	60,4%	30,9%	16,7%	0,0%	46,5%
	% Toplam	15,2%	19,1%	9,9%	2,3%	0,0%	46,5%
Var	n	17	38	67	35	5	162
	Kronik Hastalık	13,0%	18,5%	13,0%	35,2%	20,4%	100,0%
	Bedensel sağlık WONCA 1	24,4%	41,1%	51,2%	86,4%	91,7%	53,6%
	% Toplam	7,0%	9,9%	7,0%	18,9%	10,9%	53,6%
Total	N	86	73	41	66	36	302
	Kronik Hastalık	10,5%	23,5%	41,4%	21,6%	3,1%	100,0%
	Bedensel sağlık WONCA 1	27,0%	39,6%	69,1%	83,3%	100,0%	53,5%
	% Toplam	20,8%	31,7%	32,0%	13,9%	1,7%	100,0%
p	0,001						

Kronik hastalığın bedensel sağlık üzerindeki etkisi Tablo 13’te verilmiştir. Yapılan anket çalışmamızda sağlıklı kişilerde ortalama COOP WONCA puanı 1,93 iken kronik hastalık olan kişilerde ortalama COOP WONCA puanı 2,87 bulunmuştur. Sağlıklı ve kronik hastalık arasında fark istatistiksel olarak anlamlı sonuç saptanmıştır ($p<0.01$).

Tablo 14. Çalışmaya dâhil edilen kronik hastalığı olan bireyler ile sağlıklı bireylerin duygu durumunun karşılaştırması (n=303)

Kronik Hastalık		Duygu durumu WONCA 2					Toplam
		Hiç		Orta	Bir Hayli	Çok	
Yok	n	46	141	27	16	3	141
	Kronik Hastalık	32,6%	100,0%	19,1%	11,3%	2,1%	100,0%
	Duygu durumu WONCA 2	90,2%	46,5%	35,1%	19,8%	25,0%	46,5%
	% Toplam	15,2%	46,5%	8,9%	5,3%	1,0%	46,5%
Var	n	5	162	50	65	9	162
	Kronik Hastalık	3,1%	100,0%	30,9%	40,1%	5,6%	100,0%
	Duygu durumu WONCA 2	9,8%	53,5%	64,9%	80,2%	75,0%	53,5%
	% Toplam	1,7%	53,5%	16,5%	21,5%	3,0%	53,5%
Total	N	51	303	77	81	12	303
	Kronik Hastalık	16,8%	100,0%	25,4%	26,7%	4,0%	100,0%
	Duygu durumu WONCA 2	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% Toplam	16,8%	100,0%	25,4%	26,7%	4,0%	100,0%
p	0,001						

Kronik hastalığın duygu durumunun üzerindeki etkisi Tablo 14’te verilmiştir. Yapılan anket çalışmamızda sağlıklı kişilerde ortalama COOP WONCA puanı 2,11 iken kronik hastalık olan kişilerde ortalama COOP WONCA puanı 3,24 bulunmuş. Yüksek COOP WONCA puanlar daha kötü duygu durumunu ifade eder. Sağlıklı ve kronik hastalık arasında farkın incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı sonuç saptanmıştır ($p<0.01$).

Tablo 15. Çalışmaya dahil edilen kronik hastalığı olan bireyler ile sağlıklı bireylerin günlük aktivite karşılaştırması (n=303)

Kronik Hastalık		Günlük aktivite WONCA 3					Toplam
		Hiç zorluk çekmedim	Çok az zorluk çektim	Biraz zorluk çektim	Çok zorluk çektim	Hiç yapamadım	
Yok	n	67	48	18	7	1	141
	Kronik Hastalık	47,5%	34,0%	12,8%	5,0%	0,7%	100,0%
	Günlük aktivite WONCA 3	83,8%	50,0%	30,5%	11,5%	14,3%	46,5%
	% Toplam	22,1%	15,8%	5,9%	2,3%	0,3%	46,5%
Var	n	13	48	41	54	6	162
	Kronik Hastalık	8,0%	29,6%	25,3%	33,3%	3,7%	100,0%
	Günlük aktivite WONCA 3	16,3%	50,0%	69,5%	88,5%	85,7%	53,5%
	% Toplam	4,3%	15,8%	13,5%	17,8%	2,0%	53,5%
Total	N	80	96	59	61	7	303
	Kronik Hastalık	26,4%	31,7%	19,5%	20,1%	2,3%	100,0%
	Günlük aktivite WONCA 3	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% Toplam	26,4%	31,7%	19,5%	20,1%	2,3%	100,0%
p	0,001						

Kronik hastalığın Günlük aktiviteler üzerindeki etkisi Tablo 15’te verilmiştir. Yapılan anket çalışmamızda sağlıklı kişilerde ortalama COOP WONCA puanı 1,77 iken kronik hastalık olan kişilerde ortalama COOP WONCA puanı 2,95 bulunmuş. Sağlıklı ve kronik hastalık arasında farkın incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı sonuç saptanmıştır ($p<0.01$).

Tablo 16. Çalışmaya dahil edilen kronik hastalığı olan bireyler ile sağlıklı bireylerin sosyal faaliyetler karşılaştırması (n=303)

Kronik Hastalık		Sosyal faaliyetler WONCA 4					Toplam
		Hiç	Az	Orta	Bir Hayli	Çok	
Yok	n	66	53	14	7	1	141
	Kronik Hastalık	46,8%	37,6%	9,9%	5,0%	0,7%	100,0%
	Sosyal faaliyetler WONCA 4	75,9%	56,4%	20,9%	15,2%	11,1%	46,5%
	% Toplam	21,8%	17,5%	4,6%	2,3%	0,3%	46,5%
Var	n	21	41	53	39	8	162
	Kronik Hastalık	13,0%	25,3%	32,7%	24,1%	4,9%	100,0%
	Sosyal faaliyetler WONCA 4	24,1%	43,6%	79,1%	84,8%	88,9%	53,5%
	% Toplam	6,9%	13,5%	17,5%	12,9%	2,6%	53,5%
Total	N	87	94	67	46	9	303
	Kronik Hastalık	28,7%	31,0%	22,1%	15,2%	3,0%	100,0%
	Sosyal faaliyetler WONCA 4	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% Toplam	28,7%	31,0%	22,1%	15,2%	3,0%	100,0%
p	0,001						

Kronik hastalığın sosyal faaliyetler üzerindeki etkisi Tablo 16’da verilmiştir. Yapılan anket çalışmamızda sağlıklı kişilerde ortalama COOP WONCA puanı 1,80 iken kronik hastalık olan kişilerde ortalama COOP WONCA puanı 2,82 bulunmuştur. Sağlıklı ve kronik hastalar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı sonuç saptanmıştır ($p<0.01$).

Tablo 17. Çalışmaya dahil edilen kronik hastalığı olan bireylerin sağlık durumunda değişiklik ile sağlıklı bireylerin sağlık durumunda değişiklik karşılaştırması (n=303)

Kronik Hastalık		Sağlık durumunda değişiklik WONCA 5				Toplam
		Çok daha iyi	Biraz daha iyi	Neredeyse aynı	Biraz daha kötü	
Yok	n	16	63	59	3	141
	Kronik Hastalık	11,3%	44,7%	41,8%	2,1%	100,0%
	Sağlık durumunda değişiklik WONCA 5	84,2%	75,0%	37,8%	6,8%	46,5%
	% Toplam	5,3%	20,8%	19,5%	1,0%	46,5%
Var	n	3	21	97	41	162
	Kronik Hastalık	1,9%	13,0%	59,9%	25,3%	100,0%
	Sağlık durumunda değişiklik WONCA 5	15,8%	25,0%	62,2%	93,2%	53,5%
	% Toplam	1,0%	6,9%	32,0%	13,5%	53,5%
Total	N	19	84	156	44	302
	Kronik Hastalık	6,3%	27,7%	51,5%	14,5%	100,0%
	Sağlık durumunda değişiklik WONCA 5	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% Toplam	6,3%	27,7%	51,5%	14,5%	100,0%
p	0,001					

Kronik hastalığın sağlık durumunda değişiklik üzerindeki etkisi Tablo 17’de verilmiştir. Yapılan anket çalışmamızda sağlıklı kişilerde ortalama COOP WONCA puanı 2,34 iken kronik hastalık olan kişilerde ortalama COOP WONCA puanı 3,08 bulunmuş. Sağlıklı ve kronik hastalık arasında farkın incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı sonuç saptanmıştır ($p<0.01$).

Tablo 18. Çalışmaya dahil edilen kronik hastalığı olan bireyler ile sağlıklı bireylerin genel sağlık durumunun karşılaştırması (n=303)

Kronik Hastalık		Genel sağlık durumu WONCA 6					Toplam
		Mükemmel	Çok iyi	İyi	Orta	Zayıf	
Yok	n	20	52	57	10	2	141
	Kronik Hastalık	14,2%	36,9%	40,4%	7,1%	1,4%	100,0%
	Genel sağlık durumu WONCA 6	95,2%	74,3%	50,4%	11,0%	25,0%	46,5%
	% Toplam	6,6%	17,2%	18,8%	3,3%	0,7%	46,5%
Var	n	1	18	56	81	6	162
	Kronik Hastalık	0,6%	11,1%	34,6%	50,0%	3,7%	100,0%
	Genel sağlık durumu WONCA 6	4,8%	25,7%	49,6%	89,0%	75,0%	53,5%
	% Toplam	0,3%	5,9%	18,5%	26,7%	2,0%	53,5%
Total	N	21	70	113	91	8	303
	Kronik Hastalık	6,9%	23,1%	37,3%	30,0%	2,6%	100,0%
	Genel sağlık durumu WONCA 6	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% Toplam	6,9%	23,1%	37,3%	30,0%	2,6%	100,0%
p	0,001						

Kronik hastalığın Genel Sağlık üzerindeki etkisi Tablo 18’de verilmiştir. Yapılan anket çalışmamızda sağlıklı kişilerde ortalama COOP WONCA puanı 2,44 iken kronik hastalık olan kişilerde ortalama COOP WONCA puanı 3,45 bulunmuş. Sağlıklı ve kronik hastalık arasında farkın incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı sonuç saptanmıştır ($p<0.01$).

Tablo 19. Çalışmaya dahil edilen kronik hastalığı olan bireyler ile sağlıklı bireylerin yaşam kalitesi durumunun karşılaştırması (n=303)

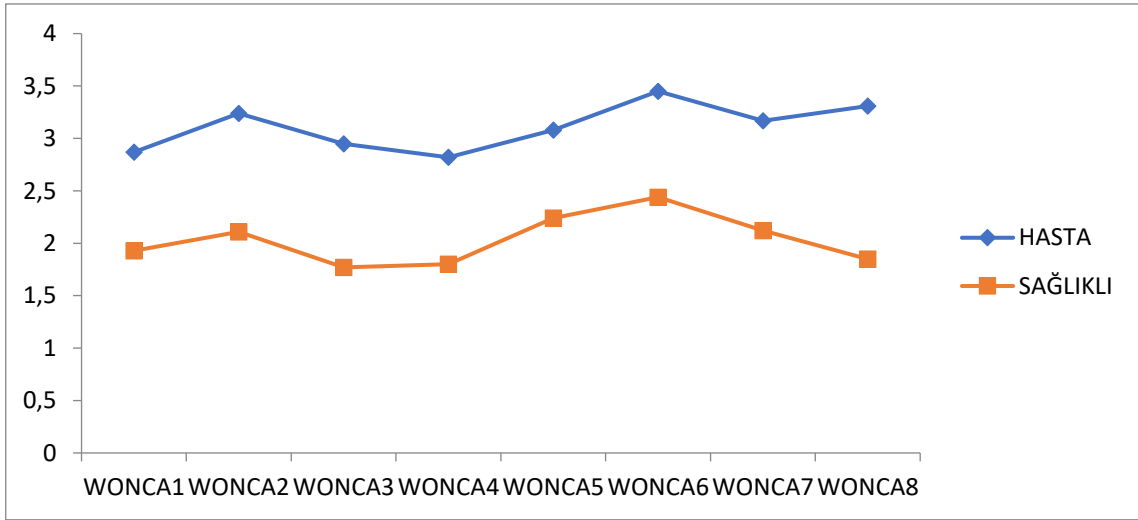
Kronik Hastalık		Yaşam kalitesi WONCA 7					Toplam
		Çok iyi nerdeyse daha iyisi olmaz	Oldukça iyi	İyi-kötü yanları yaklaşık aynı	Oldukça Kötü	Çok kötü nerdeyse daha kötü olamaz	
Yok	n	25	80	30	5	1	141
	Kronik Hastalık	17,7%	56,7%	21,3%	3,5%	0,7%	100,0%
	Yaşam kalitesi WONCA 7	92,6%	73,4%	28,0%	9,6%	12,5%	46,5%
	% Toplam	8,3%	26,4%	9,9%	1,7%	0,3%	46,5%
Var	n	2	29	77	47	7	162
	Kronik Hastalık	1,2%	17,9%	47,5%	29,0%	4,3%	100,0%
	Yaşam kalitesi WONCA 7	7,4%	26,6%	72,0%	90,4%	87,5%	53,5%
	% Toplam	0,7%	9,6%	25,4%	15,5%	2,3%	53,5%
Total	N	27	109	107	52	8	303
	Kronik Hastalık	8,9%	36,0%	35,3%	17,2%	2,6%	100,0%
	Yaşam kalitesi WONCA 7	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% Toplam	8,9%	36,0%	35,3%	17,2%	2,6%	100,0%
p	0,001						

Kronik hastalığın Yaşam Kalitesi üzerindeki etkisi Tablo 19’da verilmiştir. Yapılan anket çalışmamızda sağlıklı kişilerde ortalama COOP WONCA puanı 2,12 iken kronik hastalık olan kişilerde ortalama COOP WONCA puanı 3,17 bulunmuştur. Sağlıklı ve kronik hastalık arasında farkın incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı sonuç saptanmıştır ($p<0.01$).

Tablo 20. Çalışmaya dâhil edilen kronik hastalığı olan bireyler ile sağlıklı bireylerin ağrı durumunun karşılaştırması (n=303)

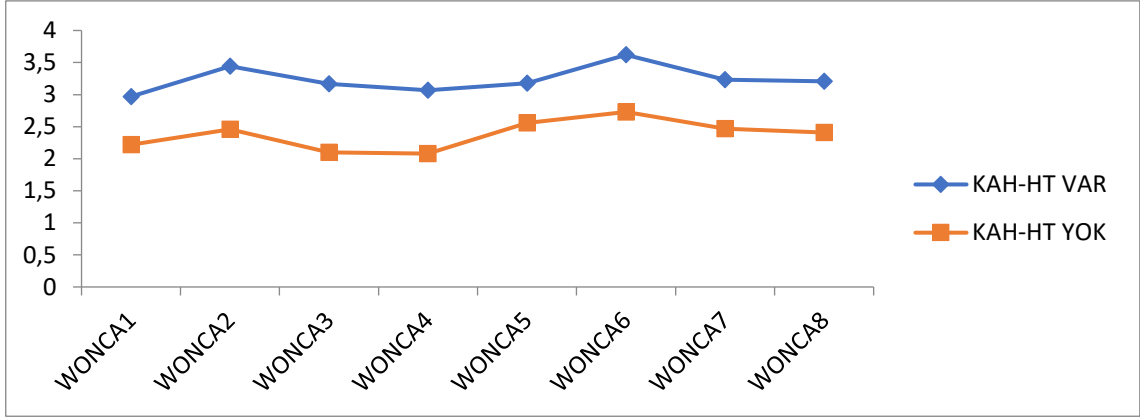
Kronik Hastalık		Ağrı WONCA 8					Toplam
		Hiç ağrı çekmedim	Çok hafif ağrı çektim	Hafif ağrı çektim	Orta derece ağrı çektim	Şiddetli ağrı çektim	
Yok	n	65	43	20	9	3	140
	Kronik Hastalık	46,4%	30,7%	14,3%	6,4%	2,1%	100,0%
	Ağrı WONCA 8	75,6%	58,9%	48,8%	13,6%	8,3%	46,4%
	% Toplam	21,5%	14,2%	6,6%	3,0%	1,0%	46,4%
Var	n	21	30	21	57	33	162
	Kronik Hastalık	13,0%	18,5%	13,0%	35,2%	20,4%	100,0%
	Ağrı WONCA 8	24,4%	41,1%	51,2%	86,4%	91,7%	53,6%
	% Toplam	7,0%	9,9%	7,0%	18,9%	10,9%	53,6%
Total	N	86	73	41	66	36	302
	Kronik Hastalık	28,5%	24,2%	13,6%	21,9%	11,9%	100,0%
	Ağrı WONCA 8	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% Toplam	28,5%	24,2%	13,6%	21,9%	11,9%	100,0%
p	0,001						

Kronik hastalığın ağrı durumu üzerindeki etkisi Tablo 20’de verilmiştir. Yapılan anket çalışmamızda sağlıklı kişilerde ortalama COOP WONCA puanı 1,85 iken kronik hastalık olan kişilerde ortalama COOP WONCA puanı 3,31 bulunmuştur. Sağlıklı ve kronik hastalık arasında farkın incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı sonuç saptanmıştır ($p<0.01$).



Şekil 6. Kronik hastalığı olan bireyler ile sağlıklı olan bireyler arasındaki ilişkinin incelendiği ortalama COOP WONCA puanlarını gösteren grafik (N=303) (WONCA1=bedensel sağlık, WONCA2=duygu durum, WONCA3=günlük aktiviteler, WONCA4= sosyal faaliyetler, WONCA5=sağlık durumunda değişiklik, WONCA6= genel sağlık, WONCA7= yaşam kalitesi, WONCA8= ağrı).

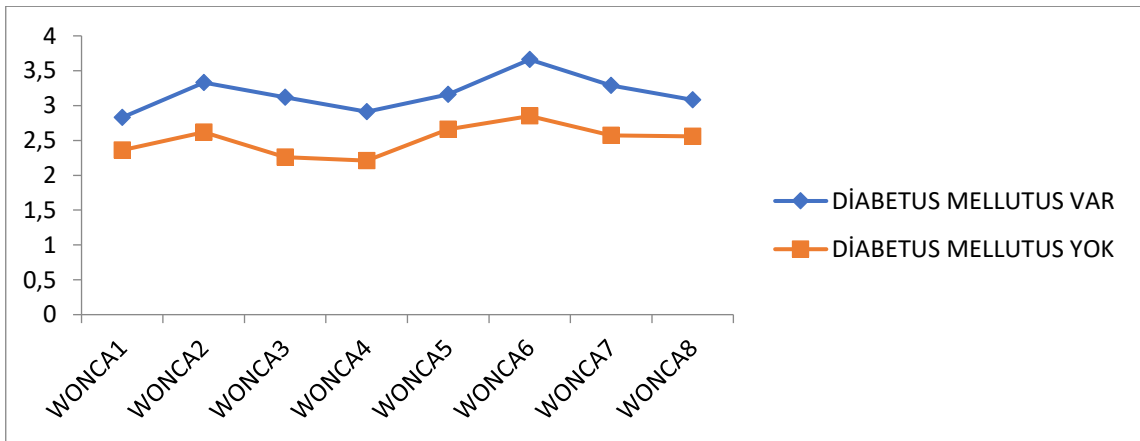
Kronik hastalığı olan bireyler ile sağlıklı olan bireyler arasındaki ilişki Şekil 6’da verilmiştir. Kronik hastalık olan kişilerde ortalama yüksek COOP WONCA puanları aldığı görülmektedir. Grafikte görüldüğü gibi hasta olan bireylerin tüm sorularda ortalama puanları sağlıklı bireylerden daha yüksektir. Sağlıklı ve kronik hastalık arasında farkın incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı sonuç saptanmıştır ($p<0.01$).



Şekil 7. Koroner arter hastalığı veya hipertansiyonu olan bireyler ile bu hastalıkları olmayan bireyler arasındaki ilişkinin incelendiği ortalama COOP WONCA puanlarını gösteren grafik (N=303) (WONCA1=bedensel sağlık, WONCA2=duygu durum, WONCA3=günlük aktiviteler, WONCA4= sosyal faaliyetler, WONCA5=sağlık durumunda değişiklik, WONCA6= genel sağlık, WONCA7= yaşam kalitesi, WONCA8= ağrı).

Koroner arter hastalığı veya hipertansiyonu olan bireyler ile bu hastalıkları olmayan bireyler arasındaki ilişki Şekil 7’de verilmiştir. Yapılan anket çalışmamızda; koroner arter hastalığı veya hipertansiyonu olan bireyler ile bu hastalıkları olmayan bireyler arasındaki ilişkinin incelendiği tablo ve grafiklerde istatistiksel olarak anlamlı sonuç saptanmıştır ($p<0.01$).

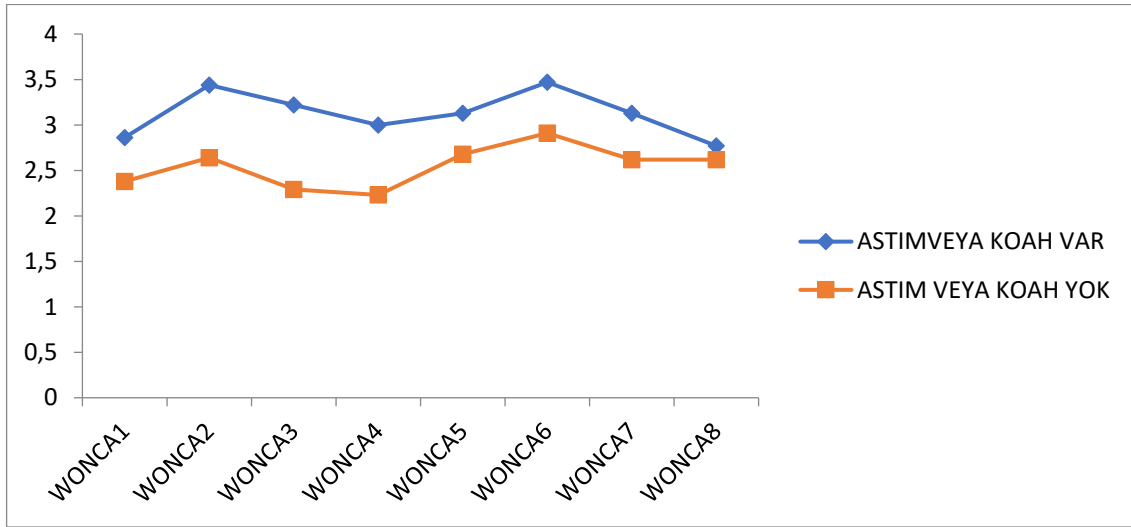
İşlevsel sağlık durumunun olumsuz yönde etkilendiği görülmüştür.



Şekil 8. Diabetes mellitus olan bireyler ile bu hastalığı olmayan bireyler arasındaki ilişkinin incelendiği ortalama COOP WONCA puanlarını gösteren grafik (N=303) (WONCA1=bedensel sağlık, WONCA2=duygu durum, WONCA3=günlük aktiviteler, WONCA4= sosyal faaliyetler, WONCA5=sağlık durumunda değişiklik, WONCA6= genel sağlık, WONCA7= yaşam kalitesi, WONCA8= ağrı).

Diabetes mellitus olan bireyler ile bu hastalığı olmayan bireyler arasındaki ilişki Şekil 8’de verilmiştir. diabetes mellitus olan bireyler ile bu hastalıkları olmayan bireyler arasındaki ilişkinin incelendiği tablo ve grafiklerde istatistiksel olarak anlamlı sonuç saptanmıştır ($p<0.01$).

İşlevsel sağlık durumunun olumsuz yönde etkilendiği görülmüştür. Diabetes mellitus tanılı bireylerde yüksek ortalama COOP WONCA puanları tüm sorular için geçerlidir.



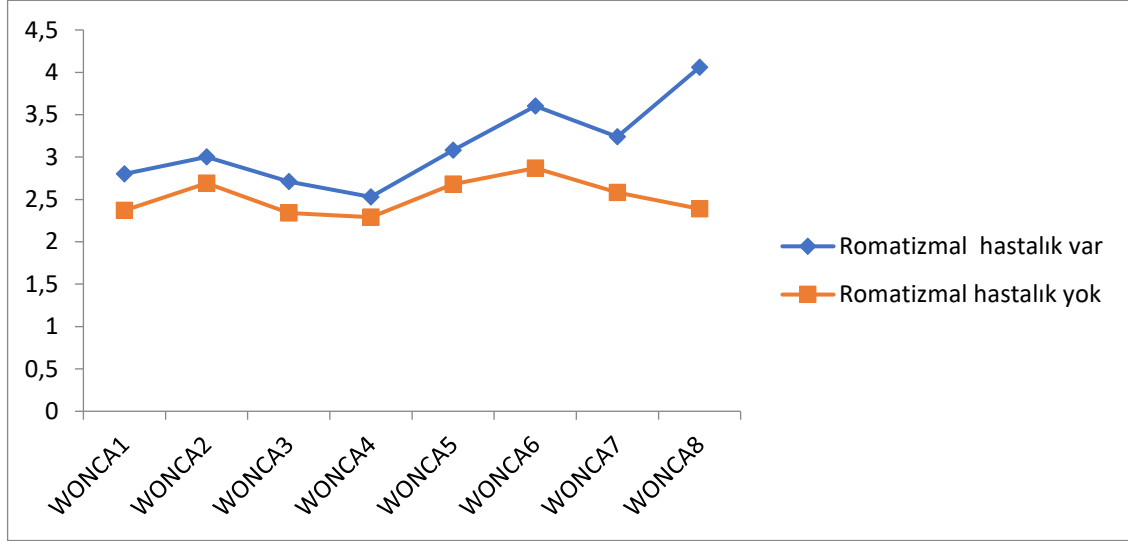
Şekil 9. Astım veya kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireyler ile bu hastalıkları olmayan bireyler arasındaki ilişkinin incelendiği ortalama COOP WONCA puanlarını gösteren grafik (N=303) (WONCA1=bedensel sağlık, WONCA2=duygu durum, WONCA3=günlük aktiviteler, WONCA4= sosyal faaliyetler, WONCA5=sağlık durumunda değişiklik, WONCA6= genel sağlık, WONCA7= yaşam kalitesi, WONCA8= ağrı).

Astım veya kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireyler ile bu hastalıkları olmayan bireyler arasındaki ilişki Şekil 9’da verilmiştir. Astım veya KOAH olan bireyler ile bu hastalıkları olmayan bireyler arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı sonuç saptanmıştır ($p<0.01$).

Bazı COOP WONCA sorularında hastalığı olan ve olmayan bireylerin ortalama puanı birbirine yakın olsa da hasta olan grubun puanı daha yüksek bulunmuştur.

Astım veya KOAH olan bireyler ile hastalığı olmayan bireylerde ağrı için ortalama COOP WONCA puanları birbirine çok yakın olduğu görülmüştür. Bunun

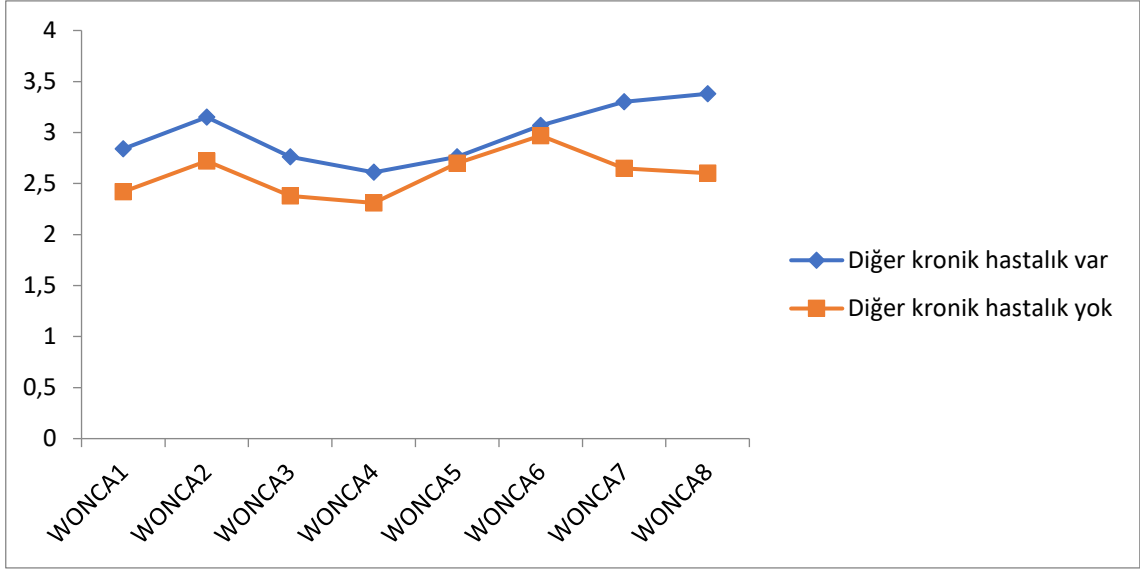
açıklaması olarak astım veya KOAH hastalığının ağrı üzerindeki etkisinin daha az olduğu söylenebilir.



Şekil 10. Romatizmal hastalığı olan bireyler ile bu hastalığı olmayan bireyler arasındaki ilişkinin incelendiği ortalama COOP WONCA puanlarını gösteren grafik (N=303) (WONCA1=bedensel sağlık, WONCA2=duygu durum, WONCA3=günlük aktiviteler, WONCA4= sosyal faaliyetler, WONCA5=sağlık durumunda değişiklik, WONCA6= genel sağlık, WONCA7= yaşam kalitesi, WONCA8= ağrı).

Romatizmal hastalığı olan bireyler ile bu hastalığı olmayan bireyler arasındaki ilişki Şekil 11’de verilmiştir. Romatizmal hastalığı olan birey sayısı 45’idi (%14,9). Romatizmal hastalığı olan bireyler ile bu hastalıkları olmayan bireyler arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı sonuç saptanmıştır ($p<0.01$).

Romatizmal hastalığı olan bireylerin tüm yanıtlardaki ortalama puanları hastalığı olmayan bireylerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Romatizmal hastalıkların ağrı ile ilişkisinde hasta olanlarda ortalama COOP WONCA puanı 3.96, hasta olmayanlarda ortalama COOP WONCA puanı 2,33 bulunmuş olup en yüksek COOP WONCA ortalaması bu hastalarda elde edilmiştir.



Şekil 11. Diğer kronik hastalığı olan bireyler ile bu hastalığı olmayan bireyler arasındaki ilişkinin incelendiği ortalama COOP WONCA puanlarını gösteren grafik (N=303) (WONCA1=bedensel sağlık, WONCA2=duygu durum, WONCA3=günlük aktiviteler, WONCA4= sosyal faaliyetler, WONCA5=sağlık durumunda değişiklik, WONCA6= genel sağlık, WONCA7= yaşam kalitesi, WONCA8= ağrı).

Diğer kronik hastalığı olan bireyler ile bu hastalığı olmayan bireyler arasındaki ilişki Şekil 11’de verilmiştir. Diğer kronik hastalığı olan bireyler ile bu hastalıkları olmayan bireyler arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı sonuç saptanmıştır ($p<0.01$).

5. TARTIŞMA

Aile Hekimliğine Başvuran Hastalarda Fonksiyonel (işlevsel) Sağlık Durumu Değerlendirmesi başlıklı çalışmamız bireylerin işlevsel sağlık durumunun kronik hastalıklar ve sosyo-demografik özelliklere göre anlamlı farklılıklar gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmamızda elde edilen bulguların istatistiksel analizleri ve bu konuyla benzer çalışmalar karşılaştırmalı olarak değerlendirilecektir.

5.1. Çalışmamızın Sosyo-demografik Özelliklerinin Literatürde Yapılan Çalışmalara Göre Tartışılması

5.1.1. Bireylerin yaş ile işlevsel sağlık durumu arasındaki ilişkinin literatürde yapılan çalışmalara göre tartışılması

Aydemir ve ark. 2005 yılın da dört farklı bölgede yaptıkları hipertansiyonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisi çalışmasında işlevsel sağlık ile ilgili yaşam kalitesinin artan yaşla düştüğü görülmüştür (75).

Burström ve ark. 2001 yılında İsveç'te yaptıkları sağlıkla ilgili yaşam kalitesi çalışmasında işlevsel sağlığı en iyi olan bireylerin genç erkekler olduğu, en kötü işlevsel sağlığı olan bireylerin ise yaşlı kadınlar olduğu görülmüştür (76).

Bardage ve ark. 2001 yılında İsveç'te yaptıkları hipertansiyonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisi çalışmasında artan yaşla birlikte zihinsel sağlığın bozulduğu ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin daha kötü olduğu görülmüştür. Artan yaşla birlikte ruhsal ve fiziksel sağlığın olumsuz etkisi yaşlılarda gençlere göre anlamlı bulunmuştur (51). Yaşın etkisini analiz eden diğer bazı çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (77, 78).

Hemingway ve ark. 1997 yılında İngiltere' de yaptıkları sosyoekonomik durumun sağlık işlevi üzerindeki etkisi çalışmasında yaşlanmayla birlikte işlevsel sağlığı ölçen ölçek sorularında mental sağlık, zindelik ve sosyal fonksiyon puanları artarken, fiziksel fonksiyon puanları azalmaktadır (79).

Li J. ve ark. 2005 yılında Çin’de yaptıkları hipertansiyonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisi çalışmasında yaşam kalitesi ölçeği kullanılmış ve yaş arttıkça ölçekten alınan puanın düştüğü ve yaş ile ölçek arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olduğu saptanmıştır(80).

Cote ve ark. 2003 yılında Hollanda’da yaptıkları ilaç tedavisine uyumun sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi çalışmasında hipertansif popülasyonun artan yaşla birlikte yaşam kalitesinin bozulduğu görülmüştür (81).

Wang ve ark. 2017 yılında Çin’in batı kırsal bir bölgesinde yaptıkları sağlık okuryazarlığı ve kendi kendine yönetim etkinliğinin hipertansif hastaların sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi üzerindeki etkisi çalışmasında artan yaşla yaşam kalitesinin kötüleştiği görülmüşler (4).

Talha Müezzinoğlu 2004 yılında Manisa’da yaptığı yaşam kalitesi çalışmasında yıllar geçtikçe hastaların yaşa bağlı yaşam kalitesinin düştüğünü, bunun eğitim ve çeşitli tedbirlerle en aza indirebilmenin mümkün olabileceği saptamıştır (82).

Bizim çalışmamızda da artan yaşla birlikte tüm sorularda anlamlı şekilde işlevsel sağlık durumu ve yaşam kalitesinin artan yaşa bağlı olarak olumsuz etkilendiği görüldü. Özellikle artan yaşla birlikte hastalarımızın ağrı eşiğinin düştüğü, daha çok ağrı hissettikleri ve bunun da hem fiziksel hem de ruhsal anlamda hastaları kısıtladığı görüldü. Diğer çalışmalarla bulduğumuz sonuçlar büyük ölçüde benzerlik göstermiştir.

5.1.2. Bireylerin cinsiyeti ile işlevsel sağlık durumu arasındaki ilişkinin literatürde yapılan çalışmalara göre tartışılması

Bardage ve ark. 2001 yılında İsveç’te yaptıkları hipertansiyonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisi çalışmasında kadınların genellikle erkeklerden daha kötü sağlık durumu ve yaşam kalitesine sahip olduğu bulunmuştur. Kadınların duygu durumunu erkeklere göre daha yoğun yaşamalarına bağlı olabileceği belirtilmiştir (83, 84). Kadınların canlılıkla ilgili semptomları erkeklerden daha fazla (genel yorgunluk gibi) algılama eğiliminde olduklarına dair bazı kanıtlar da vardır (77, 85).

Aydemir ve ark. 2005 yılın da dört farklı bölgede yaptıkları hipertansiyonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisi çalışmasında hipertansiyonu olan kadınların işlevsel sağlık durumlarının erkeklerden anlamlı şekilde daha kısıtlı olduğu görülmüş ve kadınların içsel durumlarının daha hassas olmasından kaynaklanabileceği öngörülmüştür (51, 75).

Bizim çalışmamızda sosyo-demografik özelliklerden cinsiyetin fonksiyonel sağlık durumu üzerindeki etkili olduğu ve duygu durum (W2), sosyal faaliyet (W3) ve günlük aktivite (W4) alt başlıklarında kadınların erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek ortalama COOP WONCA puanları aldığı görülmüştür. Kadınların duygu durum, sosyal faaliyet ve günlük aktivitede daha çok kısıtlandığı, işlevsel sağlık durumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır. Kadınların tüm sorularda da yüksek puan aldığı, dolayısıyla kadın cinsiyetin daha kötü fonksiyonel işlevsel sağlık durumu ile ilgili olduğu görülmüştür.

5.1.3. Bireylerin yaşadığı yer ile işlevsel sağlık durumu arasındaki ilişkinin literatürde yapılan çalışmalara göre tartışılması

Yaşadığı yer ile fonksiyonel sağlık durumu arasında anlamlı bir ilişki istatistiksel anlamda bulunmamıştır. Ancak grafiklerde ilçe ve şehirde daha düşük ortalama COOP WONCA puanı görülmesi bu yerlerde araştırmaya katılan birey sayısının düşük olmasına bağlı olabilir. Diğer çalışmalarda da benzer şekilde anlamlı sonuç çıkmadığı görülmüştür (51, 75, 77).

5.1.4. Bireylerin eğitim durumu ile işlevsel sağlık durumu arasındaki ilişkinin literatürde yapılan çalışmalara göre tartışılması

Tavşanlı ve ark. 2013 yılında İzmir’de yaptıkları ağrısı olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesi çalışmasında aynı yaş grubundaki bireylerde eğitim düzeyi yüksek olanlarda daha iyi işlevsel sağlık ve yaşam kalitesine sahip oldukları görülmüştür. Artan eğitim seviyesi ile hastaların daha kolay diğer kişilerle iletişim kurduğu ve bunun sayesinde ruhsal anlamda daha olumlu etki olabileceği öngörülmüştür (86).

Li J. ve ark. 2005 yılında Çin’de yaptıkları hipertansiyonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisi çalışmasında artan eğitim düzeyi ile işlevsel sağlık durumunda ve yaşam kalitesinde iyileşme olduğu görülmüştür (87).

Bardage ve ark. 2001 yılında İsveç’te yaptıkları hipertansiyonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisi çalışmasında, artan eğitim düzeyi ile yaşam kalitesinde artış olduğu gözlenmiştir (51).

Maddigan ve ark. 2005 yılında Kanada’da yaptıkları diyabet ve komorbiditelerinin sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ile ilişkisi adlı çalışmasında artan eğitim seviyesiyle hastaların fiziksel ve ruhsal anlam da daha iyi oldukları ve hastaların eğitimle daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olabilecekleri görülmüştür (88).

Eğitim durumunun fonksiyonel sağlık üzerindeki etkisinin incelendiği çalışmamızda anlamlı sonuç çıkmamış olmasına rağmen eğitim düzeyinin azalmasına paralel yükselen COOP WONCA puanları görülmüş ve bu değerlerden yola çıkılarak; düşük eğitim düzeyi ile fonksiyonel işlevsel sağlık durumunda daha çok kısıtlama eğilimi olabileceği öngörülebilir.

Eğitim düzeyi yüksek bireylerin hastalığı kabul etmeleri ve ilaçlarını saatinde uygun dozda kullanmaları, kronik hastalığa bağlı komplikasyonların azalmasına ve işlevsel sağlık durumunun bozulmasına engel olmuş olabilir. Bunun diğer bir açıklaması da araştırmaya katılan katılımcılarda lise ve üniversite mezunlarının yaş ortalamasının diğer gruplara göre düşük olması ve daha az kronik hastalığı olan bireylerden oluşmasından kaynaklanıyor olabilir.

5.1.5. Bireylerin yaşadığı ortam ile işlevsel sağlık durumu arasındaki ilişkinin literatürde yapılan çalışmalara göre tartışılması

Çalıştır ve ark. 2006 yılında Muğla il merkezinde 1047 yaşlı bireyle yaptıkları çalışmada yaşlı bireylerin yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldıkları puanların birlikte yaşadıkları kişi durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında en yüksek puanın eşiyile beraber olanlarda olduğu görüldü. Yalnız yaşama durumunun yaşlı bireylerde olumsuz yönde etkilediği düşünüldü. Çalışmaya alınan yaşlı bireylerin birlikte yaşadığı kişilere

göre yaşam kalitesinin alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı sonuç görülmüştür (89).

Bizim çalışmamızda bireylerin yaşam ortamı ile fonksiyonel sağlık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

5.1.6. Bireylerin medeni durumu ile işlevsel sağlık durumu arasındaki ilişkinin literatürde yapılan çalışmalara göre tartışılması

Rubin ve Peyrot 1999 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yaptıkları yaşam kalitesi ve diyabet çalışmasında evli kişilerin ruhsal durumunun hiç evlenmemiş kişilere göre daha iyi olduğu görülmüştür. Yine bu çalışmada bir şekilde eşini kaybeden ya da evliliklerini sonlandıran bireylerde bekâr ve evli kişilere göre ruhsal durumlarının daha kötü olduğu ve yaşam kalitesinin bozulduğu görülmüştür (90).

Jacobson ve ark. 1994 yılında ABD'de yaptıkları tip I ve tip II diyabetli hastalarda yaşam kalitesi ölçütünün değerlendirilmesi çalışmasında ayrılan veya boşanmış kişilerin, bekâr veya evli olanlardan daha kötü yaşam kalitesine sahip oldukları görülmüştür (91).

Ercan G. ve Mustafa Alparslan B. 2008 yılında İstanbul'da hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi çalışmasında eşini kaybeden ya da evliliklerini sonlandıran bireylerde bekâr ve evli kişilere göre tüm sorularda daha düşük puan aldıkları ve yaşam kalitesinin kötü olduğu görülmüştür (92).

Sullivan ve ark. 1998 yılında İsveç'te SF-36 sağlık araştırması III. ölçüt tabanlı geçerliliğin değerlendirilmesi çalışmasında evli olanlarda SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin tüm bölümlerinin puanları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (77).

Li J. ve ark. 2005 yılında yaptığı Çin'de hipertansiyonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisi çalışmasında yaşam kalitesi ölçeği ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak herhangi bir korelasyon saptamamıştır (80).

Çalışmamızda evli ve bekâr olan bireylerde eşi vefat eden ve boşanmış bireylere göre daha iyi işlevsel sağlık durumu olduğu görülmüş ve istatistiksel olarak anlamlı sonuç saptanmıştır. Bu bize evli ve bekâr olan bireylerde daha iyi işlevsel sağlık durumu olduğunu ifade etmektedir. Boşanmış ve eşi vefat eden kişilerde eşinden ayrılmanın doğurduğu strese bağlı fiziksel ve ruhsal duygu durumunun işlevsel sağlık durumunu bozmuş olabilir. Ancak bunun diğer bir açıklaması da yine bu gruplarda yaş ortalamasının diğer gruplara göre düşük olması ve daha az kronik hastalığı olan bireylerden oluşmasından kaynaklanıyor olabilir.

5.2. Çalışmaya Dâhil Edilen Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Fonksiyonel (İşlevsel) Sağlık Durumunun Literatürde Yapılan Çalışmalara Göre Tartışılması

Birçok ölümün nedeni olan kronik hastalıklar hastaların yatağa ya da ilaca bağımlı olmasına da neden olmaktadır. Hastalara maddi ve manevi zararlar vermektedir (31).

Hipertansiyona bağlı fiziksel engeller kişinin bağımsızlığını sınırlamakta, uzun süreli bakıma sebep olmakta ve hasta bireyin psikolojisini etkilemektedir. Bu değişiklikler sebebiyle hasta ve ailesinin yaşam kalitesi etkilenmektedir (93). Yapılan bir çalışmada cinsiyet ayrımı yapılmaksızın Türk toplumuna özel yaşam kalitesi alt boyut skorlarına bakıldığında hipertansiyon hastalarının yaşam kalitesi düzeyi düşük seviyede bulunmuştur. Özellikle enerji, canlılık, vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik en çok etkilenen yaşam kalitesi alanlarıdır (93).

Thumboo ve ark. 2002 yılında Singapur'da yaptıkları sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçülmesi çalışmasında hipertansiyonu olan bireylerde işlevsel sağlıkta kısıtlılığa neden olduğu görülmüştür (94).

Arslantaş ve ark. 2006 yılında Eskişehir Mahmudiye ilçesinde yaptıkları yaşlılarda yaşam kalitesi çalışmasında hipertansiyon ve diyabet gibi herhangi bir kronik hastalığı olan bireylerde yaşam kalitesinin düştüğü görülmüştür (95).

Wee ve ark. 2005 yılında Singapur’da yaptıkları diabetes mellitus ve diğer kronik tıbbi durumların sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerindeki etkisi çalışmada kronik hastalığı olan bireylerde yaşam kalitesinin daha kötü olduğu görülmüştür (96).

Güven ve ark. 2018 yılında Adıyaman’da diyabetik koroner arter hastalarında bypass operasyonu ve stent uygulamalarında yaş faktörünün yaşam kalitesi üzerine etkisi çalışmasında aterosklerotik kalp hastalığı bulunan kişilerde yaşam kalitesi puanları daha düşük bulunmuştur (97).

Ekici’nin 2010 yılında Ankara’da yaptığı KAH ciddiyeti ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon ilişkisi çalışmasında KAH olan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük enerji seviyesi ve fiziksel yetenek skorları izlenmiştir (98).

Göçgeldi ve ark. 2008 yılında İstanbul’da yaptıkları hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi çalışmasında, hipertansiyonu bulunan bireyler sağlıklı bireylere göre daha düşük yaşam kalitesi puan aldıkları görülmüştür. Bu da kronik hastalığın, hareket kabiliyeti ve duygusal durumu etkilediği söylenebilir (92).

Özdemir ve ark. 2011 yılında Trabzon’da yaptıkları tip 2 DM’li hastalarda yaşam kalitesi ve ruhsal belirtiler çalışmasında diyabeti bulunan bireylerde psikolojik problemlerin daha çok olduğu, hareketliliğin azaldığı, sosyal iletişimin daha sorunlu olduğu görüldü. Bu hasta gruplarında yaşam kalitesinin düşük seyrettiği görülmüştür (99).

Soyyigit ve ark. 2006 yılında İstanbul’da yaptıkları kronik obstrüktif akciğer hastalığında yaşam kalitesinin belirlenmesinde SF-36 sağlık taramasının değeri çalışmasında, ağrı dışındaki ölçek skorlarının hepsi normale göre yarı yarıya azalmıştır. Bunlar içinde fiziksel rol skalasının en fazla etkilendiği görülmüştür (100).

Ferrer ve ark. 1997 yılında Amerika’da yaptıkları KOAH evresi ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi çalışmasında hastalığı olan bireylerde yaşam kalitesi düştüğünde kronik obstrüktif akciğer hastalık evresinin arttığı KOAH alevlenmesi sık olanlarda da

yaşam kalitesinin düştüğü ve birbiriyle kısır bir döngü oluşturup hastayı olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (101).

Özden ve ark. 2019 yılında Hatay’da yaptıkları kronik obstrüktif akciğer hastalarında dispnenin yaşam kalitesi ve depresyona etkisi çalışmasında nefes darlığı şiddetinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği, nefes darlığı şiddeti arttıkça işlevsel sağlığın daha çok bozulduğu görüldü. Nefes darlığına bağlı temel ihtiyaçlarını karşılayacak hareketleri ve rutin işlerini yapma konusunda olumsuz yönde etkilediği ve nefes darlığının düzeyinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyerek hastaların duygusal anlamda çöküntü yaşadıkları görülmüştür (102).

İrkil’in 2016 yılında Kocaeli’nde yaptığı astımlı hastalarda eğitimin yaşam kalitesine etkisi çalışmasında astımlı hastaların günlük aktivite ve rollerinin kısıtlandığı, yaşam kalitesinin sağlıklı insanlara oranla daha kötü olduğu görülmüştür (103).

Osborne ve ark. 1998 yılında Amerika’da yaptıkları astımlı hastaların yaş ve cinsiyet özelliklerine göre bir karşılaştırma çalışmasında yaşam kalitesinin astımlı hastalarda sağlıklı bireylere göre daha fazla etkilendiği ve astımlı hastaların fiziksel ve ruhsal anlamda daha kötü sağlık durumunda olduğu görülmüştür (104).

Pollard L ve ark. 2005 yılında İngiltere’de romatoid artritli (RA) hastada yaşam kalitesi çalışmasında RA hastalarının başlıca yakınmaları ağrıdır. Ağrı ve engellilik düzeyinin hastanın ruhsal ve fiziksel sağlık durumunu olumsuz yönde etkilemesi kaçınılmazdır. Ağrının şiddeti arttıkça kişilerin hem kaygı hem de aktivitelerin daha çok etkilendiği, yaşam kalitesinin daha çok bozulduğu görülmüştür (105).

Rupp ve ark. 2006 yılında İskandinavya’da yaptıkları RA’li hastalarda engellilik ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi çalışmasında ağrı ve depresif semptomların, yaşam kalitesine olan etkisinin radyolojik eklem hasarına göre daha fazla olduğunu saptamışlardır (106). RA hastalarında hastalığın en büyük etkilerinin ağrı ve sağlığın fiziksel kısıtlılık boyutuyla ilgili olduğu görülmüştür (107).

Kaya ve ark. 2007 yılında İzmir’de yaptıkları RA’li hastalarda yaşam kalitesi çalışmasında hastaların fonksiyonel durum ve rol güçlüklerinin olduğunu böylece fiziksel ve ruhsal durumlara bağlı kaygıların öne çıktığı görülmüştür. Bel ağrıları olan

olguların ise yaşadıkları ağrı ve genel sağlık durumuna odaklandıkları gözlemlendi. Ruhsal anlamda da sorunların ortaya çıktığı ve fonksiyonel sağlık durumlarının bozulduğu görüldü (108).

Bizim çalışmamızda bedensel sağlık, duygu durum, günlük aktiviteler, sosyal faaliyetler, sağlık durumunda değişiklik, genel sağlık, yaşam kalitesi ve ağrının kronik hastalıklarla ilişkisi incelenmiş olup herhangi bir kronik hastalığı olan kişilerde sağlıklı kişilere göre daha yüksek ortalama COOP WONCA puanı aldığı görüldü.

İstatistiksel analizlerde bedensel sağlık, duygu durum, günlük aktiviteler, sosyal faaliyetler, sağlık durumunda değişiklik, genel sağlık, yaşam kalitesi ve ağrının kronik hastalıklarla ilişkisi ayrı ayrı incelenmiş olup her biri için anlamlı sonuç bulunmuştur. Kronik hastalık varlığında fonksiyonel (işlevsel) sağlık durumunu belirleyen COOP WONCA ölçeğinin tüm sonuçları anlamlı bulunmuştur. Kronik hastalığın varlığı kötü sağlık durumu ve kötü yaşam kalitesine neden olduğu diğer araştırmalardaki sonuçlarla benzer şekilde anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Romatizmal hastalıkları olan bireylerde ağrı için en yüksek ortalama COOP WONCA puanı elde edilmiştir. Romatizmal hastalıkların yüksek ağrı düzeyi konusunda diğer kronik hastalıklardan daha kötü olma eğilimi olduğu görülmüştür.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamızda yaşla birlikte bozulan işlevsel sağlık durumu ve yaşam kalitesi yaşa bağlı kötüleşebileceği sonucu hastaların muayene esnasında ve sonrasında yaş faktörünün önemini ortaya koymaktadır.

Kadın hastaların özellikle duygu durum, sosyal faaliyet ve günlük aktivitede daha çok kısıtlandığı ve işlevsel sağlık durumlarının kötü olma eğilimi olduğu görüldüğü için bu hastaların basit sorularla işlevsel sağlık durumu ve yaşam kalitesi belirlenip gerekli önerilerde bulunabilir.

İşlevsel sağlık ve yaşam kalitesi açısından bekâr ve evli olmanın daha olumlu sonuçlar verdiği görülmüştür. Eşinden ayrılmaya bağlı yaşanan stres, fiziksel ve ruhsal anlamda kadını olumsuz yönde etkiler ve işlevsel sağlık durumunu bozabilir. Bunun bilincinde olup bu tür hastalara yaklaşımda daha detaylı sorgulama yapma gereksinimi ve hastayı anlamaya ihtiyaç vardır.

Bedensel sağlık, duygu durum, günlük aktiviteler, sosyal faaliyetler, sağlık durumunda değişiklik, genel sağlık, yaşam kalitesi ve ağrı kronik hastalıklardan etkilenmekte olup hastaların işlevsel sağlığını bozmaktadır. Herhangi bir işlevde kayıp ya da sorun olduğundan diğerleri de buna bağlı olarak bozulmaktadır. Ağrısı olan hastalarda daha kötü duygu durum, günlük aktivite ve sosyal faaliyet olduğu görülmüştür. Bunlar üzerindeki etkiler nedeniyle kronik hastalıkların tedavileri kadar yaşam kalitesi üzerindeki etkisi üzerinde daha çok çalışmalar yapılmalıdır. Uzun yaşamak kadar fonksiyonel sağlığın da öneminin büyük olduğu göz ardı edilmemesi gereken bir konudur.

Tüm kronik hastalıkların belli bir oranda işlevsel sağlık durumunu etkilediği, bireylerin fiziksel veya ruhsal anlamda olumsuz sonuçlarıyla yaşam kalitesini düşürdüğünü, kendine yetememe olasılığını artırdığını, bunların sosyal ve toplumsal olarak bir sorun oluşturabileceğini öngörüp buna göre bir strateji geliştirilmelidir.

İşlevsel sağlık durumunun aile hekimliğine başvuran hastaların fiziksel ve ruhsal iyilik hallerinin belirlemesinde yol gösterici olarak kullanılması gerekmektedir. Bu çalışmada işlevsel sağlık durumunun bireyin yaşlı olması, cinsiyetin kadın olması,

herhangi bir şekilde eşini kaybetmiş olması, düşük eğitim düzeyi ve kronik hastalığı bulunması gibi durumlardan olumsuz yönde etkilendiği bir kez daha ortaya konmuştur. Aile hekimi özellikle bu gruba dahil bir bireyle karşılaşınca, hastadan daha detaylı fizik muayene ve öykü alması faydalı olabilir. İşlevsel sağlık durumunun hangi faktörlere göre daha çok bozulduğunu tespit etmek için geçerli ölçekler kullanılabilir. Böylelikle hastaların işlevsel sağlık durumunu ve yaşam kalitesini etkileyen unsurlara yönelik önlemler almak için çaba sarf edilmesi faydalı olabilir.

KAYNAKLAR

1. de Grauw WJ, van de Lisdonk EH, Behr RR, van Gerwen WH, van den Hoogen HJ, van Weel C. The impact of type 2 diabetes mellitus on daily functioning. *Family practice*. 1999;16(2):133-9.
2. Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. *Romatizma Dergisi (Turkish Journal of Rheumatology)*. 2005;20(1):55-63.
3. Fortin M, Dubois M-F, Hudon C, Soubhi H, Almirall J. Multimorbidity and quality of life: a closer look. *Health and quality of life outcomes*. 2007;5(1):52.
4. Wang C, Lang J, Xuan L, Li X, Zhang L. The effect of health literacy and self-management efficacy on the health-related quality of life of hypertensive patients in a western rural area of China: a cross-sectional study. *International journal for equity in health*. 2017;16(1):1-11.
5. Çalışkan ARG, Uzuner A. Bir grup tip 2 diyabet hastasında COOP-WONCA işlevsel durum ölçeklerinin Türkçe geçerlilik araştırması. *The Journal of Turkish Family Physician*. 2016;7(3):54-76.
6. Lam CL, Lauder IJ. The impact of chronic diseases on the health-related quality of life (HRQOL) of Chinese patients in primary care. *Family Practice*. 2000;17(2):159-66.
7. Paterson C. Seeking the patient's perspective: a qualitative assessment of EuroQol, COOP-WONCA charts and MYMOP. *Quality of Life Research*. 2004;13(5):871-81.
8. Van Weel C. Functional status in primary care: COOP/WONCA charts. *Disability and rehabilitation*. 1993;15(2):96-101.
9. International Classification of Functioning, Disability, and Health: Children & Youth Version: ICF-CY: World Health Organization; 2007.
10. Rabey M, Beales D, Slater H, O'Sullivan P. Multidimensional pain profiles in four cases of chronic non-specific axial low back pain: an examination of the limitations of contemporary classification systems. *Manual therapy*. 2015;20(1):138-47.
11. Yavuz B. Geriatrik değerlendirme ve testler. *İç Hastalıkları Dergisi*. 2007;14(1):5-17.
12. Varni JW, Limbers CA, Burwinkle TM. Impaired health-related quality of life in children and adolescents with chronic conditions: a comparative analysis of 10 disease clusters and 33 disease categories/severities utilizing the PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales. *Health and quality of life outcomes*. 2007;5(1):43.
13. Bentsen BG, Natvig B, Winnem M. Questions you didn't ask? COOP/WONCA Charts in clinical work and research. *Family practice*. 1999;16(2):190-5.
14. Hoffman C, Rice D, Sung H-Y. Persons with chronic conditions: their prevalence and costs. *Jama*. 1996;276(18):1473-9.
15. Hornbrook MC, Goodman MJ. Chronic disease, functional health status, and demographics: a multi-dimensional approach to risk adjustment. *Health services research*. 1996;31(3):283.
16. Browne GB, Arpin K, Corey P, Fitch M, Gafni A. Individual correlates of health service utilization and the cost of poor adjustment to chronic illness. *Medical care*. 1990;43-58.

17. Memel D. Chronic disease or physical disability? The role of the general practitioner. *British Journal of General Practice*. 1996;46(403):109-13.
18. Arenas MD, Álvarez-Ude F, Reig-Ferrer A, Zito JP, Gil MT, Carretón MA, et al. Emotional distress and health-related quality of life in patients on hemodialysis: the clinical value of COOP-WONCA charts. *Journal of nephrology*. 2007;20(3):304-10.
19. Stewart AL, Greenfield S, Hays RD, Wells K, Rogers WH, Berry SD, et al. Functional status and well-being of patients with chronic conditions: results from the Medical Outcomes Study. *Jama*. 1989;262(7):907-13.
20. De Bock G, Kaptein A, Touw-Otten F, Mulder J. Health-related quality of life in patients with osteoarthritis in a family practice setting. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*. 1995;8(2):88-93.
21. Krousel-Wood M, Richard NR. Health status assessment in a hypertension section of an internal medicine clinic. *The American journal of the medical sciences*. 1994;308(4):211-7.
22. van den Akker M, Buntinx F, Knottnerus JA. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of literature. *The European Journal of General Practice*. 1996;2(2):65-70.
23. Yamaguchi M, Nakao M, Obata H, Ikeda H, Kanda T, Wang Q, et al. Application of the COOP/WONCA charts to aged patients with chronic obstructive pulmonary disease: a comparison between Japanese and Chinese populations. *BMC public health*. 2013;13(1):754.
24. Hoopman R, Terwee CB, Aaronson NK. Translated COOP/WONCA charts found appropriate for use among Turkish and Moroccan ethnic minority cancer patients. *Journal of clinical epidemiology*. 2008;61(10):1036-48.
25. Coons SJ, Rao S, Keininger DL, Hays RD. A comparative review of generic quality-of-life instruments. *Pharmacoeconomics*. 2000;17(1):13-35.
26. Nelson EC, Wasson J, Johnson D, Hays RD. Dartmouth COOP functional health assessment charts: Brief measures for clinical practice. 1995.
27. Martín-Díaz F, Reig-Ferrer A, Ferrer-Cascales R. Assessment of health-related quality of life in chronic dialysis patients with the COOP/WONCA charts. *Nephron Clinical Practice*. 2006;104(1):c7-c14.
28. Chin WY, Wong CKH, Ng CCW, Choi EPH, Lam CLK. Cultural adaptation and psychometric properties of the Chinese Burden of Treatment Questionnaire (C-TBQ) in primary care patients with multi-morbidity. *Family practice*. 2019;36(5):657-65.
29. Lam CL, Lauder IJ, Lam DT. How does a change in the administration method affect the reliability of the COOP/WONCA Charts? *Family Practice*. 1999;16(2):184-9.
30. Langenhoff B, Krabbe P, Wobbes T, Ruers T. Quality of life as an outcome measure in surgical oncology. *British Journal of Surgery*. 2001;88(5):643-52.
31. Saatci E, Tahmiscioglu G, Bozdemir N, Akpinar E, Ozcan S, Kurdak H. The well-being and treatment satisfaction of diabetic patients in primary care. *Health and quality of life outcomes*. 2010;8(1):67.
32. Erdem E. Kanserli Çocukların Anne-Babalarının Yaşam Kalitesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Ankara. 1999.

33. Özgül A, Peker F, Taşkaynatan M, Tan A, Dinçer K, Kalyon T. Ankilozan spondilitte hastalığın yaşam kalitesi ve yaşam alanlarına etkisi. *Romatizma*. 2003;18(2):82-91.
34. KOLCU M, ERGÜN A. Yaşlılarda hipertansiyon. 2017.
35. Chajae F, Pirzadeh A, Hasanzadeh A, Mostafavi F. Relationship between health literacy and knowledge among patients with hypertension in Isfahan province, Iran. *Electronic physician*. 2018;10(3):6470.
36. Aydoğan Ü, Mutlu S, Akbulut H, Taş G, Aydoğdu A, Sağlam K. Hipertansiyon Hastalarında Anksiyete Bozukluğu. *Konuralp Medical Journal/Konuralp Tıp Dergisi*. 2012;4(2).
37. Fernández-López JA, Siegrist J, Hernández-Mejía R, Broer M, Cueto-Espinar A. Study of quality of life on rural hypertensive patients. Comparison with the general population of the same environment. *Journal of clinical epidemiology*. 1994;47(12):1373-80.
38. Fryback DG, Dasbach EJ, Klein R, Klein BE, Dorn N, Peterson K, et al. The Beaver Dam Health Outcomes Study: initial catalog of health-state quality factors. *Medical Decision Making*. 1993;13(2):89-102.
39. Lyons RA, Lo SV, Littlepage B. Comparative health status of patients with 11 common illnesses in Wales. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1994;48(4):388-90.
40. Battersby C, Hartley K, Fletcher A, Markowe H, Styles W, Sapper H, et al. Quality of life in treated hypertension: a case-control community based study. *Journal of human hypertension*. 1995;9(12):981-6.
41. Bulpitt C, Dollery C, Carne S. Change in symptoms of hypertensive patients after referral to hospital clinic. *Heart*. 1976;38(2):121-8.
42. Kjellgren K, Ahlner J, Dahlöf B, Gill H, Hedner T, Säljö R. Perceived symptoms amongst hypertensive patients in routine clinical practice—a population-based study. *Journal of internal medicine*. 1998;244(4):325-32.
43. Møller L, Kristensen TS, Hollnagel H. Self rated health as a predictor of coronary heart disease in Copenhagen, Denmark. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1996;50(4):423-8.
44. Dimenas E, Dahlof C, Olofsson B, Wiklund I. CNS-related subjective symptoms during treatment with beta 1-adrenoceptor antagonists (atenolol, metoprolol): two double-blind placebo controlled studies. *British journal of clinical pharmacology*. 1989;28(5):527-34.
45. Avorn J, Everitt DE, Weiss S. Increased antidepressant use in patients prescribed β -blockers. *Jama*. 1986;255(3):357-60.
46. Currie D, Lewis R, McDevitt D, Nicholson A, Wright N. Central effects of beta-adrenoceptor antagonists. I-Performance and subjective assessments of mood. *British journal of clinical pharmacology*. 1988;26(2):121-8.
47. Isacson D, Bingefors K, Carlson G. Analysing psychiatric side-effects of beta-blockers using large computerized data bases. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 1995;4(6):335-41.
48. Kullman S, Svärdsudd K. Differences in perceived symptoms/quality of life in untreated hypertensive and normotensive men. *Scandinavian journal of primary health care Supplement*. 1990;1:47.
49. Lahad A, Yodfat Y. Impact of comorbidity on well-being in hypertension: case control study. *Journal of human hypertension*. 1993;7(6):611.

50. Lawrence WF, Fryback DG, Martin PA, Klein R, Klein BE. Health status and hypertension: a population-based study. *Journal of clinical epidemiology*. 1996;49(11):1239-45.
51. Bardage C, Isacson DG. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *Journal of clinical epidemiology*. 2001;54(2):172-81.
52. Svärdsudd K, Tibblin G. Is quality of life affecting survival? The study of men born in 1913. *Scandinavian journal of primary health care Supplement*. 1990;1:55-60.
53. Weiler PG, Lubben JE, Chi I. Hypertension in elderly people in a preventive health program. *American journal of preventive medicine*. 1989;5(4):216-24.
54. Napoli C, Glass CK, Witztum JL, Deutsch R, D'Armiento FP, Palinski W. Influence of maternal hypercholesterolaemia during pregnancy on progression of early atherosclerotic lesions in childhood: Fate of Early Lesions in Children (FELIC) study. *The Lancet*. 1999;354(9186):1234-41.
55. Söğüt E, Avcı E, Üstüner F, Arıkan E. Serum aterojenite indeksi olarak (TG/HDL-K) oranının değerlendirilmesi. *Türk Klinik Biyokimya Derg*. 2006;4:1-8.
56. Şahin Ö. Kayseri Şehir Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde Koroner Arter Hastalığı Olan Hastalarda Lipid Düşürücü İlaç Kullanımına Uyum ve LDL-Kolesterol Hedefine Ulaşma Düzeyleri. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*. 10(1):84-90.
57. Öngen Z, Yılmaz Y. Aterosklerozun patogenezi. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*. 2006;2(7):1-9.
58. Karadede A, Temamogulları A, Altındag A, Ulgen S, Iltumur K, Toprak N. The relation between the number and severity of coronary artery stenosis and tendency to depression and anxiety. *Türkiye Klinikleri J Cardiol*. 2001;14(2):98-103.
59. Agargun MY, Dulger H, Inci R, Kara H, Ozer OA, Sekeroglu MR, et al. Serum Lipid Concentrations in Obsessive—Compulsive Disorder Patients with and without Panic Attacks. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2004;49(11):776-8.
60. Eski S. Miyokart Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. *Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*. 1999.
61. Günalay S, Taşkiran E, Demir B, Erdem S, Mergen H, Akar H. Tip 2 diyabetes mellitus hastalarında tedavi yöntemleri, glisemik kontrol ve diyabet komplikasyonları ile depresyon ve anksiyete riski arasındaki ilişki. 2016.
62. Atlas D. International diabetes federation. *IDF Diabetes Atlas, 7th edn Brussels, Belgium: International Diabetes Federation*. 2015.
63. Koç EM. Diyabet tanısıyla izlenen hastalarda yaşam kalitesi ve ilişkili faktörlerin incelenmesi: Türkiye için bir pilot çalışma. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2015;7(2):76-82.
64. Satman I, Yılmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes care*. 2002;25(9):1551-6.
65. Eren İ, Erdi Ö, Çivi İ. Tip II diyabetes mellitus hastalarında yaşam kalitesi ve komplikasyonların yaşam kalitesine etkisi. *Klinik Psikiyatri*. 2004;7(1):85-94.

66. Türктаş H, Levent E, Oğuzülgen İK, Erbaş D. Effects of inhaled budesnide and nedocromil sodium on exhaled nitric oxide levels in mild asthmatic patients. *Gazi Medical Journal*. 1998;9(4).
67. McCowan C, Neville R, Thomas G, Crombie I, Clark R, Ricketts I, et al. Effect of asthma and its treatment on growth: four year follow up of cohort of children from general practices in Tayside, Scotland. *Bmj*. 1998;316(7132):668-72.
68. Krahn MD, Berka C, Langlois P, Detsky A. Direct and indirect costs of asthma in Canada, 1990. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 1996;154(6):821.
69. Atasever A, Erdinç E. KOAH'da yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2003;51(4):446-55.
70. Mahler DA. How should health-related quality of life be assessed in patients with COPD? *Chest*. 2000;117(2):54S-7S.
71. van Middendorp H, Evers AW. The role of psychological factors in inflammatory rheumatic diseases: From burden to tailored treatment. *Best practice & research Clinical rheumatology*. 2016;30(5):932-45.
72. Vriezekolk J, Eijsbouts A, Evers A, Stenger A, Van Den Hoogen F, Van Lankveld W. Poor psychological health status among patients with inflammatory rheumatic diseases and osteoarthritis in multidisciplinary rehabilitation: need for a routine psychological assessment. *Disability and rehabilitation*. 2010;32(10):836-44.
73. Maurischat C, Ehlebracht-König I, Kühn A, Bullinger M. Structural validity of the Short Form 36 (SF-36) in patients with rheumatic diseases. *Zeitschrift fur Rheumatologie*. 2005;64(4):255.
74. van Groen MM, Peter M, Taal E, van de Laar MA, Glas CA. Application of the health assessment questionnaire disability index to various rheumatic diseases. *Quality of Life Research*. 2010;19(9):1255-63.
75. Aydemir O, Ozdemir C, Koroglu E. The impact of co-morbid conditions on the SF-36: a primary-care-based study among hypertensives. *Archives of medical research*. 2005;36(2):136-41.
76. Burström K, Johannesson M, Diderichsen F. Swedish population health-related quality of life results using the EQ-5D. *Quality of life research*. 2001;10(7):621-35.
77. Sullivan M, Karlsson J. The Swedish SF-36 Health Survey III. Evaluation of criterion-based validity: results from normative population. *Journal of clinical epidemiology*. 1998;51(11):1105-13.
78. Burholt V, Nash P. Short form 36 (SF-36) health survey questionnaire: normative data for Wales. *Journal of Public Health*. 2011;33(4):587-603.
79. Hemingway H, Nicholson A, Stafford M, Roberts R, Marmot M. The impact of socioeconomic status on health functioning as assessed by the SF-36 questionnaire: the Whitehall II Study. *American journal of public health*. 1997;87(9):1484-90.
80. Li J, Yu J, Chen X, Quan X, Zhou L. Correlations between health-promoting lifestyle and health-related quality of life among elderly people with hypertension in Hengyang, Hunan, China. *Medicine*. 2018;97(25).
81. Côté I, Farris K, Feeny D. Is adherence to drug treatment correlated with health-related quality of life? *Quality of life research*. 2003;12(6):621-33.
82. Müezzinoğlu T. Yaşam kalitesi. *Üroonkolji Bülteni*. 2005:25-9.

83. Pennebaker JW. The psychology of physical symptoms: Springer Science & Business Media; 2012.
84. Tibblin G, Bengtsson C, Furunes B, Lapidus L. Symptoms by age and sex: the population studies of men and women in Gothenburg, Sweden. *Scandinavian journal of primary health care*. 1990;8(1):9-17.
85. Bengtsson C, Edström K, Furunes B, Sigurdsson JA, Tibblin G. Prevalence of subjectively experienced symptoms in a population sample of women with special reference to women with arterial hypertension. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 1987;5(3):155-62.
86. Tavşanlı NG, Özçelik H, Karadakovan A. Ağrısı olan yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin incelenmesi. 2013.
87. Li W, Liu L, Puente JG, Li Y, Jiang X, Jin S, et al. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in patients attending hospital clinics in China. *Journal of hypertension*. 2005;23(9):1667-76.
88. Maddigan SL, Feeny DH, Johnson JA. Health-related quality of life deficits associated with diabetes and comorbidities in a Canadian National Population Health Survey. *Quality of Life Research*. 2005;14(5):1311-20.
89. Çalıştır B, Dereli F, Ayan H, Cantürk A. Muğla il merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi. 2006.
90. Rubin RR, Peyrot M. Quality of life and diabetes. *Diabetes/metabolism research and reviews*. 1999;15(3):205-18.
91. Jacobson AM, De Groot M, Samson JA. The evaluation of two measures of quality of life in patients with type I and type II diabetes. *Diabetes care*. 1994;17(4):267-74.
92. Göçgeldi E, Babayiğit MA, Hassoy H, Açikel CH, Taşçı İ, Ceylan S. Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2008;50(3):172-9.
93. Özdemir L, Akdemir N, Akyar İ. Hemşireler için geliştirilen yaşlı değerlendirme formu ve geriatrik sorunlar. *Türk Geriatri Dergisi*. 2005;8(2):94-100.
94. Thumboo J, Chan S, Machin D, Soh C, Feng P, Boey M, et al. Measuring health-related quality of life in Singapore: normal values for the English and Chinese SF-36 health survey. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*. 2002;31(3):366-74.
95. Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Eskişehir Mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 2006;28(2):81-9.
96. Wee H-L, Cheung Y-B, Li S-C, Fong K-Y, Thumboo J. The impact of diabetes mellitus and other chronic medical conditions on health-related Quality of Life: Is the whole greater than the sum of its parts? *Health and quality of life outcomes*. 2005;3(1):1-11.
97. Güven C, Erdal E. Diyabetik koroner arter hastalarında bypass operasyonu ve stent uygulamalarında yaş faktörünün yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018;4(2):921-32.
98. Ekici B, Erkan AF, Alhan A, Sayın I, Aylı M, Töre HF. Is mean platelet volume associated with the angiographic severity of coronary artery disease? 2013.
99. Özdemir İ, Hocaoglu Ç, Koçak M, Ersöz HÖ. Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Ruhsal Belirtiler. *Düşünen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences*. 2011;24(2).

100. Soyuyiğit Ş, Erk M, Güler N, Kılınç G. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında yaşam kalitesinin belirlenmesinde SF-36 sağlık taramasının değeri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2006;54(3):259-66.
101. Ferrer M, Alonso J, Morera J, Marrades RM, Khalaf A, Aguar MC, et al. Chronic obstructive pulmonary disease stage and health-related quality of life. *Annals of internal Medicine*. 1997;127(12):1072-9.
102. Gökçek Ö, Doğru Hüzmeli E, Katayıfçı N. Kronik obstrüktif akciğer hastalarında dispnenin yaşam kalitesi ve depresyona etkisi. 2019.
103. İrkil S. Astımlı hastalarda eğitimin yaşam kalitesine etkisi: Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
104. Osborne ML, Vollmer WM, Linton KL, Sonia Buist A. Characteristics of patients with asthma within a large HMO: a comparison by age and gender. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 1998;157(1):123-8.
105. Pollard L, Choy E, Scott D. The consequences of rheumatoid arthritis: quality of life measures in the individual patient. *Clinical and experimental rheumatology*. 2005;23(5):S43.
106. Rupp I, Boshuizen H, Dinant H, Jacobi C, Van den Bos G. Disability and health-related quality of life among patients with rheumatoid arthritis: association with radiographic joint damage, disease activity, pain, and depressive symptoms. *Scandinavian journal of rheumatology*. 2006;35(3):175-81.
107. Heiberg T, Finset A, Uhlig T, Kvien T. Seven year changes in health status and priorities for improvement of health in patients with rheumatoid arthritis. *Annals of the rheumatic diseases*. 2005;64(2):191-5.
108. Kaya T, Karatepe AG, Günaydın R, Türkmen G, Özbek G. Romatoid Artritli Hastalarda Yaşam Kalitesi: Hastalık Aktivitesi, Fonksiyonel Durum ve Sağlık Durumu ile İlişkisi. *Romatizma/Rheumatism*. 2007;22(4).

ÖZ GEÇMİŞ

Kişisel Bilgilerim

Adı : Celal
Soyadı : AKIN
Doğum Yeri : Kozluk
Doğum Tarihi : 01/ 01/ 1990
Mesleği : Tıp Doktoru
Uzmanlığı : Aile Hekimliği
Yabancı Dil : İngilizce
E-mail : drcelalakin1@gmail.com

Öğrenim Bilgilerim

<u>Okul</u>	<u>Şehir</u>	<u>Mezuniyet</u>
1) Güveçli İÖO	Batman/Merkez	2003
2) Kozluk YİBO	Batman/Kozluk	2006
3) Batman Fen Lisesi	Batman/Kozluk	2010
3) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi	İstanbul	2016

Mesleki Tecrübelerim

Tarih

1-Batman toplum sağlık merkezi	2016
3-Batman Kadın Doğum Ve Çocuk Hastanesi	2017
3-Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Aile Hekimliği A.D. (Arş. Gör. Dr.)	2018-

EKLER

Ek 1. Sosyo-demografik Bilgi Formu

1. YAŞ:

2. CİNSİYET

Erkek	Kadın
-------	-------

3. YAŞADIĞINIZ YER

Büyük şehir	Şehir	İlçe	Köy
-------------	-------	------	-----

4. EĞİTİM DURUMUNUZ

Okur-yazar değil	İlkokul mezunu	Ortaokul mezunu	Lise mezunu	Üniversite
---------------------	-------------------	--------------------	----------------	------------

5. YAŞAMA ORTAMI

Tek başına	Eşiyle birlikte	Eşi ve çocuklarıyla	Anne Babasıyla	Bakıcıyla
---------------	--------------------	------------------------	----------------	-----------

6. MEDENİ DURUM

Evli	Bekâr	Boşanmış	Eşi vefat etmiş
------	-------	----------	-----------------

7. KRONİK HASTALIK

Sağlıklı	
KAH-HT	
DM	
Astım-KOAH	
Romatizmal hastalıklar	
Diğer	

Ek 2. COOP –WONCA Ölçeği Anketi

1- Bedensel sağlık

Son iki hafta boyunca... En az 2 dakika süre ile yapabildiğiniz en ağır bedensel faaliyet neydi?

ÇOK AĞIR(hızlı koşmak-hızlı tempoda)	AĞIR(koşmak yavaş tempoda)	ORTA(yürümek hızlı tempoda)	HAFİF(yürümek orta hızda)	ÇOK HAFİF(yürümek yavaş tempoda)
1	2	3	4	5

2- Duygu durumu

Son iki hafta boyunca... Endişe, depresyon, sinirlilik veya moral bozukluğu ve üzüntü gibi duygusal sorunlar nedeni ne kadar rahatsız oldunuz?

HİÇ	AZ	ORTA	BİRHAYLİ	ÇOK
1	2	3	4	5

3- Günlük aktiviteler

Son iki hafta boyunca... Bedensel ve ruhsal sağlık durumunuz nedeniyle, ev içi ve dışındaki olağan faaliyetlerinizi ya da sorumluluklarınızı yerine getirmekte ne kadar zorluk çektiniz?

Hiç zorluk çekmedim	Çok az zorluk çektim	Biraz zorluk çektim	Çok zorluk çektim	Hiç yapamadım
1	2	3	4	5

4- Sosyal faaliyetler

Son iki hafta boyunca... Fiziksel ve ruhsal sağlığınız, sizin ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ya da benzeri topluluklarla olan sosyal faaliyetlerinizi kısıtladı mı?

HİÇ	AZ	ORTA DERECE	BİR HAYLİ	FAZLASIYLA
1	2	3	4	5

5- Sağlık durumunda değişiklik

İki hafta öncesine kıyasla, şu andaki genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Çok daha iyi	Biraz daha iyi	Neredeyse aynı	Biraz daha kötü	Çok daha kötü
1	2	3	4	5

6- Genel Sağlık

Son iki hafta içindeki Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Mükemmel	Çok iyi	İyi	Orta	Zayıf(kötü)
1	2	3	4	5

7- Yaşam Kalitesi

Sizce son 2 haftadır hayatınız nasıl gidiyor?

Çok iyi nerdeyse daha iyisi olmaz	Oldukça iyi	İyi-kötü yanları yaklaşık aynı	Oldukça Kötü	Çok kötü neredeyse daha kötü olamaz
1	2	3	4	5

8- Ağrı

Son iki hafta boyunca ... Genel olarak ne kadar bedensel ağrı çektiniz?

Hiç ağrı çekmedim	Çok hafif ağrı çektim	Hafif ağrı çektim	Orta derece ağrı çektim	Şiddetli ağrı çektim
1	2	3	4	5

Ek 3. Etik Kurul Raporu



**T.C.
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU**

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Aile Hekimliğine Başvuran Hastalarda Fonksiyonel (işlevsel) Sağlık Durumu Değerlendirilmesi				
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	Yok				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emin LAYIK				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Tıp Eğitimi ve Bilişimi				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı				
	DESTEKLEYİCİ	Yok				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	Yok				
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Tüm gözlemsel çalışmalar				☐
		Anket çalışmaları				☒
		Dosya ve görüntü kayıtları kullanılarak yapılan retrospektif arşiv taramaları ve benzeri gözlemsel çalışmalar				☐
		Kan, idrar, doku, görüntü gibi biyokimya, mikrobiyoloji, patoloji ve radyoloji koleksiyon materyalleriyle veya rutin muayene, tetkik, tahlil ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyallerle yapılacak çalışmalar				☐
		Rutin tetkik ve tedavi işlemleri sırasında elde edilmiş materyallerle yapılacak çalışma				☐
		Hücre veya doku kültürü çalışmaları				☐
		Gen tedavisi klinik araştırmaları dışında kalan ve tanımlamaya yönelik olarak genetik materyalle yapılacak araştırmalar				☐
		Hemşirelik faaliyetlerinin sınırları içerisinde yapılacak araştırmalar				☐
Gıda katkı maddeleriyle yapılacak diyet çalışmaları					☐	
Egzersiz gibi vücut fizyolojisi ile ilgili araştırmalar					☐	
Antropometrik ölçümlere dayalı yapılan çalışmalar					☐	
Yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi araştırmaları gibi insana bir hekimin doğrudan müdahalesini gerektirmeden yapılacak olan tüm araştırmalar					☐	
	Diğer :			☐		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐		

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒	
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	Diğer:	☒	İyi Klinik Uygulamaları Taahhütnamesi, Tüm Araştırmacılara Ait Özgeçmiş, Anabilim Dalı Yazısı, Literattir ve CD



T.C.
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2021/01-31	Tarih: 15/01/2021
	Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emin LAYIK sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen "Aile Hekimliğine Başvuran Hastalarda Fonksiyonel (işlevsel) Sağlık Durumu Değerlendirilmesi" isimli bilimsel araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. Araştırmacıların Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun Çalışma Esasları Hakkında Yönergesinde belirtilen hususları yerine getirdikleri belirlenmiş olup, çalışmalarını ile ilgili tüm sorumluluk araştırmacılara ait olmak üzere, söz konusu çalışmanın gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığına, toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu/oy birliği ile karar verilmiştir.	
	GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
	ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKAN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Serap GÜNEŞ BİLGİLİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Serap GÜNEŞ BİLGİLİ	Dermatoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	SG
Prof. Dr. Hülya ÖZDEMİR	Tıbbi Farmakoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	H.Ö.
Prof. Dr. Murat Çetin RAĞBETLİ	Histoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Doç. Dr. Hülya GÜNBATAR	Göğüs Hastalıkları	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	H.Ö.
Doç. Dr. Zübeyir HUYUT	Tıbbi Biyokimya	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Z.H.
Doç. Dr. Ramazan ÜSTÜN	Fizyoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	R.Ü.
Dr. Öğr. Üyesi Zehra KAYA	Tıbbi Biyoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Z.K.
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Cemil TALMAÇ	Periodontoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Dr. Öğr. Üyesi Necip GÜVEN	Ortopedi ve Travmatoloji	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Dr. Öğr. Üyesi Onur GÖKMEN	Göz Hastalıkları	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Dr. Öğr. Üyesi Sadi ELASAN	Tıbbi Biyoistatistik	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	S.E.
Nazlı AKTAŞ YILMAZ	Avukat	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Derya Diele ÖZÇİÇEK	Eczacı	Van Eczacılar Odası	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	D.Ö.
Özge Burak DEĞER	Sağlık Mesleği Mensubu Olmayan Üye	Van Sanayiciler ve İş Kadınları Derneği	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	O.B.
Adnan SELÇUK	Sağlık Mesleği Mensubu Olmayan Üye	Van İş Geliştirme Merkezi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	A.S.

Sayfa 2/2

Adres : Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Kütüphane Daire Başkanlığı	
Tel : 432- 2251701-05	
Faks : 432-2251091	
e-posta: etikkur@vyu.edu.tr	