CHAPTER 5

YAŞANAN ŞEHRE GÖRE KRONİK HASTALIKLARIN DAĞILIMINA YÖNELİK BİR PİLOT ÇALIŞMA

THE DISTRIBUTION OF CHRONIC ILLNESSES ACCORDING TO HOME CITIES: A PILOT STUDY

Esin TEMELOĞLU ŞEN¹, Özlem SERTEL BERK²

¹Research Assistant, Dr., İstanbul University, Faculty of Letters, Psychology, İstanbul, Turkey
e-mail: esin.sen@istanbul.edu.tr

²Associate Professor, İstanbul University, Faculty of Letters, Psychology, İstanbul, Turkey
e-mail: osberk@istanbul.edu.tr

DOI: 10.26650/BS/SS41.2021.001-4.05

ÖZET

Üç aydan daha uzun süredir devam eden, bireylerin yaşam kalitelerinde ciddi zorlanma oluşturan ve çoğunlukla yavaş seyirli olan kronik hastalıkların tedavisinde biyopsikososyal perspektifte farklı müdahalelere ihtiyaç duyulmaktadır. Kronik hastalıkların ele alınmasında temel paradigma olan biyomedikal model, hastalıkların nedenlerini mikroplar, virüsler, bakteriler gibi biyolojik faktörlere atfetmekte ve tedavide sadece medikal yöntem tercih edilmektedir. Ancak bu paradigma hem hastalıkların açıklanmasında hem de tedavisinde bazı yetersizlikler içermektedir. Tam da böyle bir ihtiyaçtan doğan sağlık psikolojisi, hastalık sürecinin biyopsikososyal ele alınmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Kronik hastalığı olan bireylerin, hastalık yaşantısını etkileyen psikososyal ve sosyodemografik birçok faktör olabilmektedir. Bunlardan birisi, hastaların yaşadıkları şehirlerin özellikleridir. Bu bağlamda, bu çalışmanın amaçlarından ilki şehirlerin sosyokültürel özelliklerine göre hastalık dağılımlarının aydınlatılmasıdır. Bir diğer amaç ise yaşanan şehir ve alınan tanı kapsamında hastaların psikolojik durumları ve yaşam kalitelerindeki farklılaşmanın ortaya konmasıdır.

Çalışmaya farklı gruplardan kronik hastalık tanısı ile tedavi gören 234 kişi katılmıştır. Katılımcılara Sosyodemografik Form, Avrupa Yaşam Kalitesi Ölçeği-5 Boyut (EQoL-5D) ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) uygulanmıştır. Hastaların yaşadıkları şehirler sosyokültürel özellikleri bakımından sınıflandırılmıştır. Bu kapsamda şehirlerin türlerine göre hastalık dağılımlarına yer verilmiştir. Bu betimsel bulgunun yanında, çalışmada hastaların hastalık türü ve yaşadığı şehrin sosyokültürel

özelliklerinin etkisinin psikolojik durum ve yaşam kalitesinde farklılık oluşturmadığı görülmüştür.

Çalışma, hastaların yaşadıkları şehrin sosyokültürel yapısı bağlamında hastalık türlerine dair profil oluşturmak adına öneme sahip olsa da katılımcı sayısı profil çıkarma adına yetersiz kalmaktadır. Ancak bu gibi çalışmaların sağlıklı şehir oluşturulmasında fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik hastalık, yaşanan şehir, yaşam kalitesi, psikolojik durum, sağlıklı şehir

ABSTRACT

Chronic illness can be defined as a slowly progressing lifestyle problem lasting over three months which causes a decrease in the quality of life. A biomedical model (BM), which attributes the reason to a biological marker such as microbes, viruses, and bacteria, is the essential model for assessing and treating chronic illness. Medical tools are used for illness treatment based on the BM. However, the BM does not seem to provide a comprehensive view of either the explanation of the illness or the treatment process. In fact, chronic illnesses should be treated with a comprehensive perspective. Furthermore, the criteria for evaluating illnesses from a biopsychosocial perspective, also highlighted by health psychology, give a broad view to health professionals. Health psychology indicates that there may be many psychosocial and sociodemographic factors that affect the illness experience for individuals with chronic illness. One of these factors is patients' home cities. In this context, the study's first aim is to examine the distribution of illnesses according to patients' home cities. The other objective of the study is to show the distinction in the quality of life and psychological status according to the home cities and the diagnosis of patients.

234 patients with diagnoses of chronic illness participated in the study. The participants filled out a Sociodemographic Form, the European Quality of Life-5 Dimensions (EQoL-5D) Form, and a Brief Symptom Inventory (BSI) Form. This classified their home cities according to their socio-cultural features. Moreover, the distribution of diseases according to the types of cities is presented. Along with the results of the descriptive analysis, it was found that the effects of the illness type and characteristics of home cities did not make a difference to their quality of life.

However, the results revealed that psychological status differed in terms of the patient's home cities. Although the study is crucial for creating a profile about types of illness according to socio-cultural properties of home cities, the fact that there were an insufficient number of participants did not help generalize results. However, it is believed that such studies will be beneficial for establishing a healthy city.

Keywords: Chronic illness, home city, quality of life, psychological status, healthy city

EXTENDED ABSTRACT

Chronic illnesses can be considered one of the most crucial problems in the modern world (Straub, 2014). Chronic illness is described as a slow-progressive lifestyle issue that lasts more than three months and reduces the quality of life (WHO, 2010). Humans' life spans are getting longer because of the progress of health technologies and finding new ways to treat viral and bacterial diseases. That also provides a longer duration of illness (Ayers et al., 2007).

It can be apparent in many lifestyle and social problems due to the crucial changes caused by the illness. Therefore, its treatment should come from a more comprehensive perspective (Albery & Munafô, 2008; Engel, 1959). Twaddle (1968) developed Disease Conceptualization to underline the importance of biopsychosocial evaluation of illness. Twaddle stated that biological factors, individual preferences, individual complaints, and environmental factors influence the illness process. Fundamental factors are taken into account by health professionals (Twaddle, 1994). This is the first time that unhealthy status was defined in terms of biopsychological overview.

Additionally, health has been defined as “a complete physical, mental and social well-being independent of a disease or infirmity” by the World Health Organization (WHO, 2010). The health definition has a broad view, but it has some limitations. According to the definition, complete well-being is the most critical factor for health. In other words, any problem with health (for example, chronic illness, family conflict, pregnancy, etc.) can work against well-being and cause an unhealthy status. However, many chronic illness patients continue with their lives as ordinary people. Therefore, a health definition could also focus on adaptation and self-regulation skills to the environmental changes (Huber et al., 2011).

Therefore, the study aimed to evaluate the environment’s effect on the individual. In addition, the quality of life and psychological status of the study’s chronic illness patients was assessed. Quality of life aims to assess the illness’s long-term effect on the patient’s life (Matcham et al., 2014). Long-term illness experience also increases the psychological symptom level (Ertenli et al., 2010; Matcham, Rayner, Steer, & Hotopf, 2013). Therefore, it is critical to focus on these psychological factors of chronic illness patients. It has also been revealed that home city as a macro social concept can influence illness-related factors. Home-city can sometimes be a protective or facilitator factor (Barton & Grant, 2012). Also, the home city as a social factor can influence the diagnosis. Some illnesses can be seen in some areas more than others (Aytaç & Kurttaş, 2015; Barton & Grant, 2012; Heritage & Dooris, 2009). Hypertension, allergy, and diabetes are the illnesses most seen in Turkey (TUIK, 2017), but the distribution of these illnesses in cities has not been studied before. Therefore, this study presented the distribution of illness according to home cities in Turkey. Consequently, the study’s primary purpose is to evaluate how the quality of life and psychological status of patients with chronic illness differ due to home cities. Moreover, the study may help to understand city and health interaction to construct healthier cities.

Method

The study included 234 patients with chronic illness. Participants filled out a Sociodemographic Form, a European Quality of Life Scale-5 Dimension (EQoL-5D) Form,

and Short Symptom Inventory (BSI) Form. Patients' home cities were classified in terms of their socio-cultural characteristics in order to show distribution. In the data collecting process, some students assisted in obtaining information. The data was collected between November 2016 and May 2017.

Results

It was found that most participants ($N = 230$) evaluated their quality of life at a healthy level, but 107 of them had high levels of psychological symptoms according to the results of the descriptive analysis. Furthermore, musculoskeletal patients showed more psychological symptoms ($N = 54$) at a moderate and higher level. According to the hypothesis test, it was noted that while home cities influence the psychological symptom level, they do not influence the quality of life of patients. Furthermore, it was highlighted that chronic patients living in Istanbul had a higher psychological symptom severity than patients living in other cities.

Discussion

The higher level of psychological symptoms in patients living in Istanbul can be interpreted as their being vital difficulties in life in the metropolis. However, the quality of life did not differ between home cities because most participants perceived themselves as healthy in terms of quality of life. Based on the descriptive results, the results can give an opinion about the distribution of chronic illness in Turkey. Furthermore, focusing on the factors that create the risk of illness in home cities can help create new research and project plans of the effect of social factors on health and disease. Consequently, the study's findings would reveal the responsibility of psychology in establishing and maintaining healthy cities.

1. GİRİŞ

Üç aydan daha uzun süredir devam eden, bireylerin yaşam kalitelerinde ciddi zorlanma oluşturan ve çoğunlukla yavaş seyirli olan kronik hastalıklar birden fazla nedenden kaynaklanmakta ve tedavi sürecinde farklı perspektiflere odaklanılan müdahalelere gereksinim duymaktadır (DSÖ, 2010). Kronik hastalıklar modern dünyanın en önemli problemlerinden birisidir. Sağlık teknolojilerinde geline nokta, viral ve bakteriyel hastalıkların tedavisindeki ilerlemeler sebebiyle insanların yaşam süresi uzamıştır. Ancak bu uzun yaşam süresi kişilerin hastalıkla geçirdiği zamanı arttırmaktadır. Bunun yanında halen tam olarak tedaviyi bulunmayan kronik hastalıklar varlıklarını sürdürmektedir (Ayers ve ark., 2007).

Kronik hastalıklara sebep olan faktörler ve hastalıkların tedavisine dair çalışmalar halihazırda devam etmektedir. Bu yöntemler zaman içerisinde değişim gösterse de (Straub, 2014) halen kronik hastalıkların ele alınmasında biyolojik paradigmanın temel alındığı görülebilmektedir (Albery ve Munafô, 2008). Öte yandan Engel'in (1959) ağrı hastalarıyla yaptığı çalışmalarda da altını çizdiği üzere biyomedikal rolün hastalar üzerindeki etkisi çok belirgin olsa da psikososyal faktörlerin dışlanması hastaların bütünlüklü ele alınmasına engel oluşturmaktadır. Engel'in çalışmaları hastalıkların biyopsikososyal perspektifte ele alınmasında önemli bir eşik teşkil etmektedir. Engel'in (1959) ve sonrasında gelen takipçilerinin de yaptığı çalışmalarla hastalıkların fiziksel kökenli olsun ya da olmasın psikososyal faktörlerden soyutlanamayacağı vurgusu gün geçtikçe değer kazanmaya başlamıştır (Straub, 2014). Bu noktada Twaddle'ın (1968) Hastalık Kavramsallaştırması da hastalıkların biyopsikososyal değerlendirilmesinde önemli etkiler barındırmaktadır. Twaddle hastalıkların değerlendirilmesinde biyolojik etkiler kadar kişinin yaşadığı bireysel zorlanmanın ve sosyal bağlamın kişiye olan etkisini de değerlendirmenin gerektiğini belirtmiştir. Bir başka deyişle hastalık yaşantısında biyolojik faktörler kadar kişinin bireysel tercihlerinin, bireysel yakınmalarının ya da çevresel faktörlerin de etkili olduğu görülmüştür (Twaddle, 1994).

Kendisi bir sosyolog olan Twaddle fizyolojik hastalıkların kişisel deneyimler ve sosyal bağlamdan soyutlanamayacağını ifade etmiştir. Twaddle'a göre, hastalığın bir tanısal boyutu (disease) bulunmaktadır. Hastalığın tanısal boyutunda kişinin hastalık sürecine dair fizyolojik, biyokimyasal, genetik ve zihinsel alanları değerlendirilmektedir. Bu boyut uzmanların ölçmekte, yorumlamakta, sınıflandırmakta, teşhis koyup tedavi etmekte daha az zorlandıkları, somut bir alandır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının hastalık denilince aklına ilk olarak tanısal alanın gelmesi çok olasıdır (Hofmann, 2016). Bunun dışında hastalıkların bir de kişisel rahatsızlık alanı (illness) mevcuttur. Bu alan kişilerin duygularını (sıkıntı, korku,

öfke vb.) ve deneyimlerini içermektedir. Kişisel rahatsızlık oldukça subjektif bir alan olmasına rağmen kişilerin kendisine dair değerlendirmeleri ve günlük konuşmaları ile kolayca takip edilebilmektedir. Örneğin, bir hastaya nasıl olduğunu soran doktorun, hastadan hastalığına dair genel bir değerlendirme alabildiği görülmektedir. Hastalık deneyimi açısından daha az zorlanan kişilerin, tedaviye daha uyumlu olmaları da beklenmektedir (Temeloğlu-Şen, 2019). Bu nedenle, sağlık çalışanlarının hastaların kişisel konfor alanlarını da destekledikleri görülmektedir (Hofmann, 2016).

Sosyal alanda (sickness) ise beklentiler, normlar, kurallar ve geleneklerin etkisi yer alır. Bu alan birey ve toplum ilişkisi üzerinde şekillenmektedir. Sosyal alan hastanın nasıl bir tedavi alacağını, ekonomik gücünü, haklarını ya da kayıplarını gösterir. Bu alan için verilebilecek en iyi örnek, hastalıklara yönelik toplumsal etiketlerdir. Örneğin; tıp doktorları için kalp hastalıkları fibromiyaljiye göre daha gerçek bulunurken (Hofmann, 2016), AIDS toplumun pek çok kesiminde seks işçiliği ile eş tutulmaktadır. Dahası Twaddle, uygulamada kişisel, sosyal ve tanısal alanların birbirleriyle kesiştikleri ya da iç içe geçtikleri durumların da var olabildiğini belirtmektedir (Twaddle, 1968). Şekil 1’de de görüldüğü üzere hastalıklarla ilgili tanımlanan üç alanın da birbiri ile kesiştiği ve birbirinden bağımsız olduğu durumlar mevcuttur.

Şekil 1: Hastalığın kişisel, tanısal ve sosyal alanlarının görsel haritası (Hofmann, 2002)

Şekil 1’de görülen Twaddle’ın (1968) hastalık sınıflandırması incelendiğinde her alanın kendi içerisinde numaralandırıldığı dikkat çekmektedir. Bazı durumlar sadece sosyal açıdan

bir rahatsızlık oluştururken (7. alan; örneğin, eşcinsellik), bazılarının hem tanısallık hem de kişisel rahatsızlık (3. alan; örneğin, kaygı) içerdiği görülmektedir. Tüm bu alanların kesişim gösterdiği 1. alanda ise bu bölümün de ana konusunu oluşturan kronik hastalıklar yer almaktadır (Twaddle, 1994). Kronik hastalıkların kendisi hem bir tanı oluşu hem kişisel rahatsızlık oluşturmaları hem de sosyal açıdan kısıtlayıcı durumlara yol açması sebebiyle Twaddle'ın sınıflandırmasında en orta noktada yer almaktadır.

Twaddle'ın (1965) hastalık kavramsallaştırmasının da öncesinde Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1948 yılında ilk defa kapsamlı olmaya aday bir sağlık tanımıyla karşımıza çıktığını görüyoruz. DSÖ tarafından sağlık, “..bir hastalık ya da sakatlık durumundan bağımsız fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak tam bir iyilik hali..” şeklinde tanımlanmaktadır (DSÖ, 2010). Bu tanım, hem çağının ötesinde hem de Engel, Twaddle gibi pek çok araştırmacının sağlık ya da hastalık değerlendirmelerine ışık tutacak bir tanım olsa da geline bu dönemde ciddi sıkıntılar barındırdığı dikkat çekmektedir. Bunlardan ilki, *tam bir iyilik hali ifadesidir*. Bazı durumlarda her birimiz için bütünsel bir iyilik hali gerçekleşmeyebilmektedir. Dönem dönem daha düşük duyu durumu ya da ağrı nöbetleriyle geçirdiğimiz bir zaman dilimi oluşabilmektedir. Bu tam bir iyilik halinden bizi uzaklaştırırsa da iyiliğimizi sürdürebilecek durumda olabiliriz. Tüm bu araftaki durumların sağlık tanımından uzaklaştırılması kimi çevrelerde bunların *hastalık* olarak sınıflandırılmasına neden olmaktadır. Bu nedenle bu ifadenin tekrar gözden geçirilmesi önerilmektedir (Huber ve ark., 2011). Bunun yanında 1948 yılından beri dünyadaki hastalık özellikleri ve nüfus dağılımı ciddi düzeyde farklılaşmıştır. Özellikle kronik hastalıkların dağılımı ve yayılımında ciddi bir artış vardır. Bu nedenle tüm kronik hastalığı olan bireylerin sosyal hayata verimsiz olarak lanse edilmeleri hastalık durumundan ziyade tanının bir etiketleme oluşturmaya sebep olmaktadır. Öte yandan, bu etiketleyici bakış açısı insanların içinde barındırdıkları yaşamsal sorunları çözmeye dair kapasitelerini ve güçlerini çok fazla minimize etmektedir (Huber ve ark., 2011). Tüm bu eleştiriler göz önüne alınarak DSÖ'nün sağlık tanımını gözden geçirmesi gerekli görülmektedir. Güncel sağlık tanımının sağlığı fiziksel, zihinsel ve sosyal bağlamda ele alması vazgeçilmez olsa da sağlığın ölçülebilirliğine ve gerçekçi bir beklenti oluşturmaya yapacağı vurgu çok önemlidir. Dahası geliştirilecek sağlık tanımının kişinin kendini düzenleme ve uyumlama becerilerini kapsamaması gerekmektedir (Huber ve ark., 2011). Ancak bu şekilde oluşturulmuş bir sağlık tanımında kronik hastalıkların yaşattığı duygusal ve sosyal sorunların azaltılmasına destek sağlanmış olacaktır.

Kronik hastalık yaşantısının yarattığı biyopsikososyal sonuçlardan birisi yaşam kalitesidir. Yaşam kalitesi, hastalığın kişinin yaşamına etkisini değerlendirmek amacıyla ortaya atılmış bir

kavramdır. Çoğunlukla sadece hastalığın tanınal alanını içerdiği düşünülse de fiziksel sağlığın bireyin işlevselliğini ve yaşamının zihinsel, sosyal ve fiziksel yönlerinin “iyi oluş” algısını ne ölçüde etkilediğini tanımlamaktadır (Matcham ve ark., 2014). Yaşam kalitesi kronik hastalıklar gibi uzun süreli tedavi sürecini içeren hastalıklarda çok kritik olmaktadır. Kronik hastalığı olan bireyler için önemli faktörlerden biri de psikolojik iyilik halidir. Psikolojik durum da önemli bir sağlık bileşeni olmasının yanında çevresel, bireysel, sosyal pek çok bağlamdan etkilenebilmektedir (Larsen ve Lubkin, 2013). Kronik hastalık için bir diğer önemli sonuç değişkeni psikolojik zorlanmadır. Uzun süreli hastalık yaşantısı kişinin psikolojik semptom düzeyini de arttırmaktadır (Ertenli ve ark., 2010; Matcham, Rayner, Steer ve Hotopf, 2013).

Dolayısıyla, kronik hastalık yaşantısı, kişiyi biyopsikososyal bağlamda ciddi şekilde etkileyen bir süreç oluşturmaktadır (Straub, 2014). Bu nedenle, hastaların yaşam kaliteleri ve psikolojik iyilik hallerini korumakta zorlandıkları zamanlar mevcuttur. Bir başka deyişle, bazı hastalıkların kişinin yaşam kalitesine ve psikolojik durumuna daha fazla etki ettikleri bilinmektedir. Bu nedenle, hangi hastalıkların yaşam kalitesi ve psikolojik durum açısından daha riskli olduğunu bilmek hastalara uygun biyopsikososyal desteğin sağlanması açısından da önem arz etmektedir.

Kronik hastalıklar güncel sağlık tanımı üzerinden ele alındığında hastaların fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak bir iyilik halinde olmadıkları varsayılabilmektedir. Hastalık ve sağlık kavramlarının biyopsikososyal bağlamda ele alınması gerektiği pek çok araştırmacı tarafından söylenmektedir (Engel, 1959; Twaddle, 1968). Ancak bu kavramların birbirlerinden de sıklıkla etkilendikleri görülmektedir. Bir başka deyişle, biyolojik, psikolojik ve sosyal süreçler hem birbirlerini hem de hastalık ya da sağlık deneyimini değiştirmektedir. Bunlardan birisi olan sosyal alan, hem küçük hem de büyük ölçekte ele alındığında hastalık yaşantısını daha iyi bir açıklama imkanı sağlamaktadır. Mikro ölçekli olarak kişinin kendi sosyal çevresini içerse de makro ölçekte yaşadığı kültür, şehir, ülke, iklimsel özellikler gibi pek çok kavramdan bahsedilebilmektedir (Newman, 2013). Ancak sağlık psikolojisi perspektifinden ele alındığında, hastalıkların mikro (kişilerarası ilişkiler) sosyal-çevresel bağlamda incelendiği görülmektedir. Öte yandan, hastaların yaşadıkları makro çevresel bağlamın da (kültür, şehir vb.) hastalıkla ilişkili biyolojik, psikolojik, deneyimsel ve algısal faktörleri etkileyeceği düşünülmektedir. Bir başka deyişle, makro bir faktör olan yaşanan şehrin yapısı pek çok sebeple hastalığa etki edebilecek ve hastalığın yukarıda bahsedilen yaşam kalitesi ve psikolojik iyi oluş gibi sonuçları da bu bağlamda değişebilecektir. Bu konuda dünyada yapılmış çalışmalar da mevcuttur. Bu çalışmaların bulgularına göre, özellikle metropol şehirlerde yaşamının hava, su ve toprak kirliliği, ulaşım güçlüğü, gürültü gibi çevresel

faktörler açısından ciddi bir dezavantaj oluşturduğu dikkat çekmektedir (Barton ve Grant, 2012; Heritage ve Dooris, 2009). Metropolde yaşayan kişiler bu nedenle ciddi bir bedensel ve duygusal baskı hissedebilmektedir (Aytaç ve Kurttaş, 2015). Bunların kronik hastalıkların oluşumuna ve sürmesine olan etkisi, detaylıca çalışılması gereken önemli bir alandır.

Türkiye genelinde ise hastalık dağılımını şehirlerden bağımsız göstermeyi hedefleyen çalışmaların dahi azlığı dikkat çekicidir. Hastalık dağılımına yönelik en kapsamlı çalışmalardan birini Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2017) gerçekleştirmiştir. TÜİK'in (2017) verilerine göre on beş yaş ve üstü bireylerin son bir yıl içerisinde yaşadıkları başlıca sorunların başında bel ve bel bölgesi hastalıkları gelmektedir. Aynı listedeki kronik hastalıklar içerisinde en sık görünenin hipertansiyon (E=%11.1; K=%20.5; Toplam=%15.8), alerji (E=%7.5; E=%13.9; T=%10.8) ve diyabet (E=%7.1; K=%10.9; T=%9.1) olduğu görülmüştür. Türkiye'de en sık görülen hastalıkların dağılımları TÜİK tarafından araştırılıyor olmasına rağmen bu hastalıkların şehirlerdeki dağılımına raporda yer verilmemiştir.

Oysaki Türkiye gibi toplulukçu kültür öğelerini barındıran bir coğrafyada yaşamak bireyleri yaşadığı çevreye, insanlara, sisteme, değerlere bireyci kültürdekilerden daha fazla bağlı kılmaktadır (Shweder, Much, Mahapatra ve Park, 1997). Bu nedenle Türkiye'de kronik hastalık tanısı olan bireylerin içinde yaşadıkları şehir, gelenek ve görenekler hastalığın doğasına etki edecek derecede büyük önem arz etmektedir. Bu kapsamda, bu çalışmanın ana amacı kişilerin aldıkları kronik hastalık tanıların şehirler göre dağılımına yönelik betimsel bir inceleme gerçekleştirmektir. Aynı zamanda kronik hastalıkların sonuçlarından olan yaşam kalitesi ve psikolojik iyi oluşun şehirler göre nasıl farklılaştığının anlaşılması da hedeflenmektedir. Bu sayede, şehirlerin etkisi gibi sağlık psikolojisi alanında nadiren incelenmiş makro bir perspektifin de ileriiki çalışmalar açısından ülkemizde daha çok yaygınlaşabilmesine katkı sunabilmek amaçlanmaktadır.

2. YÖNTEM

2.1. Örneklem Özellikleri

Çalışmaya çeşitli kronik hastalıkları olan 234 kişi katılmıştır. Bu kişilerin en az üç aydır herhangi bir kronik hastalıkla ilgili aktif tedavi görüyor olması gerekmektedir. Bunun yanında hastalardan tanı grubunu tam olarak bilmeyen ya da henüz tam bir tanı almayan kişiler çalışmaya katılmamıştır. Ayrıca kanser, AIDS gibi psikososyal bağlamda çok farklı bir dinamiği barındıran ve bireysel anlamda zorlanmalar açısından diğer kronik hastalıklardan (etiketleme, tedavinin zorlukları vb.) önemli derecede farklılaşan hastalıklar örneklem dışı

tutulmuştur. Hastaların aldıkları tanıları sadece yazmaları istenmiştir. Yazılan tanı ve varsa ek tanıları ICD 10 kodu (DSÖ, 1992) temel alınarak araştırmacılar tarafından gruplandırılmıştır (bkznz. Tablo 1).

Katılımcıların 61'i (%26) birden fazla tanı ile aktif tedavilerine devam etmektedir. Çalışmada yaş aralığı 18-65 olacak şekilde belirlenmiştir. Geniş bir yaş aralığının seçilmesinin nedeni kronik hastalıkların temsil edilme gücünü arttırmaktır. Bunun yanında çalışmaya katılanların yaş ortalaması 44,48 (ss=13,21) olmuştur. Bu noktada katılımcıların büyük bir kısmının orta yaş grubundan olduğu dikkat çekmiştir. Katılımcıların büyük bir kısmını kadınlar (%76; N=178), evliler (%68; N=159), lise mezunu (%33; N=77), orta gelirli (%76; N=178), çalışmayan (%63; N=147) ve psikiyatrik destek almayan (%77; N=180) kişiler oluşturmaktadır. Örneklemen tanınal özelliklerinin cinsiyetler arasındaki dağılımına Tablo 1'de yer verilmiştir.

Tablo 1. Örneklem Özellikleri*					
		Kadın (N)	Erkek (N)	Toplam	Yüzde
Kronik hastalıklar	Endokrin, beslenme ve metabolik hastalıklar	45	14	59	25
	Sindirim sistemi hastalıkları	0	2	2	1
	Kas ve iskelet sistemi hastalıkları	52	14	66	28
	Dolaşım sistemi bozuklukları hastalıkları	39	19	58	25
	Kan ve kan oluşturan organların hastalıkları hematolojik ve immün sistemle ilişkili hastalıklar	12	1	13	6
	Cilt ve derialtı doku hastalıkları	3	1	4	2
	Tümörler	4	0	4	2
	Kulak ve mestoid hastalıkları	3	0	3	1
	Sinir sistemi hastalıkları	7	3	10	4
	Bazı enfeksiyonlar ve paraziter hastalıklar	3	2	5	2
	Solunum sistemi hastalıkları	10	0	10	4
	Toplam	178	56	234	100
*Birden fazla tanı ile tedavi gören katılımcıların (%26) birincil tanıları temel alınarak tablo düzenlenmiştir.					

Örneklem özellikleri açısından bir diğer önemli nokta ise katılımcıların yaşadıkları şehirlerin dağılımıdır. Katılımcıların %72,6'sı (N=170) İstanbul'da, %27,4'ü (N=64) ise diğer illerde ikamet etmektedir. Ulaşılan kişilerin çoğunlukla İstanbul içerisinde ikamet ettiği görülse de diğer şehirlerde yaşayan katılımcıların sayısının hiç de az olmadığı dikkat çekmektedir. Katılımcıların yaşadıkları şehirlerin dağılımlarına Şekil 1'de yer verilmiştir.

Şekil 2: Katılımcıların Yaşadıkları Şehre Göre Dağılımı

2. 2. Ölçekler

Katılımcılara hastalık geçmişleri ve sosyodemografik özellikleri için Sosyodemografik ve Klinik Form, yaşam kalitesi için Avrupa Yaşam Kalitesi Ölçeği-5 Boyut (EQoL-5D) ve psikolojik durumlar için Kısa Semptom Envanteri (KSE) uygulanmıştır.

Sosyodemografik ve Klinik Bilgiler Formu. Sosyodemografik ve Klinik Bilgiler Formu araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Form, katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir seviyesi, eğitim düzeyleri, yaşadıkları şehir gibi sosyodemografik özellikleri ve tanı, ikincil tanı, psikiyatrik destek alma gibi klinik bilgileri içermektedir.

Avrupa Yaşam Kalitesi Ölçeği- 5 boyut (EQoL-5D). Ölçek EuroQoL (Avrupa Yaşam Kalitesi) ekibi tarafından geliştirilmiş ve 1990 yılı itibarıyla de alanda kullanımı açılmıştır. Ölçeğin amacı, kişilerin beş alandaki (sağlık, hareketlilik, kişisel bakım, günlük aktivite, ağrı ve anksiyete/depresyon) işlevsellik düzeyini ve genel sağlık inancını değerlendirmektir. İlk beş alan 3'lü Likert tipiyle, ikinci kısmı ise görsel analog sistemiyle (0-10 arasında skala ile değerlendirme) ele alınmaktadır (Drummond, O'Brien, Torrance ve Stoddart, 1997). Ölçeğin puanlanmasında ve yorumlanmasında farklı görüşler mevcutsa da bu çalışmada Dolan ve arkadaşlarının (1996) katsayıları kullanılmıştır. EQoL-5D'nin Türkçe uyarlama çalışması akut koroner sendromlu hastalarla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada ölçeğin güvenirlik katsayısının Cronbach $\alpha=0.86$ olduğu ve alt boyutların güvenirlik katsayılarının ise 0.87 ile 0.89 arasında değiştiği görülmüştür (Kahyaoğlu-Süt, 2009).

Kısa Semptom Envanteri (KSE). Kişinin içerisinde olduğu psikolojik durumu kısa sürede değerlendirmek amacıyla geliştirilen KSE, 53 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. 5'li Likert tipi ile ölçümlenmektedir. Ölçek, dokuz alt test ve bir de ek skaladan oluşmaktadır.

Her alt test kendi içerisinde değerlendirilebileceği gibi tüm alt testler bir araya getirilerek genel semptom ortalaması (GSO) da alınabilir. GSO tüm maddelerden elde edilen puanın madde sayısına bölünmesi ile bulunmaktadır. Bu ortalama kişinin rahatsızlık ayırmaksızın genel psikolojik zorlanma düzeyini belli etmektedir (Derogatis, 1977). GSO'dan elde edilen değer, 0 ile 0.5 arasında ise psikopatolojinin olmadığını, 0.5-1 orta derece bir sorun olduğunu, 1 puan ve üstünün psikopatolojinin varlığını belirtmektedir (Şahin ve Durak, 1994). KSE'nin Türkçeye adaptasyonu Şahin ve Durak (1994) tarafından üniversite öğrencileriyle gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları 0.95 ve 0.96 aralığında yer almaktadır. Bu değerlere bakıldığında, ölçeğin güvenilirliğinin çok iyi düzeyde olduğu dikkat çekmektedir (Şahin ve Durak, 1994).

2.3. İşlem

Çalışmanın veri toplama aşaması iki koldan yürütülmüştür. Öncelikle İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (FTR) Anabilim Dalı'nda tedavi gören ve herhangi bir kronik hastalığı olan hastalara uygun örnekleme yöntemiyle ulaşılmıştır. Aynı zamanda üniversitede gönüllük esasına dayanarak öğrencilerin yakınlarına ulaşması istenmiş bu sayede kartopu örnekleme yöntemiyle gerekli şehirselle çeşitlilik de sağlanmaya çalışılmıştır. Ölçekler katılımcılara öğrenciler aracılığıyla kapalı zarflarda ya da bilgisayar üzerinden ölçeğin Word formatını paylaşımı şeklinde uygulanmıştır. Her uygulamada da katılımcıların verilerinin gizliliği sağlanmıştır.

Araştırmanın tüm aşamaları için Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınmıştır. Çalışmanın verileri Kasım 2016 ve Mayıs 2017 aralığında toplanmıştır.

2.4. İstatistiksel Analiz

Araştırmanın analizleri iki bölümde gerçekleştirilmiştir. Öncelikle katılımcıların yaşadıkları çevre, aldıkları tanı ve bunların psikolojik semptom düzeyi ve yaşam kalitesi açısından dağılımları Çapraz Tablo analizi ile değerlendirilmiştir. Daha sonra içinde bulunulan şehir ve aktif tedavi görülen tanı değişkenlerinin psikolojik durum ve yaşam kalitesine tek başına ve ortak etkileri İki Faktörlü ANOVA analizi ile incelenmiştir.

3. BULGULAR

Bulgular, araştırmanın temel soruları dikkate alınarak raporlanacaktır. Bunlardan ilki, kronik fiziksel hastalığı olan bireylerin yaşadıkları şehre göre hastalıklarının dağılımlarının

belirlenmesidir. Hemen arkasından ortaya konan dağılımlar ışığında, hastaların yaşadıkları şehir ve hastalık türlerinin psikolojik durum ve yaşam kalitesine etkisi incelenecektir.

3.1. Çapraz Tablo Analizleri

Çalışmanın ilk amacı doğrultusunda hastaların yaşadıkları şehre, yaşam kalitelerine ve psikoloji semptom düzeyi göre hastalık dağılımları incelenmiştir. Bunun yanında katılımcıların yaşam kaliteleri ve psikolojik semptom düzeyinin yaşanan şehre göre dağılımları da incelenmiştir. Tüm bu analizler gerçekleştirilirken hastaların yaşadıkları şehirler, İstanbul ve diğerleri olarak ayrılmıştır. Diğer şehirlerin katılımcı sayısı düşük olduğu için kendi içerisinde bölünememiştir.

İlk olarak katılımcıların yaşadıkları şehre göre hastalık dağılımlarına Çapraz Tablo ile bakılmıştır. Dağılıma dair bilgiler Tablo 2’de yer almaktadır. Buna göre İstanbul’daki katılımcıların büyük çoğunluğu kas ve iskelet sistemi hastalığı yaşamaktayken diğer şehirlerde endokrin, beslenme ve metabolik hastalıklarına sahip kişilerin daha fazla katılım gösterdiği belirlenmiştir.

Tablo 2. Şehir Türünün Hastalıklara Göre Dağılımı			
	Şehir türü		
Hastalıklar	İstanbul	Diğer	Toplam
Endokrin, beslenme ve metabolik hastalıklar	37 (% 63)	22 (% 37)	59 (%25.21)
Sindirim sistemi hastalıkları	1 (% 50)	1 (% 50)	2 (%0.85)
Kas ve iskelet sistemi hastalıkları	57 (% 86)	9 (% 14)	66 (%28.20)
Dolaşım sistemi bozuklukları hastalıkları	40 (% 69)	18 (% 31)	58 (%24.79)
Kan ve kan oluşturan organların hastalıkları hematolojik ve immün sistemle bağışıklıkla ilgili hastalılar	12 (% 92)	1 (% 8)	13 (%5.55)
Cilt ve derialtı doku hastalıkları	4 (% 100)	0 (% 0)	4 (%1.71)
Tümörler	4 (% 100)	0 (% 0)	4 (%1.71)
Kulak ve mestoid hastalıkları	3 (% 100)	0 (% 0)	3 (%1.28)
Sinir sistemi hastalıkları	4 (% 40)	6 (% 60)	10 (%4.27)
Bazı enfeksiyonlar ve paraziter hastalıklar	3 (% 60)	2 (% 40)	5 (%2.14)
Solunum sistemi hastalıkları	5 (% 50)	5 (% 50)	10 (%4.27)
Toplam	170 (% 73)	64 (% 27)	234 (%100)

İkinci ön analiz doğrultusunda hastalık türüne göre yaşam kalitesi düzeyinin dağılımını Çapraz Tablo ile değerlendirilmiştir. Bu analizde yaşam kalitesi değerleri sınıflandırılmıştır.

Bu sınıflandırma yaşam kalitesi ölçeğinin puan ortalamalarına göre belirlenmiştir. Puan ortalaması 2-3 aralığında yer alan katılımcılar *sağlıklı*, 2 ve altı katılımcılar ise *zorlantılı* olarak kategorilendirilmiştir. Bu kategorilerin hastalıklara göre dağılımına Tablo 3'te yer verilmiştir. Buna göre, en sık zorlanmanın görüldüğü hastalık grubu kas ve iskelet sistemi hastalıkları iken sindirim sistemi, cilt ve derialtı doku, solunum sistemi gibi hastalıklarda katılımcıların yaşam kalitesi açısından zorlanmanın olmadığı dikkat çekmiştir. Öte yandan, hastalıkların pek çoğunu temsil eden katılımcıların nerdeyse tamamının kendisini sağlıklı hissedecek kadar yüksek seviyede yaşam kalitesine sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Yaşam Kalitesi Kategorilerinin Hastalık Türüne Göre Dağılımı			
	Yaşam Kalitesi		
Hastalıklar	Zorlantılı	Sağlıklı	Toplam
Endokrin, beslenme ve metabolik hastalıklar	5 (% 8)	54 (% 92)	59 (%25.21)
Sindirim sistemi hastalıkları	0 (% 0)	2 (% 100)	2 (%0.85)
Kas ve iskelet sistemi hastalıkları	6 (% 9)	60 (% 91)	66 (%28.20)
Dolaşım sistemi bozuklukları hastalıkları	2 (% 3)	56 (% 97)	58 (%24.79)
Kan ve kan oluşturan organların hastalıkları hematolojik ve immün sistemle bağışıklıkla ilgili hastalılar	0 (% 0)	13 (% 100)	13 (%5.55)
Cilt ve derialtı doku hastalıkları	0 (% 0)	4 (% 100)	4 (%1.71)
Tümörler	0 (% 0)	4 (% 100)	4 (%1.71)
Kulak ve mestoid hastalıkları	0 (% 0)	3 (% 100)	3 (%1.28)
Sinir sistemi hastalıkları	0 (% 0)	10 (% 100)	10 (%4.27)
Bazı enfeksiyonlar ve paraziter hastalıklar	1 (% 20)	4 (% 80)	5 (%2.14)
Solunum sistemi hastalıkları	0 (% 0)	10 (% 100)	10 (%4.27)
Toplam	14 (% 6)	220 (% 94)	234 (%100)

Ön analizlerin üçüncü basamağında katılımcıların psikolojik semptom düzeyinin hastalık türüne göre dağılımı Çapraz Tabloyla ele alınmıştır. Analize geçilmeden önce katılımcıların genel semptom ortalamaları yöntem bölümünde değinildiği üzere düşük, orta ve yüksek şeklinde sınıflandırılmıştır (Şahin ve Durak, 1994). Katılımcıların çoğunun (N=107; %45.73) yüksek semptom seviyesi gösterdiği bulgulanmıştır. Katılımcılardan en yüksek semptom seviyesi gösterenlerin kas ve iskelet sistemi hastaları olduğu belirlenmiştir. Tüm hastalıklarda yüksek semptom seviyesi görülme sıklığının düşükten daha fazla olduğu dikkat çekmiştir.

Tablo 4. Psikolojik Semptom Düzeyinin Hastalık Türüne Göre Dağılımı

Hastalıklar	Psikolojik Semptom Düzeyi			Toplam
	Düşük	Orta	Yüksek	
Endokrin, beslenme ve metabolik hastalıklar	22 (% 37)	14 (% 24)	23 (% 39)	59 (%25.21)
Sindirim sistemi hastalıkları	1 (% 50)	1 (% 50)	0 (% 0)	2 (%0.85)
Kas ve iskelet sistemi hastalıkları	12 (% 18)	18 (% 27)	36 (% 55)	66 (%28.20)
Dolaşım sistemi bozuklukları hastalıkları	13 (% 22)	21 (% 36)	24 (% 41)	58 (%24.79)
Kan ve kan oluşturan organların hastalıkları hematolojik ve immün sistemle bağışıklıkla ilgili hastalıklar	2 (% 15)	4 (% 31)	7 (% 54)	13 (%5.55)
Cilt ve derialtı doku hastalıkları	1 (% 25)	1 (% 25)	2 (% 50)	4 (%1.71)
Tümörler	0 (% 0)	0 (% 0)	4 (% 100)	4 (%1.71)
Kulak ve mestoid hastalıkları	2 (% 67)	1 (% 33)	0 (% 0)	3 (%1.28)
Sinir sistemi hastalıkları	3 (% 30)	2 (% 20)	5 (% 50)	10 (%4.27)
Bazı enfeksiyonlar ve paraziter hastalıklar	1 (% 20)	2 (% 40)	2 (% 40)	5 (%2.14)
Solunum sistemi hastalıkları	2 (% 20)	4 (% 40)	4 (% 40)	10 (%4.27)
Toplam	59 (% 25)	68 (% 29)	107 (% 46)	234 (%100)

Dördüncü analizde katılımcıların yaşam kalitesi kategorilerinin görülme sıklıklarının yaşadıkları şehre göre değişim oranları incelenmiştir. Bu incelemede Çapraz Tablo kullanılmıştır. Analiz sonucunda katılımcıların büyük çoğunluğunun (N=220, %94,02) yaşam kalitesi anlamında kendilerini sağlıklı değerlendirdikleri görülmüştür. Her iki şehir türünde de kendilerini sağlıklı değerlendirenlerin sayısının zorlantılı değerlendirenlerden daha fazla olduğu bulunmuştur.

Tablo 5. Yaşam Kalitesi Kategorilerinin Yaşanan Şehre Göre Dağılımı

Şehir türü	Yaşam Kalitesi		Toplam
	Zorlantılı	Sağlıklı	
İstanbul	10 (%5.88)	160 (%94.12)	170
Diğer	4 (%6.25)	60 (%93.75)	64
Toplam	14 (%5.98)	220 (%94.02)	234

Bir sonraki analiz çerçevesinde katılımcıların psikolojik semptom düzeyi sıklıklarının yaşadıkları şehre göre dağılımı Çapraz Tablo ile değerlendirilmiştir. Her iki şehir türünde yaşayan

katılımcıların da daha çoklukla yüksek psikolojik semptom düzeyi gösterdiği bulgulanmıştır. İstanbul'daki katılımcılarda bu farkın (Yüksek N=81; Düşük N=39) çok daha dramatik gerçekleştiği dikkat çekmektedir.

Tablo 6. Psikolojik Semptom Düzeyinin Yaşanan Şehre Göre Dağılımı				
	Psikolojik Semptom Düzeyi			
Şehir türü	Düşük	Orta	Yüksek	Toplam
İstanbul	39 (%22.94)	50 (%29.41)	81 (%47.65)	170 (%100)
Diğer	20(%31.25)	18 (%28.12)	26 (%40.62)	64 (%100)
Toplam	59 (%25.22)	68 (%29.05)	107 (45.73)	234 (%100)

3.2. Araştırma Sorularının Test Edilmesi

Çalışmanın ilk araştırma sorusu olan kişinin yaşadığı şehir ile tanı grubunun psikolojik semptom düzeyine olan etkisinin incelenmesi için İki Faktörlü Anova Analizi kullanılmıştır. Yapılan analizin sonuçlarına göre yaşanan şehrin tek başına semptom düzeyine olan etkisinin anlamlı olduğu ($F_{1-1,66}=5,14$; $p<.05$), ancak tedavi görülen tanı ($F_{10-36}=1,13$; $p>.05$) ve yaşanan şehir ile tanı türünün ortak etkisinin ($F_{7-45}=1,38$; $p>.05$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmüştür (bknz. Tablo 7).

Tablo 7. Yaşanan Şehir ve Hastalık Türünün Psikolojik Semptom Düzeyine Etkisinin ANOVA Tablosu					
	Tip III- Kareler Toplamı	Sd	Ortalama Kare	F	p
Yaşanan şehir	1,66	1	1,66	5,14	.024*
Hastalık türü	3,66	10	.36	1,13	.338
Şehir*Hastalık	3,12	7	.45	1,38	.215
* $p<.05$					

Yaşanan şehir açısından bakıldığında, İstanbul ve diğer şehirler arasında psikolojik semptom düzeyi ortalamaları açısından fark olduğu görülmektedir. Buna göre İstanbul'da yaşayan kişilerin (*Ortalama*=1,04; *ss*=.59) diğer şehirlerde (*Ortalama*=.89; *ss*=.53) yaşayanlara göre daha fazla psikolojik zorlanma yaşadığı bulgulanmıştır.

Tablo 8. Katılımcıların Yaşadıkları Şehre Göre Psikolojik Semptom Ortalaması ve Standart Sapma Değerleri		
	Psikolojik Semptom Düzeyi	
	<i>Ort.</i>	<i>ss</i>
İstanbul	1,04	.59
Diğer Şehirler	.89	.53

Bir diğer araştırma sorusu olan, katılımcıların hastalık türü ve yaşadıkları şehrin yaşam kalitesi değerlerine etkisinin belirlenmesi için İki Faktörlü Anova Analizinden faydalanılmıştır. Yapılan analize göre yaşanan şehrin ($F_{1-17}=.17$; $p>.05$), hastalık türünün ($F_{10-12}=1,5$; $p>.05$) ve her iki değişkenin ortak etkisinin ($F_{7-01}=.15$; $p>.05$) yaşam kalitesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmadığı görülmüştür. Bir başka deyişle katılımcıların içinde bulundukları şehirlerin ve tanılarının yaşam kalitesi üzerinde anlamlı düzeyde farklılık gerçekleştirmediği bulgulanmıştır.

Tablo 9. Yaşanan Şehir ve Hastalık Türünün Yaşam Kalitesine Etkisinin ANOVA Tablosu					
	Tip III- Kareler Toplamı	Sd	Ortalama Kare	F	p
Yaşanan şehir	.01	1	.01	.17	.68
Hastalık türü	1,2	10	.12	1,5	.13
Şehir*Hastalık	.08	7	.01	.15	.99

4. TARTIŞMA

Çalışma kronik hastalığı olan bireylerin tanı ve şehir dağılımlarının belirlenmesi, bunların psikolojik durum ve yaşam kalitesi değişkenlerine etkisini incelemeyi hedeflemektedir. Bu kapsamda çalışmada önce hastalık ve şehir dağılımları değerlendirilmiştir. Daha sonra yaşanan şehrin ve tanının tek başına ve birlikte etkisinin sağlık sonuçları olan yaşam kalitesi ve psikolojik duruma etkisi incelenmiştir.

Öncelikle yapılan çapraz tablo analizleri değerlendirildiğinde katılımcıların çoğunluğunun bir metropol olan İstanbul'da ikamet ettiği, ancak katılımcılardan Sinir Sistemi hastalığına sahip olanların büyük çoğunluğunun ise taşra denilebilecek diğer şehirlerde yaşadığı görülmüştür. Daha sonra sağlık sonuçları olarak değerlendirilen yaşam kalitesi ve psikolojik iyi oluşun alınan tanı ve yaşanan şehre göre dağılımları incelenmiştir. Katılımcıların çoğu (N=230) yaşam kalitesini sağlıklı seviyede değerlendirirken, 107'sinin yüksek düzeyde psikolojik semptom gösterdiği gözlenmiştir. Hastalıklar içerisinde kas ve iskelet sistemi hastalarının diğerlerine göre daha fazla orta ve üstü seviyede (N=54) psikolojik semptom ortalamasına sahip olduğu bulgulanmıştır.

Çalışmanın ana hipotezlerinin test edildiği bölümde, ilk olarak kronik hastalığı olan bireylerin hastalık türü ve yaşadıkları şehrin ayrı ayrı ve birlikte olacak şekilde psikolojik semptom düzeyine ana etkisine bakılmıştır. Analiz sonucunda, sadece yaşanan şehrin ana etkisinin anlamlı olduğu görülmüştür. Bu anlamlılığın, İstanbul'da yaşayan kronik hastaların diğer şehirlerdekilere göre belirti şiddetinin daha yüksek olduğu şeklinde açıklanabileceği

bulgulanmıştır. Psikolojik durum açısından kronik hastalığı olan bireylerin ciddi düzeyde risk içerdiği yapılan Çapraz Tablo analizleriyle (bkz. Tablo 4) ortaya konmuştur. Ancak hastalık türünde hem her hastalık sınıfının eşit düzeyde temsil edilmemesi hem de türlerin sayıca fazla olması sebebiyle anlamlılık yakalanmakta güçlük çekildiği düşünülmektedir. Bu noktada hastalık türlerinin birleştirilmesinin klinik açıdan uygun olamayacağı düşünülerek anlamsız çıkan bulgunun raporlanmasının uygun olacağı değerlendirilmiştir.

Öte yandan, hastalık türü ve yaşanan şehrin yaşam kalitesine olan ana etkisinin değerlendirildiği analizde, değişkenlerin yaşam kalitesi üzerinde ne tek başına ne de birlikte anlamlı düzeyde değişim oluşturmadığı bulunmuştur. Bu bulgudan anlaşılabileceği üzere kronik hastalığa etki eden çevresel ve tanısal faktörlerin, hastaların işlevselliklerinin değerlendirmeyi amaçlayan yaşam kalitesi açısından bir farklılaşmaya sebep olmadığı görülmektedir. Bu nokta Huber ve arkadaşlarının (2011) ifade ettiği üzere bir bireyin kendisini sağlıklı olarak hissetmesi için tam bir iyilik hali içerisinde olmasına gerek olmayabileceği görüşünü destekleyen bir bulguya işaret etmektedir. Çalışmanın katılımcılarının kronik hastalığı olmasına rağmen kendilerini sağlıklı bir işlevsellik düzeyinde görmeleri dikkat çeken bir bulgudur. Bu ve benzeri çalışmalardan elde edilen bulguların DSÖ gibi otoritelerce konulan sağlık tanımlarının değişimine dair itici bir güç olacağı umulmaktadır.

Yapılan çalışma, sağlık psikolojisinin bu zamana kadar görece daha az ele aldığı bir alan olan makro sistemsel (yaşanan şehir) bir durumun kronik hastalık yaşantısına dair sonuç değişkenlerini ele almaktadır. Bu nedenle çalışmanın özellikle Türkçe literatürde öncü bir çalışma özelliğine sahip olduğu düşünülmektedir. Çalışmanın pilot olması sebebiyle bazı eksiklikler içerdiği görülse de alana önemli katkıları olacağı değerlendirilmektedir. Çalışmanın alana dair katkılarının ilki Türkiye’deki şehirlerin kronik hastalık dağılımlarına dair fikirler vermesidir. Bununla ilişkili olabilecek bir diğer katkısı ise, yaşanan şehirden kaynaklı hastalık riski oluşturan faktörler üzerine odaklanmasıdır. Bu iki katkının ışığında yapılan araştırma, makro faktörlerin sağlığa ve hastalığa etkisine dair ileri araştırmalar ve projelerin planlanmasını hızlandıracak düşünülmektedir. İleri araştırma ve projelerin sonuçlarının paylaşılmasıyla birlikte bu alanda oluşabilecek kapsamlı halk sağlığını içeren müdahaleleri hızlandırabileceği düşünülmektedir.

Hastalıkların şehirlere göre dağılımlarının incelenmesinin önemli sonuçlarından bir tanesinin *sağlıklı şehirlerin* kurulması ve yaygınlaşmasına sağlayacağı destek olacaktır. DSÖ tarafından getirilen bir öneri olan sağlıklı şehirlerin oluşturulması amacı 1987 yılından beri ülkemizin de içinde bulunduğu uzun süreli uluslararası gelişme projesidir. Proje şu anda 66 ülkede, 220 dünya şehrinde ve 55 Avrupa şehrinde devam etmekte ve

gün geçtikçe gelişmektedir. Ülkemizde bu proje 1993 yılında, Sağlık Bakanlığı'nın Ulusal Koordinatörlüğünde başlamıştır. Ülkemizden ilk olarak Bursa şehri üyeliğe kabul edilmiştir. İlk üye kent olarak Bursa Büyükşehir Belediyesi Türkiye'de Sağlıklı Kentler Birliği'nin kurulmasına öncülük etmiştir. Şu anda ülkemizde 29 il ve ilçe belediyesi kapsamında proje çalışmaları devam etmektedir (Bursa Şehir Sağlık ve Sağlıklı Şehir Göstergeleri, 2005).

Sağlıklı şehirlerdeki ana hedef, kendisini ve çevresindeki kaynakları geliştirmeyi ve dönüştürmeyi hedefleyen bir yol haritası çıkarmaktır. Bu noktada, sağlıklı şehir projesinin amacı varılması gereken bir hedef değil çalışmacılara bir yol haritası sunabilmektedir. Bu nedenle projede, şehrin var olan kaynaklarının yanında aslında nasıl olması gerektiğine odaklanılmasını hedeflenir (Başaran, 2007; Barton ve Grant, 2012; Bursa Şehir Sağlık ve Sağlıklı Şehir Göstergeleri, 2005).

Sağlık psikolojisi temelli müdahaleler çoklukla mikro sosyal müdahaleleri kapsamaktadır. Bunların ise etki alanı fazlaca dar kalabilmektedir. Ayrıca, mikro müdahaleler görece az kişiye ulaşması ve değişimin uzun vadede korunmasının güç olması sebebiyle ciddi bir maliyet de içermektedir. Öte yandan, makro sistemde geliştirilecek bir müdahalenin bazen çok daha büyük değişimlere zemin hazırlayabileceği görülmektedir. Tüm bu değişim alanı da bazen büyük maliyetlere gerek olmadan etki alanı geniş bir fark oluşturmaktadır. Sağlıklı şehirlerin kurulmasının öncelikli hedefi hasta kişileri iyileştirmek ve rahatsızlık içeren durumu geçirmek değildir. Ancak özellikle kronik hastalığı ya da sakatlığı olan bireylerin yaşayabileceği çevresel sıkıntıların minimize edilmesi faydalı olacaktır. Bu noktada, sistemsel müdahaleleri içeren sağlıklı şehir uygulamasının hedefinin koruyucu ve sürdürücü sağlık hizmeti olması gerekmektedir. Bu sayede özellikle kronik hastalığı olan kişilerin kaliteli bir hayat kurabilmesi ve yaşadıkları zorlanmaların azalması da beklenecektir (Barton ve Grant, 2012).

Türkiye'deki sağlıklı şehir uygulamalarında ise mimarlar, şehir bölge planlama uzmanları, çevre mühendisleri, inşaat mühendisleri gibi uzmanlık alanlarından oluşan multidisipliner gruplar görev almaktadır. Oluşturulan gruplardaki alanlar da göz önüne alındığında sağlıklı şehirlerin oluşturulmasında sadece yapısal değişimin amaçlandığı dikkat çekmektedir. Ancak şehirlerin sağlıklılığının artırılmasında bireysel ve psikososyal ihtiyaçlar da oldukça önemlidir. Bu nedenle sağlıklı şehirler oluşturulurken sağlık alanında çalışan uzmanlar (tıp doktorları, hemşireler vb.), sağlık psikologları, sağlık sosyologları gibi çalışmacılara da çok fazla görev düşmektedir (Başaran, 2007). Bu gibi beşeri bilimlerle çalışan uzmanların sağlıklı kentlerin oluşumu ve gelişiminde daha fazla görev almasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Araştırma hem katılımcı sayısı hem de şehir ve hastalık dağılımı açısından temsil

edici örneklem sayısını içermemektedir. Bu durum, çalışma için önemli bir kısıtlılık arz etmektedir. Bu nedenle, çalışmada elde edilen dağılım oranlarının sadece katılımcılar özelinde değerlendirilmesinin uygun olacağı ve tüm ülkeye genellenemeyeceği düşünülmektedir. Öte yandan, çalışmaya katılan kişilerin büyük oranda İstanbul'da yaşıyor oluşu da çalışmanın önemli kısıtlılıklarından bir diğerini oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleminde, ICD 10 (DSÖ, 1992) sınıflandırma sisteminde bulunan 11 hastalık temsil edilmektedir. Ancak tüm kronik hastalıkların değerlendirilebilmesi için örnekleme ICD 10'da (DSÖ, 1992) yer alan hastalıkların ülkemizde görülme oranlarıyla benzer bir şekilde temsil edileceği araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Tüm bu eksiklerinin yanında bir çevresel faktör olan şehrin ve tedavi görülen tanının yaşam kalitesi ve psikolojik durumla ilişkisinin incelenmesine imkân sağlayacak ilk çalışmalardan olması açısından araştırmanın değerli olduğu düşünülmektedir. Bunun yanında bir pilot çalışma olduğu göz önüne alındığında dahi Türkiye genelinde pek çok şehrin temsil edildiği kronik hastalıkların, o bölgede yaşayan hastaların yaşam kalitesi ve psikolojik durum düzeyine dair dağılımına yönelik verdiği bilgiler açısından alana katkı sağlayacağı umulmaktadır. Çalışmadan elde edilen bulguların, pilot niteliğinde dahi olsa ileride oluşabilecek şehir bazlı müdahale çalışmalarına ışık tutacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın kısıtlılıkları ve alana katkısı birlikte değerlendirildiğinde benzer hipotezlerin daha temsil edici örneklemlemlerle ileriki çalışmalarda tekrar sınanması faydalı olacaktır. Özellikle hastalık ve bölge dağılımı açısından TUİK gibi kuruluşların buna yönelik hipotez oluşturabilmesi için bu çalışma bir örnek niteliği taşımaktadır. Öte yandan, çalışmanın klinisyenlere de yaşanan şehrin, hastalığın ve sağlığın tüm alanlarına olan etkisine daha fazla odaklanmaları gerektiği konusunda fikir vermesi umut edilmektedir.

Kaynakça /References

- Albery, I. P., Munaf, M. (2008). *Key concepts in health psychology*. London: Sage Publications.
- Ayers, S., Baum, A., Mcmanus, I. C., Newman, S., Wallston, K., Weinman, J., West, R. (2007). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (2. baskı). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ayta, . ve Kurtda, M. . (2015). Sağlık - hastalığın toplumsal kkenleri ve Sağlık sosyolojisi. *Fırat niversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25(1), 231-250
- Barton, H. ve Grant, M. (2012). Urban Planning for Healthy Cities. *Journal of Urban Health*, 90(S1), 129-141.
- Başaran, . (2007). Sağlıklı Kentler Kavramının Gelişiminde Sağlıklı Kentler Projesi. *Dokuz Eyll niversitesi Sosyal Bilimler Enstits Dergisi*, 9(3), 207-229.
- Bursa Şehir Sağlık ve Sağlıklı Şehir Gstergeleri (2005). *Bursa Bykşehir Belediyesi Sağlıklı Şehirler Projesi Koordinatrlė Yayını*, Bursa.
- Dolan, P., Gudex, C., Kind, P. ve Williams, A. (1996). The time trade-off method: Results from a general population study. *Health Economics*, 5(2), 141-154.

- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R, Administration, Scoring & Procedures Manual-I for the R(evised) Version*. Baltimore, MD: Self Published.
- Drummond, M. F., O'Brien, B. J., Torrance, G. W. ve Stoddart, G. L. (1997). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. (3rd ed.) Oxford: Oxford University Press.
- Engel, G. L. (1959). Psychogenic pain and the pain-prone patient. *The American Journal of Medicine*, 26(6), 899-918.
- Ertenli, I., Özer, S., Kiraz, S., Apras, S. B., Akdoğan, O., Çalgüneri, M. ve Kalyoncu, U. (2010). Infliximab, a TNF-alpha antagonist treatment in patients with ankylosing spondylitis: the impact on depression, anxiety and quality of life level. *Rheumatology International*, 32(2), 323-330.
- Heritage, Z. ve Dooris, M. (2009). Community participation and empowerment in Healthy Cities. *Health Promotion International*, 24(1), i45-i55.
- Hofmann, B. (2002). On the triad disease, illness, and sickness. *Journal of Medicine and Philosophy*, 27, 651-673.
- Hofmann, B. (2016). Disease, Illness, and Sickness: The Routledge Companion to Philosophy of Medicine (ed. Miriam Solomon, Jeremy R. Simon and Harold Kincaid). Routledge Handbooks Online. <https://www.routledgehandbooks.com/doi/10.4324/9781315720739.ch2>
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. V. D., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... Smid, H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343(2), d4163-d4163.
- Kahyaoğlu-Süt, H. (2009). *Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Yaşam Kalitesi: EQoL-5D Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması* (yüksek lisans tezi). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Larsen, P. D ve Lubkin, I. M. (2013). *Chronic Illness: Impact and Intervention* (7 ed.). Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers.
- Matcham, F., Rayner, L., Steer, S. ve Hotopf, M. (2013). The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology*, 52(12), 2136-2148.
- Matcham, F., Scott, I. C., Rayner, L., Hotopf, M., Kingsley, G. H., Norton, S., Scott, D. L., Steer, S. (2014). The impact of rheumatoid arthritis on quality-of-life assessed using the SF-36: A systematic review and meta-analysis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 44(2), 123-130.
- Newman, D. M. (2013). *Sosyoloji. Günlük Yaşamın Mimarisini Keşfetmek* (Çev. Ali Arslan). Ankara: Nobel Yayınları.
- Shweder, R. A., Much, N. C., Mahapatra, M. ve Park, L. (1997). The “big three” of morality (autonomy, community, divinity) and the “big three” explanations of suffering. In A. M. Brandt & P. Rozin (Eds.), *Morality and health* (p. 119-169). Taylor & Frances/Routledge.
- Straub, R. O. (2014). *Health psychology: a biopsychosocial approach* (4. baskı). Newyork: W. H. Freeman.
- Şahin, N. H. ve Durak A. (1994). Kısa Semptom Envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 44-56.

- Temeloğlu Şen, E. (2019). *Romatoid Artrit ve Ankilozan Spondilit Tanısı Almış Bireylerde Hastalık Algısı, İlaça Uyum Davranışı ve Sağlık Sonuçları Arasındaki İlişkiler: Öz Düzenleyici Model Açısından Bir İnceleme*. (doktora tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Türkiye İstatistik Kurumu (2017). *Sağlık İstatistikleri*, Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,52696/saglik-istatistikleri-yilligi-2017-yayinlanmistir.html>
- Twaddle A. (1968). *Influence and illness: Definitions and definers of illness behavior among older males in Providence, Rhode Island*. Providence: Brown University.
- Twaddle, A. (1994). Disease, Illness and Sickness Revisited. In: Twaddle, A. & Nordenfelt, L. (eds.) *Disease, illness and sickness: Three central concepts in the theory of health*, pp. 1–18. Linköping: Linköping University Press.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2010). *Global Status Report on Noncommunicable Diseases*. [http:// www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/).