

T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI  
Tez Yöneticisi : Yard.Doç.Dr.Birsen YÜRÜGEN

KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN  
HASTALIKTAKİ TUTUM, ADAPTASYON,  
ALGI VE ÖZ-BAKIM YÖNELİMLERİ

DOKTORA TEZİ

44690

TÜRKİYE KÜLTÜR VE TURİZM BAKANLIĞI  
KÜLTÜR VARLIKLARINI KORUMA GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Mahmure ADAYLAR

İSTANBUL-1995

## İÇERİK

	<u>SAYFA</u>
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
3. ÇALIŞMANIN AMACI	19
4. GEREÇ VE YÖNTEM	20
5. BULGULAR	28
6. TARTIŞMA	50
7. SONUÇ VE ÖNERİLER	60
8. ÖZET	63
SUMMARY	64
9. KAYNAKLAR	65
10. EKLER	68
ÖZGEÇMİŞ	95

## 1. GİRİŞ

Sağlık ve hastalık, hemşirelik bilim ve sanatı için merkezi kavramlardır. Hemşirelik bireylerin sağlık düzeyini yükseltmek, onları hastalık ve yetersizlik hallerinden korumak ve uyarmak, hastalık durumunda sağlığın onarımına yardımcı olmak, eğitim, rehabilitasyon gibi amaçları olan bir sağlık disiplindir.

Bu istedik noktalara ulaşabilmek için, hemşire öncelikle ve bilgilerine temel oluşturması açısından sağlık ve hastalık kavramlarının değişik tanımlarını, değişik derecelerini, hastaların hastalıklarını nasıl algıladıkları, hastalıkları sırasında seçtikleri davranışları, hastalığın onlarca anlam ve önemini, yapılan tedavinin onlar üzerinde bıraktığı izlenimi, hastalığın ciddiyetini anlamasını, hastalıkla başa çıkma ve öz-bakım güçlerini etkin ve doğru biçimde kullanıp kullanmadıklarını, psikososyal olarak hastalığa uyum derecelerini, tedavi ve bakımlarına katılımlarını tanımak, bilmek ve bu kriterler ışığında en uygun bakım planını uygulamak zorundadır. Hastaların, hastalıkları konusundaki algı ve tutumları, onların kabulünün önemli bir kısmını oluşturur. Algı ve tutumlar yalnızca mevcut hastalık açısından değil, aynı zamanda gelecekteki deneyimlerinin, uyumlarının doğasını da belirlemesi açısından önemlidir. Bu nedenle hemşireler, bakım planlarını oluştururken hastalığın objektif değerlendirmesinin yanında subjektif değerlendirmeyi de plana dahil etmelidirler (3,12,15).

Hastalık, ağrı, fizik gücünün azalması, beden fonksiyonlarının bozulması ve hatta ölüm olasılığı gibi değişik nedenlerle bireyi tehdit eden bir durumdur ve hastalık aynı zamanda bireyin sosyal rolleri için gerekli performansı gösterememesi açısından sosyal grubun sabitliğini de tehdit eden bir durumdur. Bu açıdan hastalar için hastalık ile ilgili problemler, hastalık sonucunda yaşanan yaşamdaki tüm zorlukları ifade eder (8,23).

Tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi giderek gelişmekte olan ülkemizde de mortalitede azalma ile birlikte morbitenin artması, günümüzde kronik hastalıkları sağlık sorunlarının giderek önemli bir bölümü haline getirmektedir.

Kronik hastalığı olan bireylerin bir bölümü, hastalıklarına iyi uyum gösterirler, fakat diğer bir bölümü bunda başarılı olamaz. Bu durum, bu hastaların sağlık bakım sistemini daha sık kullanmalarına, dolayısıyla sağlık bakımının bedelinin artmasına, sağlık çalışanlarının görev saatlerinin artmasına veya sayıca yetersiz kalmalarına, sağlık sistemlerinin ihtiyaçlar karşısında yeterli olamamasına yol açar. Ayrıca, hastalar karar verme sürecine katılmak için yeterince bilgilendirilmedikleri için çaresizlik, hiddet, bağımlılık, terk edilmişlik duyguları içinde uyumda giderek zorlanırlar.

Bu tarz sorunları yoğun biçimde yaşayan Amerika, Kanada gibi ülkelerde, hastalığıdaki algı ve tutumları, başa çıkma ve öz-bakım güçleri, hastalığa psikososyal uyumu ölçen bir çok araştırma yapılmış ve yapılmaktadır. Bu araştırmaların sonuçlarına göre de değişik hastalıklar için "Model Sağlık Hizmetleri", sağlık eğitim programları, sağlık geliştirme servisleri (hastane bünyesinde veya dışında), geliştirilmesi, yardım grupları, destek grupları gibi değişik organizasyonlar ile çözümler getirilmeye çalışılmaktadır (11,31,43).

Ülkemizde görülen odur ki, son yıllara kadar sağlık, hastalık ve hastaya yaklaşımlar, daha çok objektif verilere dayanan teşhis ve tedavi ağırlıklı hizmetler biçiminde gelişmiş, sağlığın geliştirilmesi, öz-bakım, hastalığa psikososyal uyum, hastalıktaki algı ve tutumlar ve bunların hastalığın seyrine etkileri yeterince araştırılmamıştır. Oysa, ülkemizde kronik hastalığı olan bireylerin giderek sayısının artışı, sağlık harcamalarındaki artışlara karşın istenen sağlık düzeylerine erişilememiş olması önemli bir sorundur. Bu açıdan bireylerin yaşamlarını sağlıkta ve hastalıkta, yapıcı, verimli, üretken, doyurucu biçimde sürdürebilmek için insanların sağlıkta kendi güçlerini, yeteneklerini olumlu davranış ve beceriler geliştirmesini sağlayacak biçimde kullanmalarına olanak tanıyan, hastalıkta ise hem bu güçlerini olumlu yönde kullanmasını, hem de hastalığı gerçekçi biçimde tanınması, değerlendirmesi, uygun başa çıkma, problem çözümü yollarını bulması, hastalığa iyi psikososyal uyum sağlayarak, hastalığın seyrini olumlu bir yöne kaydırması açısından konu ile ilgili çalışmalara ağırlık verilmesinin gelecek için gerekli olduğu inancındayız (3,42,52,60).



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. SAĞLIK VE HASTALIK KAVRAMLARI

Sağlık ve hastalık, tanınan olgular olmasına karşın, bunların tüm otoritelerce kabul gören ortak tanımları yoktur. Sağlık nedir veya hastalık nedir? Bir birey için sağlık olarak kabul edilen bir durum, başka bir birey veya aynı bireyin başka bir döneminde hastalık hali olarak düşünülebilir. Ayrıca sağlık ve hastalığın tanımları değişik sosyal gruplarda farklılıklar gösterebilir. Herkesin tanımı kendi kültürel, ekonomik seviyesinden, içinde bulunduğu toplumun değer yargılarından, görgü ve bilgilerinden, geleneklerden, dinden ve geçmiş deneyimlerinden etkilenir. Örneğin; Diabeti insülin tedavisi ve diyet ile kontrol altına alınmış bir hanım hangi kategoriye sokulabilir? Sağlıklı mı, yoksa hasta mı? Gençliğinde atletik bir yapıya sahip olan bir kişi, ileri yaşlarda vasküler bozukluklara bağlı olarak amputasyon endikasyonu ile karşı karşıya geldiğinde ve kendisi için ölümün bu tarz sakatlık ve yetersizlik durumundan daha iyi olduğunu ifade ettiğinde, ona başa çıkma ve uyum yollarını nasıl öğretebiliriz? Başka bir örnek de, 80 yaşında Angina Pectoris'li bir hasta, 50 m yürüdüğünde bile durup, dinlenmesi gerekiyor, ama yemek yemek, uyumak gibi temel ihtiyaçlarını karşılayabildiği için kendisini sağlıklı sayıyor. Oysa, onun 24 yaşında ki torunu da kendisini sağlıklı sayıyor ve hergün 5 km koşuyor. İkisinin sağlık anlayışı arasında bir uçurum var. Bu farklılığın nedeni yaş faktörü müdür? Sickle-cell anemi Afrika Zencileri ve Akdeniz halklarının bazı grupları için bir sağlık durumudur. Çünkü bu onlara sıtmaya karşı yüksek direnç sağlamaktadır. Sıtmanın yaygın olarak görülmediği toplumlarda ise Sickle-cell anemi bir "hastalıktır". İlkel topluluklarda görme, işitme kusurları" hastalık halini ifade ederken, modern tıbbi teknolojinin sunduğu olanaklar (gözlük, lens, işitme aygıtı v.b) nedeniyle gelişmiş ülkelerde bunlar "hastalık" veya "sakatlık" olarak düşünülmez. 18 Y.Y.'da Amerika'da "dropetomania" adlı bir hastalık tanımlanmıştır. Bu hastalığın, zenci köleler arasında yaygın olduğu ve "sürekli olarak sahibinden kaçmaya uğraşmak" anlamına geldiği belirtilmektedir. Yani o birey, yaşam çizgisinin kölelik olduğunu kabullenmekte, ama buna uyumu yetersiz kalmaktadır. Doğal olarak bugünün tıbbi bu hastalığın varlığını kabul etmiyor, çünkü kölelik günümüzde sosyal olarak kabul gören bir olgu değildir. Sağlık ve hastalık tanımları sosyal normlardan ne ölçüde etkileniyor? Niçin bazı insanlar belirli hastalıkların riski altındadır? Niçin bazı insanlar stressörlere dirençsizdir? Niçin bazı insanlar hastalıkla başa çıkmada diğerlerinden daha başarılıdır, ya da her durumda bu başarıyı gösterebilir mi? Bireylerin kendi sağlıklarına ilişkin biliçli tercihler yapmaları ya da bu konuda kararların alınmasına sağlık ekibi ile birlikte katılmaları, bu farklı yönelimlerin özelde bireyin, genelde toplumun sağlık düzeyine, sağlık bakım sistemine, ekonomik göstergelerini etkileri, katkıları neler olabilir (3,8,23,59)?

Bütün bu sorulara açıklık getirebilmek, temelde sağlık ve hastalık kavramlarının tarihsel gelişimi ve günümüzde kabul gören yaklaşımlarını, sağlık ve hastalık davranışlarının değişik yönlerini ve hastalıkta psikososyal uyumun birey ve toplum için yararları ile ilgili detayları bilmek zorunluğu vardır.

## 2.2. SAĞLIK VE HASTALIĞIN BÜTÜNCÜL YAKLAŞIM TEORİLERİ

Sağlık ve hastalığın tanımları zaman içerisinde farklılaşmıştır. Önceleri bilimsel olmayan tanımlar yapılmıştır. Bu tanımlar, hayatın esası ile ilgili teorilerini "görülmeven evrensel kaynaklara, doğa üstü güçlere" dayandıran ilkel ve az gelişmiş topluluklarda görülür. Burada hastalık, kişinin içine giren kötü bir ruh veya tanrısal cezalandırma yolu olarak kabul edilir. Bilimsel olmayan yönelimin bir diğer çeşidi de "halk tababeti" denilen, yarı bilimsel inançlar üzerine temellenmiş ve nesilden nesile denemelerle ve hatta bazen yanlış uygulamalarla nakledilen şeklidir. (24, 59)

Daha sonraları, zamanın bilginin ilerlemesine paralel olarak "sağlık ve hastalık" tanımları bilimsel yönelimlerle, belli kuramlara dayandırılarak yapılmıştır. Bu gelişim, günümüzde de devam etmektedir. 20 Y.Y.'ın başlarında sağlık ve hastalıkla ilgili teoriler sıklıkla yalnızca "hastalık" tanımı üzerine odaklanmıştır. Bu doğal olarak sağlığın tanımlanmasından daha kolaydır. Bu dönemlerin başında hastalık, "bir müdahale-bir işgal" olarak tanımlanmış ve bu işgalin sebebi tek bir ajana bağlanmıştır ve bu yaklaşım "**Tek Ajan Teorileri**" olarak isimlendirilir. Bu ajan değişik teorilerde ruhsal ya da bakteriyolojik olarak biçimlenmiştir. Örneğin Pasteur'un "Germ-mikrop" teorisi ile modern tıp doğmuştur ve infeksiyon hastalıkları tek bir sebebe bağlı, tıbbi veya cerrahi olarak tedavi edilebilir olarak düşünülmüştür. Bu sıralarda hastalığı, "organların veya hücrülerin fonksiyon bozukluğu sonucu bir durum" olarak gören "**Biomedikal model**" ortaya atılmıştır. Bu model hastalığın bilinen bir sebebi ve görülen belirti ve bulguları üzerine kurulmuştur ve hastalığın psikososyal bileşenlerine önem vermeme eğilimindedir (24,31,59).

Gerek "Germ teorisi", gerekse "Biomedikal" model non-infeksiyöz kronik hastalıkları açıklamaya yeterli değildi. O yıllarda infeksiyon hastalıklarına bağlı epidemiler ve ölüm oranlarının yüksek oluşu sebebi ile insanlar, kronik hastalıkların gelişmesine imkan tanıyacak uzunlukta yaşamıyorlardı. Hatta bugün bile az gelişmiş ülkelerde enfeksiyon hastalıkları oranı, kronik hastalıklardan daha yüksektir (30,43 ).

Daha sonraki yıllarda, insan doğasının daha iyi anlaşılması ile "**çoklu sebep teorileri**" gelişmiştir. Bu görüşe göre hastalık, aynı anda etki eden birkaç faktör sebebi ile olmaktadır. İnsanın iç ve dış çevresi ile arasındaki ilişkiler, hastalığın etyolojisi içinde incelenmektedir (24).

Tek ajan teorileri daha çok "hastalık" ile ilgiliyken, çoklu sebep teorileri" bir insanın sağlıklı olma yönleri" üzerine odaklanmıştır. Bunlardan ilk gelişenlerden biri "**Ekolojik Sistemler Teorisi**"dir. Bu bakış açısına göre her birey bir sistemdir. Bu sistem, çevre içinde diğer sistemlerle ilişkilidir ve bireyin sağlık durumu iki ekolojik evrenin (iç ve dış çevre) etkileşimi ve bütünleşmesi ile belirlenir.

Ekolojik sistem teorisinin odak noktası "**adaptasyon**" ve "**Homeostasis**" kavramlarıdır. Bu teoriye göre bireylerin sağlık durumu, onların zeka düzeyleri ve beden fonksiyonları üzerine çevrenin etkisinin bir sonucu olarak görülür. Bunun anlamı şudur; sağlıklı birey, anlamlı ve başarılı bir biçimde çevre-siyle uyum sağlayabilen kişidir. Diğer taraftan "hastalık" halinde hem uyum mekanizmaları ve hemde uyum kapasitesi bazı yollarla sınırlanmıştır. Bu konuda Cloude Bernard (1927), Walter Cannon (1939), Hans Selye (1930-40), John Mason ve Holger Ursin gibi araştırmacı ve kuramcılarının değişik açılardan çalışmaları vardır.

Bernard'a göre sağlık, insan organizmasının dış çevredeki değişikliklere karşı, iç çevrenin sabitliğini sürdürme konusundaki yeterlilik ve yeteneğine bağlı bir durumdur. Bunun tersi hastalıktır. Hastalık organizmanın dış çevresi ile uyum kurma yeteneğinde bir bozulmanın sonucudur.

Cannon'un hipotezi, feed-back mekanizmasına dayanır. Buna göre vücut; iç çevresini düzenleme yeteneğine sahiptir. Cannon bunu "Homeostasis" kavramı ile açıklamıştır.

Selye ise, modern anlamda "Stres" teorisini geliştiren bir bilim adamıdır. Selye bir endokrin uzmanıdır ve Stres'i endokrin sistemin adreno-kortikal bölümü içindeki fizyolojik cevapları ifade etmede ölçülebilir bir durum olarak ifade etmiştir. Selye, Stres'e karşı "Genel adaptasyon sendromu (GAS)" ve "Lokal adaptasyon sendromu (LAS)" kavramlarını ortaya atmıştır. GAS ve LAS ; 3 ayrı evrede gelişir:

1. Alarm reaksiyonu : Strese cevap için savunmadır.
2. Direnç evresi : Vücudun strese adapte olmasıdır.
3. Tükenme-yorgunluk devresi : Eğer stressor devamlı ve ciddi ise veya bireyin uyum kapasitelerini aşılıyorsa uyum yeteneğini kaybeder.

Mason, "Stres cevabının spesifikliğı" teorisini ortaya atmıştır ve teorisi özellikle stres cevabında psikolojik faktörler üzerine temellenmiştir. Onun hipotezine göre "stressörün kendisinden çok organizmanın stressörü algılayışı" olayı etkiler.

Daha sonraki yıllarda "Hastalığın Psikososyal Teorileri" gelişmeye başlamıştır. Bu teoriler, hastalığı açıklamada da fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin bütünleştirilmesi eğilimindedir.

Önceleri Harold Wolff, Steward Wolf sonraları Schwartz, Holmes, Rahe ve Lazarus bu yönde kuramları olan teorisyenlerdir ( 22,24,59 ).

Harold Wolff bir psikiyatristtir ve çalışmalarını homeostasisde bir bozulma-kırılma ve bunun sonrasında hastalıkla sonuçlanabilen etkisiz adaptasyon üzerine odaklanmıştır. Wolff; mutsuz ev hayatı, işle ilgili kaygılar gibi kronik stressörlerin varlığında bireylerin yanıtları konusunda çalışmıştır. Wolff'a göre bireyin "genel yaşam durumu" ve bu yaşam durumuna eşlik eden üzüntüleri, mutlulukları, başarıları ve korkuları bireyin hastalığa yatkınlığını etkiler. Yine Wolff'a göre insan, yüksek seviyede gelişmiş sinir sistemi vasıtasıyla objeleri, durumları sembolize edebilir, geçmişini hatırlayabilir ve bilgilerini geleceğe yansıtabilir. Bu sebeple olası tehlikeler ve bunların sembolleri insanda hastalığın sebebi olabilir. Ayrıca yine Wolff'a göre toplumsal yaşam kuralları ile diğer insanlara bağlıyız. Bu bizi ırk, din, görünüm, kültürel değerler ve karakter olarak diğerlerinden farklıda olsa, onlarla dost olmaya zorlar ki bunlar bizim için birer stressördür.

Stewart Wolff, yaşamın bir yönü olarak hastalık kavramı üzerinde durmuştur. Onun teorisi, vücutla ilgili süreçlerin düzenlenmesi ve hastalığa sebep olma açısından beynin rolü üzerinde odaklanmıştır. Örneğin, aşırı derecede uçma korkusu olan bir kişi, havaalanı yakınında araba kullanırken bile mide bulantısı ve taşikardi deneyimleyebilir. Bu kişi için havaalanının görünüşü tehlikenin bir sembolüdür ve tehlike gerçek olmamasına rağmen ona fiziksel bir yanıt reaksiyonu yaratmıştır.

"Yaşam Değişikliği ve Takiben Hastalık" teorileri ise daha sonraları ortaya atılmıştır. Hepimiz biliriz ki "değişiklik" psikolojik ve fizyolojik olarak uyum sağlamamız gereken bir durumdur ve stres'in bir biçimidir. Yaşam değişiklikleri (ırk,kültür,coğrafik lokalizasyon, beslenme, yaşlanma gibi) biyolojik değişkenler açısından düşünüldüğünde tüm insanları etkiler. Diğer bazı değişiklikler ise bazı insanları etkiler (Ör. çocuklukta bir ebeveynin kaybı, ciddi kazalar, sakatlıklar veya bir çocuğun ölümü) ( 24,31,59). Değişikliğe adaptasyon, değişikliğin doğası, onun için harcanan enerji ile ilgilidir.

Yaşam Değişikliği sonucunda hastalık teorileri özellikle, Meyer ve Holmes tarafından ortaya atılmıştır. Meyer, John Hopkins Üniversitesi'nde bir psikiyatrist'tir. 1930'larda bu modeli ortaya atmıştır. Bu alandaki sistemli çalışmalar Thomas Holmes ve Rahe tarafından yapılmıştır. Holmes ve Rahe "Schedule of Recent Experience "(SRE) olarak adlandırılan bir anket yapmışlar ve cevaplayıcılara listelenmiş major-önemli yaşam değişikliklerini sormuşlardır. Çalışma, Amerika ve başka ülkeleri de kapsıyordu ve yaşam tarzı, eğitim, kültür, ekonomik durum farklılıklarına rağmen sonuçlarda bir çok insanın görüş birliğinde olduğu noktalar ortaya çıkmıştır. Bu çalışmaya dayanarak "Social Readjustment Rating Scale (SRRS)"'nı geliştirmişlerdir. Bu ölçek, önemli yaşam olayları dizisinden oluşmaktadır ve bu durumlar LCU=Life Change Unit (yaşam değişikliği) birimine göre değerlendirilmektedir. Örneğin; ölüm 100 LCUs ve dizinin en yüksek puanlı stressörü, buna karşın bir tatil olayı yaşam değişikliği açısından yalnızca 3 LCUs olarak tespit edilmiştir. Holmes ve Rahe binlerce insandan bu konuda yanıt alarak, bir insanın yaşamındaki değişikliğin miktarı ile sonrasındaki hastalığı arasında bir bağlantı aramışlardır.

1968'de Wyler, Masuda ve Holmes yeni bir ölçek geliştirmişlerdir - Seriousness of Illness Rating Scale SIRS ( Hastalıkların Önemini Değerlendirme Ölçeği ). Bu 126 hastalık ve bu hastalıkların önem sırası ile ilgili bir skaladır. Son yıllarda özellikle Richard Lazarus'un "Stress ve Coping" (stres ve başa çıkma) ile ilgili modeli, hastalığın tanımları açısından daha çok benimsenmektedir.

Lazarus'a göre,çevresel ve içsel isteklerin her birinin veya her ikisinin de sonucu olarak, bireyin ve sosyal sistemin uyum kapasitesi ileri derecede aşılır ve tüketilir. Lazarus'un kuramı "Cognitive Appraisal" (bilişsel yaklaşım) üzerine odaklanmıştır. Burada önce stresin belirlenmesi, ikinci olarak da stresle başa çıkma sözkonusudur. Ona göre emosyonlar, strese cevap olmaktan çok stresin sebebidir. Lazarus'a göre, hem "Stres", hem de "başa çıkma" birer sonuç değil, birer süreçtir. Her ikisi de zaman içerisinde değişir, kendi içlerindeki etkileşime bağlı olarak bireysel anlamda oluşur. Lazarus ayrıca hastalığın bir sebebi olarak "Daily Hassles" (günlük sıkıntı, saplantılar) teorisini ortaya atmıştır. Bunlar, deneyimlediğimiz minör-küçük önemsiz yaşamsal durumlardır (Rutin olarak yiyeceklerin hazırlanması, bir şeyin kaybı, trafik sıkışıklığı gibi). Bunlar majör-büyük-önemli yaşamsal durumlardan bağımsız olarak ortaya çıkar, ama önemli yaşamsal durumların, bu küçük yaşamsal durumları, dramatik biçimde etkilediği görülür. Örneğin; yeni evli bir çift evlenme gibi önemli bir yaşamsal değişikliğin sonucu, küçük-önemsiz yaşamsal durum değişiklikleri veya istekler deneyimler (diyet yeme alışkanlıkları, yeni aktiviteler v.b.) Bu nedenle Daily Hassles, kişinin başa çıkma sürecini etkiler. Lazarus, burada "Daily Uplifts (günlük moral, olumluluklar) kavramını da ortaya atmıştır. Bunlar Daily Hassles'e tampon görevi yaparlar ve bunu üç yolla (canlandırma, destekleme, yenileme) yerine getirirler.

Lazarus, yaptığı bir çalışmada (n:100) Daily Hassles'in hastalıkla, önemli yaşamsal durumlardan çok daha ilişkili olduğunu, kadın ve erkekler arasında fark olduğunu saptamıştır. Erkekler önemli yaşamsal durumlarda artışı deneyimlediğinde, günlük sıkıntılar (Daily Hassles) artıyor, fakat Uplifts-moral azalıyor. Buna karşın, kadında her ikisinde arttığı belirtilmektedir. "Hassles ve Uplifts" kavramları bireylerin psikososyal çevreyi nasıl anladıkları ve hastalıklarda psikososyal uyum etkilerini anlamaya yardımcıdır ( 24,31,59 ).



Hastalığın "**Biobehavioral-Teorileri**" ise hastalığı, belirli davranış biçimleri içinde inceler. Bu teoriler yaşam tarzı ve hastalıkta stres, davranış tipleri gibi konular üzerinde odaklanmıştır. Hastalığın Biobehavioral teorileri koroner arter hastalıklarının ortaya çıkmasında Tip A ve Tip B davranış tiplerinin etkileri arasındaki ilişkinin aranmasından kaynaklanmıştır. 1950'lerden beri Freidman ve Rosenman "davranış ve koroner arter hastalığına eğilim" üzerine çalışmalar yapmışlardır. Freidman ve Rosenman bu çalışmalardan yola çıkarak 2 davranış tipi tanımlamışlardır.

Tip A kişiliği : Agresif, sıklıkla düşmanca hisler duyma, hızlı araba kullanımı, hareketlerde, yürümede, yemek yemede, hızlı olmak, iki veya daha çok işi aynı zamanda yapma veya düşünme ile karakterizedir.

Tip B kişiliği : Tam ters olarak, akıllı ve hırslı insanlar olmalarına rağmen bunların kendisine zarar vermesine ki- izin vermeyen, optimist ve genel tavırları sakin olan kişilerdir.

Her iki tipin de Tip A1 ve Tip A2 veya B1, B2 gibi alt grupları vardır ( 7,11,24,31,59 ).

### 2.3. SAĞLIK VE HASTALIĞIN DEĞİŞİK TANIMLARINA ÖRNEKLER , SAĞLIK VE HASTALIK KAVRAMLARININ KENDİ İÇLERİNDE DEĞİŞİK DERECE VE TANIMLARI

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı, "yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, aynı zamanda fiziksel, mental ve sosyal olarak tam bir iyilik hali içinde olmak" olarak tanımlamaktadır ( 7,59 ). Bu tanımda sağlık için iki kriter belirlenmiştir:

1. Birincisi; Yaşa, cinse, topluma, coğrafik duruma göre "normal" sınırları belirlenmiş standartlarına göre genel olarak kabul edilen "sağlık kriterleri" çerçevesinde hastalığın olmaması ve bireyin normal fonksiyonlarını sürdürebilmesidir.

2. İkincisi; "Vücudu" meydana getiren organ ve sistemlerin, gerek kendi içlerinde ve gerekse diğer organ ve sistemlerle ilişkilerinde denge-homeostasis içinde olmasıdır ( 7 ).

Sağlık ve hastalık, değişik bilim dallarınca kendi açılarından da tanımlanmaktadır. Biyolojik bilimlerin tanımına göre sağlık; vücudun herbir hücresinin optimum kapasitede fonksiyon yaptığı ve her hücrenin bir diğeri ile tam uyum içinde olduğu bir durumdur (59 ).

Tıbbi tanımlar daha çok hastalık kavramı üzerinedir. Sağlık bazı fiziksel ve biokimyasal parametrelerle tanımlanır (boy, kilo, hormon seviyeleri, kan basıncı v.b.). Her bir değer normal sınırları vardır ve bulunan değerler bu sınırlar içinde ise birey "sağlıklı (healthy)"dir. Bu sınırların altı veya üstü "hastalık (disease)"olarak tanımlanır. Görüldüğü gibi tıbbi açıdan sağlık ve hastalık objektif olarak gösterilebilir fiziksel değişiklikler üzerine temellenmiştir. Hastanın kişilik yapısı, dini inançlar, sosyo-ekonomik durum v.b. faktörler teşhis ve tedavi açısından konu dışı tutulmuştur (15).

Psikolojistler, sağlığı, bireyin kendisini çevresiyle biyo-psiko-sosyal tam uyum içinde hissetmesi ve beklenilmeyen bir olayla karşılaştığındaki yeterliliği olarak tanımlarlar. (59)

Sosyoloji bilimince sağlık ve hastalık bireyin sosyal rollerini ve/veya görev/sorumluluklarını yerine getirmedeki yeterlilik veya yetersizliğidir ( 59 ).

Sağlık ve hastalık, hemşire kuramcılar tarafından da farklı farklı tanımlanmıştır. Keller, sağlığın 40'tan fazla tanımını analiz etmiştir ( 17,27,31,59 ).

Florence Nightingale'in kuramı çevre üzerine odaklanmıştır ve sağlığı, çevresel, fiziksel ve psikolojik faktörlerin bir sonucu olarak gördüğü hastalığın yokluğu olarak tanımlar.

Virginia Henderson ise kuramını "gereksinimler" üzerine kurmuştur ve ona göre sağlık bağımsızlık durumu, yardım olmaksızın temel gereksinimlerini karşılayabilme yeterliliğidir.

Donothea Orem, öz-bakım kavramı ile ilgili olarak, sağlığı yapısal bütünlüğün, fonksiyonların ve gelişimin sürdürülmesi ve gelişmesi olarak tanımlar.

"Etkileşim süreci" üzerine kurulan kuramlardan Hildegard Peplau'nun psikodinamik hemşirelik yaklaşımında sağlık, bireyin ve diğer insanların gelişimsel sürecinin yapıcı, yaratıcı, verimli yönlerini kapsayan, tam kişisel gelişime doğru gidişini ifade eden bir semboldür.

Dorothy Johnson'un kuramı ise davranışsal sistem modeli üzerine kurulmuştur ve sağlık bireyin bağımsız fonksiyon halinde olduğu bir durum, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerden etkilenen değişen, dinamik bir denge durumudur.

Sister Callista Roy, adaptasyon kavramı ile ilgili olarak sağlığı, varoluş ve gelişim durum ve süreci olarak tanımlar. Ona göre hastalık etkisiz başa çıkma mekanizmalarının sonucu olarak meydana gelir (17,27,59).

Bütün bu yaklaşımlar, topluca incelendiğinde sağlık ve hastalık kavramları ile ilgili olarak şunları söylemek mümkün olabilmektedir.

Sağlık, vücut ve onun çevresiyle arasındaki ilişkinin dinamik olması ve çevredeki değişikliklere rağmen yaşamın sürdürülebilmesi amaçlı sabit bir durum olarak karakterize edilebilir(4). Denilebilir ki çevreye daha çok uyum sağlayabilen (ki bu uyum kaliteli olmalıdır) vücut varlığını daha uzun süre devam ettirebilir. Bu yalnızca bireyin sağlığı açısından değil, aynı zamanda türün varlığını devam ettirmesi açısından da böyledir ( 4,23,35 ).

Hayvanlar aleminde biyolojik sağlık, bireyin çoğalmasının maksimumunda olduğu bir fiziksel durum anlamındadır. Oysa insan, çevreye yalnızca biyolojik olarak uyum sağlamaz, aynı zamanda kültürel olarak, kurumlarıyla uyum sağlar. Diğer bir değişle insan gelişiminin önemli bir kısmı objelere geçirilmiştir. Bu sebeple gelişen, insan varlığı değil, onun objeleridir. Birey, kendisine verilmiş -kendisi tarafından yaratılmış bir çevreye biyolojik olarak uyum sağlayarak yaşamını sürdürebilir. Örneğin; insanın çoğalmasında non-biyolojik faktörler önemli rol oynarlar. Şöyle ki; sosyo ekonomik faktörlerin kötü olması sağlığı yıpratır özelliindedir. Bireyin çoğalma ile ilgili bir dezavantajı varsa bu iyi sosyo-ekonomik şartlarla kompanse edilebilir veya aksi de düşünülebilir. Ya da din ve dini emirler, biyolojik bir dezavantajı olmasa da bireyin üremesini imkansız kılar (bekarlık durumunda olduğu gibi) veya kültürel bir değer olan monogami birçok kadının fertilize edilmesini önleyen bir sosyal normdur (23).

Bu açıdan sağlık nosyonu, uygarlığın istendik olan şartları, değerleri, bazı yaşam biçimlerini gerçeklemek için vücut ve ruhun nasıl etkin biçimde, bir vasıta olarak kullanıldığını ifade eder ( 23 ).

Good ve Good'a göre doktor, hemşire veya diğer sağlık elemanları, sağlık ve hastalığın farklı yorumları ile ilgili yorum kapasitesine sahip olmalıdır. Çünkü bu yorumların her birinin hastalık hakkında kendi bakış açıları vardır ve bunları bilmek, klinisyene sağlık ve hastalığın farklı yönlerini görebilme, algılayabilme, tanıyabilme yetisini kazandırır ve ayrıca bu o klinisyen için diğerlerinden farklı olmanın bir yoludur( 15 ).

## 2.4 SAĞLIK VE HASTALIK DAVRANIŞI

### 2.4.1. Sağlık davranışı :

Sağlık davranışı, bireyde spesifik belirtilerin olmadığı dönemlerde kişi tarafından ortaya konan reaksiyonların toplamıdır. Sağlık kendi içinde de değişik derecelerde düşünülür. Dunn, good health (iyilik) ve wellness'i (eslenlik) farklı kavramlar olarak görür. Ona göre, good health bireyin çevresine adaptasyonunun pasif bir durumudur. Wellnes ise, bireyin potansiyelinin tam olmasına yönelik dinamik bir süreç, kişinin doğası ve çevresi değişikçe sürekli değişen bir amaçtır . Rogers ise sağlığı tam sağlıklı olma halinden (optimal health'den sağlığın tam yokluğu ve ölümüne kadar sıralanan bir spektrum olarak düşünür. Bu iki uç arasında sağlığın bütün dereceleri vardır (10, 31).

Geleneksel olarak "sağlık davranışı" kavramı, koruyucu sağlık servisleri (aşılama, tıbbi çek-up, hiper-tansiyon kontrolü, koruyucu diş sağlığı v.b. )ne yönelik olarak bireylerin oryantasyonları ile ilgilidir. Bu alandaki çalışmalar **Health Blief Model** ( sağlık inanç modeli ) olarak düşünülür. Bu model, " bireyin sorunu ciddi bir durum olarak ve olayın meydana gelme olasılığının yüksekliği açısından görebiliyor mu?" konusu üzerine odaklanmıştır (27,31,59). Burada konuşulması gereken bir diğer kavram Health Promotion (sağlığı geliştirme)'dir. **Health Promotion**, well being (iyi olma)'i teşvik etmek ve hastalıktan korunma yönünde simüle etmek ile ilgili aktiviteleri içerir. Bu aktiviteler birey, aile ve toplumu kapsar. Health Promotion (sağlığı geliştirme ), bireyi kendi zararlı sağlık alışkanlıklarını değiştirme yönünde teşvik etmek ve korumaya yöneliktir. Health Promotion (sağlığı geliştirme)'da davranışsal teori, sağlık eğitimi, halk sağlığı kampanyaları ve kişisel bakım üzerine odaklanır (7,10,13,51)

Öz-bakım; sağlık davranışının bir yönüdür ve Orem'e göre, " yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinlikler "olarak açıklanır. Levin, öz bakımı hastalığın tanı ve tedavisinde, sağlığın korunması ve yükseltilmesinde bireyin kendi adına fonksiyon görme süreci olarak tanımlar (7,13,32) .

**Sağlık davranışı** kısaca " iyi " olduğuna inanan bireylerce yüklenen hastalığı önleme ve sezme amacına yönelik aktiviteler olarak tanımlanabilir. Birey sezme, algılama, bilgi sahibi olma, bilgilendirme, hareket için karar verme ve seçimini yapma durumundadır. Algı ile birlikte birey rol üstlenmiş olur ki bu bazı literatürde "**risk behavior**" (risk alma davranışı) olarak tanımlanmaktadır (7).

[İngilizce kavram ve terimlerin, Türkçe yazım literatüründe yerleşik karşılıklarına rastlanmadığı için, sağlık ve hastalık konusunda çok hassas derecelendirmeyi ifade eden terim ve kavramlar orijinalindeki gibi İngilizce aktarılmıştır. ]

## 2.4.2. Hastalık Davranışı :

Hastalık davranışı, anormal bedensel belirtilere bireylerin yanıt verme biçimi olarak tanımlanır. Bu tanımda, hastalık davranışı, bireylerin vücutlarını, savunma güçlerini, kendi belirtilerini yorumlamalarını, problemi çözmeye yönelik faaliyetleri, sağlık bakım sisteminden faydalanma, onu kullanabilme gibi yönleri kapsar ( 27,40 ). İnsanlar, hastalığını farklı biçimlerde algılar, değerlendirir, yanıtlar ve bu davranışlar hastalığın genel yaşam rutinlerimiz üzerine etkisini, durumun kronikleşme derecesini, prognozunu, uygun bakımdan fayda görmeyi büyük ölçüde etkiler.

Bu aşamada disease (hastalık), illness (hastalanma), ill-being (hasta olma), well-being, ill(hasta), sick (hasta), sick-role (hasta rolü) gibi kavramların farklılığı üzerinde durmak gerekir.

Cassell'a göre illness "kişi doktora giderken ne hisseder?" sorusunun, disease ise "doktor muayenesinden eve gelirken neye sahiptir?" sorusunun cevabı ile ilgili terimlerdir. Disease-hastalık; bir organın sahip olduğu bir şeydir. Illness ise bir insanın sahip olduğu bir şeydir (15). Disease-hastalık bireysel olarak biyolojik, psikofizyolojik süreçlerin fonksiyon ve adaptasyon-uyum bozukluğudur, illness (hastalık) ise disease-hastalığa ve rahatsızlığa kişisel, kişilerarası ve kültürel bağlamda reaksiyon göstermektir (22). Illness, hastanın (patient) subjektif cevabıdır ve illness algısı yönlendiren kültürel faktörler tarafından biçimlendirilir. Illness kuvvetle kültürden etkilenir (22).

Birtakım belirtilerin varlığı durumunda birey önce geçmişteki deneyimlerine dayanarak olayı değerlendirir ve sorunu olduğuna karar verir. Birey, belirtileri gözleyebilir, belirtilerle ilgili yakınmaları olabilir, onları yok gibi kabul edebilir, bilerek onları bastırabilir, ailesi ve arkadaşları ile konuyu tartışabilir, hastalığı kendince tedavi yoluna gidebilir veya bir doktor tarafından tedavi edilmek için araştırma yapmaya karar verebilir. Bu tarz davranış **illness behavior**-hastalık davranışı olarak adlandırılır (7).

Burada şunu da açıklamak gerekir ki illness behavior, kültürel hükümler tarafından yönetilen bir deneyimdir ve hasta olmanın o kültürde uygun bulunan, onaylanan, öğretilmiş davranış biçimleri şeklindedir ( 22 ).

Illness Behavior'ın bir diğer biçimsel şekli Sick-Role Behavior'dır. Sick Role Behavior, Parsons tarafından ortaya atılmış bir "hasta davranışı " şeklindedir. Yeni bir sosyal roldür ve bu rolü tanımlayan 4 yönü vardır :

1. **Sick-person** normal sosyal yükümlülüklerden muaftır (hastalığın bir yetersizlik olarak tanımlanması muaf olmak için meşru bir zemin hazırlar).

2. Kendi bakımı ve kendi yetersizlik durumu için sorumluluk almaz .

3. Birey hastalığın istendik bir durum olmadığını kabul etmeli, bunu bilmeli, iyi olma isteği olmalıdır (sick person için **well-being**-iyileşme bir sorumluluktur).

4. Birey yardım almak için çabalamalı, tedavi ile kooperasyon kurmalı, doğru karar vermeyi doktor ve diğer sağlık çalışanlarına bırakmalı, işbirliği içinde olmalıdır (7,27,31).

Hemşireler, sick-rolün kabulünün zor olduğunu, bireyin bunu kabulde edebileceğinin ve rededebileceğinin farkında olmalıdır ( 31 ). Sick role sosyal kontrol sürecinin bir parçasıdır.

Hastalıkta sosyal süreç iki rol arasındaki değişim ile kavramsallaştırılır :

1. İyilik halinden (-well) hasta olmaya (sick-role'e) değişim,
2. Sick-role'den well (iyilik haline) değişim.

Lederer (1952), hastalığı sosyal süreç açısından 3'e ayırır:

1. Sağlık (health)'dan hastalığa (illness)'e dönüşüm,
2. Kabul edilmiş hastalık dönemi,
3. Nekahat dönemi

Suchman's ise 5'e ayırır :

1. Belirtilerin deneyimlenmesi,
2. Sick-role( hasta rolü )'un üstlenilmesi,
3. Tıbbi bakımla temas,
4. Bağımlı hasta davranışı
5. İyileşme ve rehabilitasyon

Freidson hastalığın sosyal yönünü 3'e ayırır :

1. Rahatsızlık deneyimi ile başlayan,
2. Başa çıkma yollarını araştırma ile ilerleyen,
3. Bireyin tıbbi danışmanlık içine girmesi ile sonuçlanan bir süreç şeklindedir.

Sağlıktan hastalığa dönüşümde bireylerin hissettikleri değişiktir. Belirgin biçimde rahatsız olduğunu düşünebilir ya da belirsiz olarak farklı rahatsız olma şeklinde bazı şeyler hissedebilir. Birçok hastalığın başlangıcı nonspesifiktir, yaygın bir hastalık değildir ve bu nedenlerle tanı güç olabilir.

Wu (1973) bireylerin, illness (hastalık) durumunda 4 biçimde davrandıklarına işaret eder :

1. Rahatsızlıklarını hafifletmeye yönelik tutum alabilir,
2. Korku, endişe, zarar hisleri içinde olabilir ve mantıklı bir tutum almayabilir.
3. Harekete geçmek ve geçmemek konusunda tereddüt durumunda kalabilir.
4. Karşı koymak-etkisiz hale getirmek için tutum alabilir.

Hastalığı kabul fazında birey, sağlıktan sapma konusunda danıştığı kişiler aynı fikirde ise, sağlık bakım sistemi içine girmeyi, sağlık profesyonellerine müracaat etmeyi seçer. Sağlık profesyonelleri, bireyin durumunu "hastalık" olarak tanımladığında, onlar bireyin davranışını-rolünü teşhis yoluyla değiştirmiş olurlar. Örneğin sick-role bu aşamada alınan yeni bir sosyal roldür (7,22,31,59).

Hastalıktan sağlığa geçiş, iyileşme ve rehabilitasyon dönemleri şeklindedir.

Sosyal rol açısından bu fazda 3 nokta önemlidir :

1. Fiziksel ve emosyonel olarak eski iyilik hali -well rolünü üstlenmeye hazır olma (bazen fiziksel düzelme, emosyonel başa çıkma kapasitelerinden daha hızlı olabilir) önemli bir etkidir.
2. Sick-rol'ün (hasta rolünün) devamını teşvik eden çevresel ve kişilerarası faktörler var olabilir, bu geçişe olumsuz yönde etki eder.
3. İyi olmanın, sağlık profesyonellerince de onayı gerekir.

Bu etkiler sonucu birey, ya "hasta rolünü çevresindekilerin onayıyla" sürdürür, ya çevresindekiler onaylamasa da hasta rolünde kalır, ya da çevresindekilerin onayıyla hasta rolünü bırakmak için çaba gösterir, ve ya çevresindekiler onun performansını onaylamasa da hasta rolünü bırakmaya teşebbüs eder ( 31,59 ).

Hemşire, hastalık durumunda bireye psikososyal olarak 3 açıdan yardım etmelidir. Birincisi, fiziksel ve sosyal kayıpları konusunda hastanın hislerini açıklamasına yardım etmelidir. İkincisi, deneyimden anlam bulmasına ve hastalığı akılcı biçimde anlamasına yardım etmelidir.

## 2.5 HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM

**Hastalık davranışı (Illness Behavior)** anlatırken, bu davranış şeklinin büyük ölçüde bireysel ve kültürel etkilenme sonucu belirlendiği üzerinde durulmuştur. Bu nedenle hastalık durumunda olayın psikososyal yönü gözardı edilemez. Hastalar için "illness-hastalanma" ile ilgili problemler yaşamlarındaki zorluklar ile birliktedir. Hekimler ise sıklıkla illness hastalanma ile ilgili problemlere önem vermezler. Onlar hastalığı (-disease) bir düzensizlik durumu olarak görürler. Bu durumda olaya [ hastalık (disease) /hastalanma (illness)'e] hastalar ve klinik realite açısından farklı oryantasyonlar ortaya çıkar ki, bu doğrudan hasta bakımını, hastalığın seyrini etkiler (22,53).

Hastalığa psikososyal uyum, gerçekte hastalık ve tedavi ile ilgili faktörlerin tümünden etkilenir, ama aynı şekilde psikososyal uyumun iyi ya da kötü oluşu da hastalığın seyrini etkiler (22,27,53).

Psikososyal uyumu etkileyen faktörlerin başında, stressörler ve bunların özelliklerinden kaynaklanan belirleyiciler gelir. Stressörler bireyin uyum kapasitelerini zorlayan ajanlardır ve çok değişik kaynaklardan (çevresel, fiziksel, psikolojik, sosyolojik, emosyonel) olabilirler. Stressörlerin tipi, etkisinin başlangıcının ani olması, süresi, etki gücü, tek başına veya diğer stressörlerle birlikte olup olmadığı uyumu etkiler. Örneğin birey, bir tane ciddi stressörle başa çıkabilir. Fakat birkaç tane orta düzeyde stressör, birlikte olarak veya arka arkaya olduğunda uyum azalabilir. Kısa süreli stressörler daha iyi tolere edilebilir. Bu hususu kronik hastalıklar ve psikososyal uyum açısından değerlendirdiğimizde, kronik durumlarda uyum çabaları sürekli kullanıldıklarından, zamanla uyumun azalması mümkündür. Ayrıca şunu da açıklamak gerekir ki herhangi bir stressörün kendisi yeni bir stressöre kaynak olabilir. Örneğin, var olan fiziksel bir hastalık durumunun kendisi bir stressördür ama bunun sonucunda hastalık süresinin uzamasının yarattığı ekonomik sıkıntılar, işini kaybetme tehlikesi veya aileden ayrı kalmak, sonradan ortaya çıkan, psikososyal uyumu zorlayan ek stressörlerdir (24,59,31).

Hastalığa psikososyal uyumun ikinci belirleyicisi bireyin kendisine bağlı etkenlerdir ki bunlar, sosyodemo-grafik özellikler, kişilik yapısı, psikolojik yapısı-hisleri, hastalığıdaki eğilimleri, başa çıkma yolları, öz-bakım gücü, bilgilenme konusunda istekliliği-çabası, geçmiş deneyimleri, benimsediği yaşam tarzı, yaşadığı sosyal gruba uyumu, hastalığı tanımlamada kullandığı dil-ifade tarzı, fizik gücü, kalıtımsal özellikleri şeklinde sayılabilir.

Cins, psikososyal uyumun önemli bir belirleyicisi olabilir. Pek çok çalışma göstermiştir ki; kadınların erkeklere oranla belirtilerin bildirilmesinde, iyi iken bile sağlık bakım servislerinden yararlanmada, ayrıca belirtilerin tanınmasında, belirtilerin gerçekliğini kabul etmede ve onlara önem vermede erkeklere göre daha önde olduklarını göstermiştir. Oysa erkekler, eril imajı sürdürme çabası ile stressörü açık biçimde tartışamaz (24).

Yaşın, psikososyal uyum üzerine etkileri, genellikle yaş grupları ile hastalıklar arasındaki bağıntı açısından araştırılmıştır. Özellikle yaşlılarda mevcut haline ek olarak yalnızlık, yaşam ümidinin azalması, yaşama amaçlarının azalması, yaşama amaçlarının tükenmesi, uyumlarını etkileyen faktörlerdir (2,16,20,21,24). Toplumsal açıdan insanların yaşlanma ve hastalık bağıntısı konusundaki inançlarının araştırıldığı çalışmalarda özellikle 2 noktaya dikkat çekilmiştir:

1. Yaşlanma, ciddi hastalıkların başlamasının bir nedenidir.
2. Yaşlılıkta ortaya çıkan bir rahatsızlık, orta ve genç yaşa göre daha tehlikelidir.



Bu inanış, bu bakış açısı, yaşlıların hastalığa psikososyal uyumunu olumsuz yönde etkiler. Çünkü onlar, yaşlandıkça hastalıklara yakalanacaklarını, sonuçların kaçınılmaz olduğunu ve durumun kabulünün zorunlu olduğunu düşünürler. Yaşlı hastalar genellikle yaşlanma belirtileri ile hastalık belirtilerini karıştırırlar ve bu yüzden uygun uyum davranışları bulmakta zorlanırlar (2,20,24,47).

Eğitim, sağlık davranışını destekleyen ve yükselten bir faktördür. Eğitimli bireylerin sağlık bakım sistemini kullanma, sistemden taleplerde bulunma konusunda, eğitimsiz ve pasif bireylere göre daha önde olduğunu vurgulayan çalışmalar vardır. Zayıf eğitimli hastaların istenilen davranış ve tutumsal değişiklikleri başarmada ve sağlık ekibi ile iletişim de yetersiz oldukları saptanmıştır. Ayrıca eğitim düzeyi, hasta ve sağlık ekibi arasındaki algı farklılıklarını etkileyen bir unsurdur (30).

Bireyin kişilik yapısı (Tip A veya Tip B), psikolojik yapısı-hisleri ve hastalığıdaki eğilimleri psikososyal uyumu ileri derecede etkiler. Bazı bireyler hastalıkla karşı karşıya geldiklerinde metin, sabırlı olmaya eğilimlidir. Bazılarına göre durum olağandır, hayale kapılmazlar ve bazıları da hastalık hastasıdır. Bazı hastalar küçük belirtiler için bile yardım isteme çabasına girerler. Bazıları ise hastalık yaşamı tehdit edici bile olsa bu konuda çaba göstermezler, isteksizdirler. Bireyin hastalıkla ilgili olumsuz hisleri (hastalığı kayıp, tehdit gibi olumsuz yönlerle değerlendirme, ümitleri, değerleri, beden imajı ile ilgili düşünceleri, sosyal zorlanmalar, hayal kırıklığı açısından) psikolojik stresi artırır ve psikolojik uyumu zorlar (11,24,31,32,59).

Bireyin benimsediği coping-başetme-başa çıkma yöntemleri uyum sağlama veya sağlayamama şeklinde farklı yönlerde etki edebilir. Uyum sağlayarak başa çıkmada, birey etkili davranışlar göstererek çevresi ile biyo-psikososyal uyumunu, bütünlüğünü sürdürür. Yapılan araştırmalar hastalığa iyi psikososyal uyumun, uygun başa çıkma ve problem çözme davranışları ile birlikte olduğunu ortaya koymuştur (17,27,43,45,59).

Öz-bakım gücü ve hastalığa psikososyal uyum; öz-bakım gücü bireyin yaşamı boyunca süregelen kendiliğinden öğrenme, zihinsel etkinlik, merak, eğitim, denetim ve deneyim yoluyla gelişen ve bireyin sürekli bakım gereksinimlerini karşılaması amacına yönelik bir yetenek-güçtür. Bu gücün kullanılabilmesi, bireyin kendine dikkatine, fiziksel enerjisine, beden duruşunun kontrolüne, karar oluşturma sürecine başlarken, bilgi gereksiniminin farkında olmasına, teknik bilgi kazanma, danışma isteğine, öz-bakım kararlarını verme, uygulama yeteneğine-becerisine, bu öz-bakım gereksinimlerini önceliklerine göre sıraya koyabilmesine, bu eylemlerin sürekliliğine bağlıdır. Hemşireler, bakım verdikleri kişilerin, kendilerine bakma yeteneklerini tanılama becerisine sahip olmalı ve yeteneklerini anlamaya çaba göstermelidir. Bu, hastanın hastalığına psikososyal uyumunun anlaşılmasında önemli bir yoldur (32, 42).

Bilgi alma-bilgilenme isteği çabası, özellikle yaş, cins, moral faktörleri, olayın gerçekliğinin algısı, kabulü, tıbbi bakım kolaylıkları gibi etkenlerin hepsi birlikte, psikososyal uyumu etkiler. Grin ve arkadaşları kişisel ve sosyal faktörlerin "yardım alma çabası" ile ilgili süreci etkilediğini göstermişlerdir. (27,43)

Bireyin geçmiş deneyimleri de, onun seçtiği davranışı ve psikososyal uyumunu etkiler. Bazı stressörler, bazı bireylerin yaşamında başka bireylerden daha anlamlı ve önemlidir. Bu bireyin background (geçmişine) 'una bağlı olarak hastalıkta psikososyal uyumunu etkileyen bir faktördür (24).

İnsanın benimsediği yaşam tarzı, sağlık-hastalık durumlarının ve sağlık-hastalık davranışlarının bir belirleyicisidir. Yaşam tarzı genel olarak sosyal ve psikolojik başa çıkma stratejilerini kapsar. Örneğin, yalnız yaşamak, bir aile veya grup içinde olmak, hastalıkta psikososyal uyumu etkiler. Yapılan bir çalışmada, kötü psikososyal uyumun, kronik hastalıkta yaşam stresi ve sosyal izolasyon ile birlikte olduğu saptanmıştır (43). Güçlü sosyal bağların olmayışı, olayı olumsuz yönde etkilemektedir (27).

Hastalığı tanımlamada kullanılan dil, olayın sözcüklerle ifadesi önemlidir, çünkü pek çok psikososyal üzüntü, sıkıntı, yanlış ifadeler yüzünden, somatik durumlar olarak tanınabilir. Bu durumda hastalar, faydasız parasal harcamalar, teşhis ve tedavi işlemlerinin olası tehlikeleri, zaman ve enerji kaybı, bunların da üstüne temelde yatan psikososyal sıkıntının daha da ağırlaşması gibi durumlarla karşı karşıyadır. (27). Önemli bir bulgu da olumlu sağlık davranışlarının daha iyi fiziksel ve mental sağlık durumu ile birlikte olduğudur.

Bireyin yaşadığı sosyo-kültürel yapı ve sisteme bağlı faktörlerin, hastalıkta psikososyal uyumu nasıl etkilediği konusu şu şekilde açıklanabilir: Hastalık davranışı ve başa çıkma, kültür yoluyla öğrenilir ve nesilden nesile geçer (23, 27, 35) Kültür, yalnızca algılarımızı değil, aynı zamanda beslenme, yeme alışkanlıkları gibi yollarla, fiziksel yeterliliğimizi, fonksiyonlarımızı belirler. Kültür ayrıca, psikolojik sıkıntı, intihar eğilimi gibi durumların oranı ile de alakalıdır. Örneğin, ağrıya cevapta etnik varyasyonlar üzerinde yapılan bir çalışmada, İtalyan hastaların ağrıya duygusal tepkiler-tavrılarla yanıtladığını, yaşlı Amerika'luların ise metin, sabırlı, objektif olmaya çalıştıklarını, İrlanda'lı hastaların ise sıklıkla ağrıyı inkar yoluna gittikleri saptanmıştır (27). Suchman 5340 farklı etnik yapıdaki insanlar arasında yaptığı çalışmada etnosentrik ve sosyal olarak bir gruba bağlı bireylerin hastalıkla ilgili daha az bilgili olmalarına rağmen, tıbbi bakıma daha şüpheli baktıkları ve hastalık durumunda bağımlı rol aldıklarını saptamıştır (27). Zborawski, İtalyan hastalarla ilgili çalışmasında, İtalyan annelerin çocuk sağlığı konusunda aşırı koruyucu ve şüpheli olduklarını ve bu tutumların hastalıkla ilgili endişeleri arttırdığını ve psikososyal uyumu zorladığını saptamıştır (27). Bu konuda çarpıcı bir nokta da sosyo-ekonomik seviyenin hastalık davranışı ve psikososyal uyum üzerine etkisidir ki, sosyo ekonomik olarak yüksek seviyede olanlar, basit belirtiler için dahi doktorlarına sıkça başvuru-rurken, daha alt sosyo-ekonomik sınıf üyeleri, bunu hayatın kaçınılmaz, zararsız kısmı olarak görür-ler. Blaxter ve Paterson, araştırmalarında, çalışmak zorunda olan annelerin, çocukları yürüdükçe ve oynadıkça gözle görülür semptomlar olsa bile onları sağlıklı kabul ettiklerini, bunun muhtemelen çalışmaya mecbur olmaktan ileri geldiğini bildirmiştir (15). Bu hastalığın kabullenmedeki kaçınma davranışlarını simgeler.

Hastalıkta psiko-sosyal uyumun, özellikle sağlık ekibini ve hemşireleri ilgilendirmesi açısından önemli bir boyutu, toplumun sağlık bakım sisteminden kaynaklanan etkileridir. Sağlık bakım sistemi, hastanın biyo-psikososyal yanıtını etkiler. Hastalar arasında yardım alma isteme çabasının en önemli belirleyicisi tıbbi hizmetin bakımın kolay bulunur-kolay elde edilebilir olmasıdır. Tıbbi hizmetin kolay bulunurluğu, kolay-çabuk ulaşılabilmesi açısından hizmetin bedeli-parasal karşılığı açısından, bürokrasi açısından ve güven açısından değerlendirilir. Ayrıca hasta ile sağlık bakım çalışanları arasındaki sosyal uzaklık, uyumu etkiler. Özellikle güçlü sosyal bağları olmayan hastalar için sağlık personelinin sosyal desteği uyum için önemli bir kaynaktır. Sosyal uzaklık, karşılıklı saygı ve iletişim kapsamında olmalıdır. Bu saygı ve anlayış geliştirilemezse iletişim zayıflar, hastanın tedaviyi kabul etmemesi ve psikososyal uyumunun bozulması söz konusu olur (22,27,30,42).

Sosyal uzaklığın ötesinde iki taraf arasındaki algı farklılıkları da önemlidir. Genellikle hekim-hasta ilişkisinin büyük bölümü belirtiler ve hastalık üzerine odaklanmıştır. Oysa belirtiler ve pragnoz geniş ölçüde hastanın algısının, tutumunun, sosyal ve kişisel durumunun etkisindedir. Bugüne kadar yapılan birçok çalışmada, hasta ile sağlık personeli arasında algı farklılıklarının oldukça yaygın olduğu görülmüştür. Hatta, King (1962)'de sağlık personelinin, eğer hasta kendileri ile aynı fikirde değilse, rollerinin görevlerini yeterli-tatmin edici biçimde yapmadıklarını da ifade etmiştir. Sağlık bakım sistemindeki bireylerin nitelikleri, iki grup arasında algı farklılıklarını etkiler. Örneğin, deneyimsiz hemşireler, hastaların acısı ile deneyimli olanlardan daha ilgili bulunmuştur. 6-10 senelik hemşirelerin, hastaların acı duyup duymadığı ile ilgilenmedikleri saptanmıştır. Hastaların iyileşmesinde bakım verenlerin cinsiyeti de önemlidir. Hastalar kendilerine bakım veren hemşirelerin kadın olmasını, fizik terapistlerin ve Doktorların ise erkek olmasını güven ve tatmin açısından daha çok istemişlerdir. Irk, etnik köken, milliyetçilik gibi faktörler kültürel oryantasyonu etkiler. Hemşirenin, değişik kültürden gelen hastaları ayırt edebilmesinin yanısıra, Amerika'da yapılan bir çalışma da, hemşirelerin kültürel alt yapısının, hastaları etkilediği, beyaz hastaların zenci hemşirelerden daha çok şikayetçi oldukları saptanmıştır.(22,30,33,55,56).

Hastalığa psikososyal uyumun, hastalığın seyri ve tedavisi üzerine etkileri konusunda değişik çalışmalar yapılmıştır. Örneğin, Diyabet kontrolünde psikososyal faktörler üzerine yapılan bazı çalışmalarda Diyabetin kontrolünde stresin önemli rol oynadığı gösterilmiştir. Bireysel farklılıkların strese etkisi ise ölçülememiştir. Bu nedenle etkiyi ölçebilmek için bir multifaktöriyel model ile çalışılması gerekliliği doğmuştur. Peyrot ve Mc Murry tarafından yapılan bir çalışma psikososyal faktörlerin hem direkt olarak (stres-başa çıkma-hastalık şeklindeki psikofizyolojik süreçlerle) ve hem de indirekt etkilerle (psikososyal faktörlerle, health blief-hastalık davranışı ile) diyabetin metabolik kontrolünü etkilediğini, psikososyal uyum ile insülin tedavisi gören diyabetli hastalarda diyabet kontrolünün kuvvetle ilişkili olduğu, uyumun hem davranışla ve hem de psikofizyolojik mekanizmalarla olayı etkilediğini saptamışlardır(37). Taylor ve arkadaşları tarafından, göğüs kanseri olan hastalarda, hastalığın kendisi ve uygulanan tedavi ile ilişkili olarak psikososyal uyumun potansiyel olarak hastalıktan (hastalığın ciddiyeti hayatı tehdit etmesi açısından) ve tedaviden (mastektomi açısından) etkilendiğini, daha kötü prognozun, daha kötü uyumla birlikte seyrettiğini göstermişlerdir (53).

Browne, Byrne ve arkadaşları tarafından yanıklı hastalar üzerinde yapılan bir diğer çalışmada, yanıklı hastalar arasında uyum bozukluklarının %15 oranında olduğu ve uyum bozukluğunun yanığın ciddiyetinden çok, sosyo-ekonomik ve psikososyal faktörlere bağlı olduğunu, hastaların psikososyal uyumu üzerine bireyin başa çıkma tarzı ve sosyal desteğin rolü gösterilmiştir(5).

Roberts, Brown ve arkadaşları tarafından yapılan bir diğer çalışmada iyi uyumu olmayan kronik hastaların, sağlık kurumlarına sıkça başvurdukları, bunun getirdiği mali yük, bu hastaların problem çözücü davranışlarda yetersiz oldukları ve sağlığı geliştirme stratejileri ile bu konuda başarı sağlanabileceği gösterilmiştir(43).

Powers-Jalowiec tarafından yapılan bir diğer çalışmada PAIS ile saptanan iyi uyumu olan, iyi biçimde kontrol altında olan hipertansif hastalar incelenmiş ve hastalığa iyi uyumun hipertansiyonla ilgili problemlerin daha az olması, bu hastalarda arteriyel kan basınçlarının kontrol altında olduğu, yemek-sigara veya ilaç kullanımı gibi tansiyonu kontrol altında tutan etkenlerde azalma, son zamanlarda kilo almadıkları, tedavinin yan etkileri konusunda bilgilerinin olduğu, daha az kötümser, daha az üzgün oldukları, stres seviyelerinin daha düşük ve yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu gibi sonuçlar alınmıştır (38).

Peterson tarafından yapılan bir çalışmada, ev-dehemodiyaliz uygulanan kronik böbrek yetmezliği olan erkek hastaların eşleri arasında psikososyal uyumla ilgili bir araştırma yapılmış, bu eşlerin ev-hemodiyalizini uygulama ve hastaya bakım verme rollerinin yanısıra eşin sorumluluklarını üstlenme gibi zorluklarla karşı karşıya oldukları, tedavinin devamını etkileyecek olan iyi uyum için bu ailelere sağlık sisteminin destek oluşturulması, finans sağlanması gerektiğini ortaya koymuşlardır(36).

Roberts, Chambers ve arkadaşları tarafından post-menopausal kadınlar arasında psikososyal uyumun araştırıldığı bir diğer çalışmada, deneklerin %14'de menapoza uyumun iyi olmadığı ve bu deneklerin sağlık bakım konularında endişeleri ve seksüel ilişkilerinde zorlukları olduğu, psikolojik olarak anksiyete, kızgınlık gibi duygular içinde oldukları, vücut imajı ile ilgili sorunları olduğu, buna karşın menapoza iyi uyum sağlamış olanların yaşamlarının bu dönemdeki psikososyal konularla iyi biçimde başa çıkma davranışı içinde oldukları saptanmıştır.(44 ).



### 3. ÇALIŞMANIN AMACI

Sağlık ve hastalık, hemşirelik bilim sanatı için odak noktası olan kavramlardır. Hemşirelik fonksiyonları bu iki kavram etrafında gelişmiştir. Bu nedenle hemşireler, mesleklerinin gereği olan amaçlarına erişebilmek için, farklı şart ve durumlarda, sağlık ve hastalık farkını ayırt edebilmelidir. Bireylerin hastalıkları ile ilgili subjektif deneyimlerini "iyi" ya da "hasta" olup olmadıklarına nasıl karar verdiklerini, bireyler ve toplumlar arasındaki farkları belirleyebilmek için sağlık ve hastalık durumlarındaki tutumlarını, algılarını, başa çıkma yollarını, öz bakım güçlerini ve bunları etkileyen etkenleri anlayabilmeliler.

Hastalığa psikososyal uyum, hastalığın algısını, kabulünü, tıbbi tedavi ve bakımın kabulünü, hastalığın seyrini, hastalık sonrası bireyin "hasta" rolünden "iyi olma" rolüne geçişini, tıbbi tedavi ve bakım harcamalarını önemli derecede etkileyen bir faktördür. Hastalık, bireyi ağrı, yetersizlik veya ölüm olasılığı gibi etkenlerle, bireyin içinde yaşadığı grubu ise bireyin sosyal rolleri, grubun sabitliği açısından etkiler. Özellikle kronik hastalıklarda bu sebeple bireyin hastalığa "iyi psikososyal uyum" içinde olması gerekir.

Batı kültürlerinde hastalığa psikososyal uyum ve bireylerin hastalığındaki tutumları üzerine çok sayıda çalışma yapılmaktadır. Ülkemizde ise, sağlık ve hasta davranışları ile ilgili çalışmalar son iki yıldır incelenmektedir. Bireylerin hastalığa psikososyal uyumunun ve hastalığı değerlendirmelerinin ve kronik hastalıklarla konunun ilişkisinin araştırıldığı çalışmada amacımız;

1. Kronik hastalığı olan hastaların, hastalıklarına psikososyal uyumlarını, hastalıklarına verdikleri değişik anlamları, hastalığındaki tutumlarını değerlendirmek,
2. Hastalığa psikososyal uyum ölçeğinin Türkçeleştirilmesi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını tamamlayarak, Türk literatürüne hastalığındaki psikososyal uyumunu ölçen bir ölçek kazandırmak,
3. Hastalığı değerlendirme ölçeğinin Türkçeleştirilmesi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını tamamlayarak, Türk literatürüne bireylerin hastalıklarını nasıl değerlendirdikleri ve hastalığındaki tutumlarını, düşünce ve duygularını ölçen bir ölçek kazandırmak
4. Araştırmacılara, değişik hastalık gruplarında hastalığa ilişkin tutum, uyum, duygular gibi konularda yapacakları araştırmalarda rehber olacak bir araç geliştirmek

## 4. GEREÇ VE YÖNTEM

### 4.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma, kronik hastalığı olan bireylerin hastalığa psikososyal uyumlarını belirlemek ve hastalığı algılayışlarını, hastalığıdaki tutumlarını, kaygı ve ümitlerini ortaya koymak amacıyla tanımlayıcı ve hastalığa psikososyal uyum ile hastalığa anlam verme-değerlendirme arasındaki ilişkiyi belirleyici olarak planlanmıştır. Çalışmanın amacına ulaşabilmesi için, bireylerin hastalık durumunda psikososyal uyumunu, hastalığa verdikleri anlamı, hastalığı nasıl değerlendirdiklerini ölçebilmek için bu özellikleri ölçen ölçeklere gerek duyulmaktadır. Türkiye'de bu alanda geliştirilmiş ölçekler bulunmadığı gerçeğinden yola çıkılarak, bu alanda yurt dışında geliştirilmiş, ancak Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği araştırılmamış "**Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim**" (Psychosocial Adjustment of Illness Scale-Self Report-PAIS- SR) ve "**Hastalığı Değerlendirme**" (Meaning of Illness Questionnaire-MIQ) ölçeklerinin Türk toplumuna uyarlanması düşünülmüştür. Bu sebeple araştırma öncelikle PAIS-SR ve MIQ ölçeklerinin geçerlik ve güvenilirliğinin belirlenmesi ve sonrasında kronik hastalığı olan bireylerde durumun tanımlanması şeklinde iki aşamalı olarak planlanmıştır.

#### 4.1.1. Araştırmada Yanıtlanması Gereken Sorular

Araştırma sorularımız, bireylerin hastalık durumunda farklı tutumlar gösterebileceği, psikososyal uyumun iyi ya da kötü oluşunun hastalık durumunu nasıl ve ne yönde etkilediği ile ilişkilidir.

Araştırma sorularımızı aşağıdaki şekilde sıralayabiliiz :

1. Kronik hastalık durumunda hastaların psikososyal uyumu hangi düzeyde?
2. Hastalığa psikososyal uyum puanı akut ve kronik hastalığı olan vakalar arasında farklı mı?
3. Hastalığa psikososyal uyum ile sosyo-demografik özellikler (yaş, cins, eğitim durumu, medeni durum, meslek, hastaneye yatış sayısı, bir sağlık sigortası varlığı ) arasında ilişkiler ne şekildedir?
4. Kronik hastalığı olan bireyler, hastalıklarını nasıl algılıyor, gelecekle ilgili ümitleri, stres düzeyleri, başa çıkma güçleri nelerdir ve akut hastalığı olan bireylerle farklar nelerdir?
5. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığa verdikleri değişik anlamlarla psikososyal uyumları arasındaki ilişki ne düzeydedir?

## 4.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Kronik hastalığı olan bireylerin, hastalığa psikososyal uyumları ve hastalığa verdikleri değişik anlamlar ve bu ikisi arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlı olan araştırmamızın evrenini, Gölcük Deniz Hastanesi, Gölcük Devlet Hastanesi, Karamürsel Devlet Hastanesi, Karamürsel S.S.K.Kadın Sanatoryumundan alınan, akut ve kronik hastalığı olan hastalar oluşturmuştur. İlgili hastanelerin genel dahiliye bölümlerinde tedavi altında olan, kesin tanıları konulmuş, bilgi vermeyi kabul eden akut ve kronik hastalığı olan hastalar arasında olasılıksız örneklem yöntemiyle 150 denek seçilmiştir. Ancak, geçerlik ve güvenilirliği test edilen 2 ayrı ölçeğin olması, kronik hastalığı olan bireylerin yaş, eğitim ve genel durumları ile ilgili etkenler, özellikle asker kökenli erkek hastaların bilgi vermede isteksizlikleri gibi nedenlerle, yanıtlama hataları, testleri anlamama, testleri bitirememe, eksik bilgi verme gibi sorunlar sonucu, özelliklere uymayan deneklerin çıkarılması ile elde edilen veriler 90 hastayı kapsamaktadır.

## 4.3. VERİLERİN TOPLANMASI

Veri toplama amacıyla çalışmanın yapılacağı kurumların yetkili makamlarından konu ile ilgili izinler alındıktan sonra, araştırmacı tarafından uygulamalar yapılmıştır. Uygulama Temmuz 1994 ile Ekim 1994 tarihleri arasında yapılmıştır. Yaz aylarına denk gelmesi sebebi ile kronik hastalığı olan hasta sayısının az olması, vakaların hastanede yatış sürelerinin kısa olması, ölçekleri oluşturan maddelere verilen yanıtların çalışmaya katılan diğer hastaların değerlendirmelerinden etkilenebileceği gibi nedenlerle test-tekrar test aralığı olarak bir günlük zaman aralığı seçilmiştir. Geçerlik ve güvenilirliği test edilen iki ayrı testin olması, PAIS-SR ölçeğinin uzunluğu nedeni ile özellikle yaşlı hastalarda bazı zorluklar yaşanmış olmasına rağmen, ölçeklerdeki ifadelerin anlaşılır olması ve hastalarda kendileri ile ilgilenildiği hissi vermesi bu güçlükleri bertaraf etmiştir.

## 4.4 VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma kapsamına alınan deneklere ilişkin verilerin değerlendirmesi özel bir bilgisayar ile gerçekleştirilmiştir. Veriler bilgisayara yüklendikten sonra SPSS-X (Statistical Package for Social Science) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Her iki ölçeğin test-tekrar test değerlendirmeleri ise Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon tekniği ile test edilmiştir.

PAIS-SR ölçeğinin iç tutarlılığı Kuder Richardson 20 Cronbach alfa ve madde-toplam puan korelasyonu (CORRECTED Item-Total Corelation ) teknikleriyle değerlendirilmiştir.

MIQ ölçeğinin Faktör yapısının geçerliği için hipotez destekleyici Faktör Analizi yapılmıştır.

Araştırmanın ikinci aşamasındaki uygulamada, deneklerin kişisel tanımlayıcı özellikleri ile ilgili veriler, sayı ve yüzdelik ile değerlendirilmiş, bu özellikler ile Hastalığa Psikososyal Uyum ve Hastalığı Değerlendirme ölçekleri arasındaki ilişkiler ki kare, tek yönlü varyans analizi, t-testi ile değerlendirilmiştir.

Araştırmada kullanılan ölçme araçlarının herbirinde bulunan maddelere ilişkin deneklerin yanıtları ve puanlamaları ile ilgili bilgiler veri toplama araçları bölümünde açıklanmıştır.

## 4.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

### 4.5.1. Hastalığa Psikososyal Uyum Ölçeği - Öz Bildirim (Psychosocial Adjustment of Illness Scale-Self Report-PAIS-SR)

Derogatis ve Lopez tarafından 1983 yılında geliştirilen ve hastalığa psikososyal uyumu ölçen bir ölçektir. Ölçek, bireylerin diğer bireylerle ve sosyo-kültürel çevreyi oluşturan kurumlarla karşılıklı etkileşimini ölçer. PAIS-SR ölçeği 46 maddeden oluşur, bu sorular hastalığa psikososyal uyumun 7 alanına ayrılmıştır. Bu yedi alan ölçeğin alt gruplarını oluşturmaktadır. Bu alt gruplar; sağlık bakımına oryantasyon (health care orientation), mesleki çevre (vocational environment), aile çevresi (domestic environment), seksüel ilişkiler (sexual relationships), geniş aile ilişkileri (extended family relationships), sosyal çevre (social environment) ve psikolojik baskı (psychological distress) şeklindedir. Her bir soru için uyumun değişen seviyelerini belirleyen dört tanımlayıcı ifade kullanılmıştır. Denek kendi kişisel deneyimini en iyi-en yakın şekilde tanımlayan yanıtı seçebilmektedir. Herbir madde 0'dan 3'e kadar değişen bir skala üzerinden puanlanır. Hastalıktan bu yana büyük oranda olumsuz değişiklikler 3 puanla, değişiklik olmaması ya da olumlu değişiklikler 0 puanla değerlendirilir. PAIS-SR ölçeğinde düşük puanlar hastalığa "iyi psikososyal uyumu", yüksek puanlar hastalığa "kötü psikososyal uyumu" gösterir. PAIS-SR ile yapılan çalışmalarda 35'in altındaki puanlar iyi (good) psikososyal uyumu, 35 ile 51 arası puanlar orta derecede iyi (fair) psikososyal uyumu ve 51' in üstündeki puanlar kötü uyumu ifade eder şekilde değerlendirilmektedir ( 5.6.38.43.44.45).

PAIS-SR'in geçerlik ve güvenilirliği ve ayrıca ölçeğin seçiciliği ve hassasiyeti yapılan pek çok çalışmada ve hatta bu çalışmalar arasındaki ilişkilerle gösterilmiştir. Örneğin menopoz dönemindeki kadınlar üzerinde yapılan bir çalışma da Cronbach alfa değeri alt gruplar için 0.65, 0.86, 0.88, 0.81, 0.55,0.95, 0.93 bulunmuştur (14). Diyaliz hastaları arasında Kaplan-DeNour tarafından yapılan bir çalışmada tüm PAIS-SR için iç tutarlılık alfa=0.92 ve alt gruplar ortalaması alfa=0.80 bulunmuştur (18). Yanıklı hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada yedi alt grup için iç tutarlılık 0.81 ile 1.0 arasında bildirilmiştir (5). Kalp, akciğer ve renal hastalıklara sahip denekler arasında yapılan başka bir çalışmada Cronbach alfaları 0.80 ile 0.90'nin üzerinde bulunmuştur (6). Bu verilere dayanarak PAIS-SR ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliğinin yeterince kanıtlanmış olduğu, ölçeğin daha iyi uyumlu ve kötü uyumlu hastaların ayırımını yaptığı belirlenmiştir. Ölçek özellikle kronik hastalık durumlarında hastalığa psikososyal uyumu ölçmek için kullanılmasına rağmen menopoz durumundan diyaliz, yanık gibi farklı hastalık durumlarında da kullanılmıştır. Bu alanda yurt dışında geliştirilmiş, kullanılan ölçekler içerisinde en çok kullanılanlardan biridir (6,43). PAIS-SR ölçeği daha önce Türk toplumuna uyarlanmadığı için araştırmamızın bir bölümü yukarıda belirtilen ölçeğin uyarlanmasına ayrılmıştır.



#### 4.5.2 Hastalığı Değerlendirme Ölçeği ( Meaning of Illness Questionnaire)

Mc Adams, Byrne ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilen bu ölçek hastanın hastalığına verdiği özel anlamları ortaya koymak amacıyla düzenlenmiştir. Bu ölçeğin içeriği Lazarus ve Folkman'ın çalışmalarına dayandırılmıştır.

Lazarus ve Folkman, " hastalığı değerlendirme" kavramını "kişinin öz kaynaklarını tüketen veya öz kaynakları aşan belirli dış veya iç istekleri düzenlemek için yapılan bilişsel ve davranışsal çaba" olarak "başa çıkma" ile ilgili literatür içinde tanımlamışlardır.

Gerek Lazarus-Folkman'nun çalışmalarında, gerekse Roberts, Browne ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda, hastanın hastalığına uyumundaki değişkenin açıklanmasında bireyin bu olaya verdiği "anlam ve değer" in "başa çıkma davranışı "dan daha güçlü ve açıklayıcı olduğu belirtilmiştir (6,43).

Bu ölçek bireylerin yaşam durumlarına verdikleri karışık değerlendirmelerin derecesine sayısal bir anlam vermek üzere hazırlanmış olup, hastalığın, yaşama, ilişkilere etkisi, var olan tehlikenin nasıl algılandığı (zarar, tehdit, kayıp, mücadele) olayın prognoz açısından değerlendirilmesi (geçici veya kalıcı), hastalığın kendisine yaptığı zararın derecelendirilmesi (kısıtlayıcı, bozucu veya yıkıcı), yaşanan stresin derecesini, hastalığın önceden tahminini bireyin şartları kontrol edebilme derecesini, belirlizliğini tereddütünü, tekrar yakalanma olasılığını, tutumsal olarak ümidini, motivasyonunu, hastalığına cevabını (onunla ilgili bir şeyler yapmalı, onu kabul etmeli, daha fazla bilgi alma gereği, kendini frenlemesi gereği), hastalığına bağlı olarak kararlarında değişiklik yapma durum ve derecesini, başa çıkma gücü ve genel hal ve tavatlarından memnun olma derecesini belirlemek üzere düzenlenmiştir.

Hastalığı değerlendirme ölçeği 32 maddeden oluşur. Bu 32 maddeden 2 tanesi açık uçlu sorudur. (5 ve 6 maddeler) her bir maddenin 0'dan 6'ya kadar puanlandığı ;

- 0-1 : Hayır,
- 2-3-4 : Bir ölçüde,
- 5-6 : Evet, tamamen

cevaplarına göre ölçeklendirilmiştir.

2 açık uçlu soru kişinin önceki ve şundaki yorumlarını değerlendirmek içindir ve bu sorulara alınan yanıtlar, çalışmanın içinde değişik kategorilere ayrılarak değerlendirilir. (Örneğin yapılan bir çalışmada, bu iki açık uçlu soruya verilen yanıtlar bilgi, heyecanlar, boş vakit değerlendirme, fiziksel durum, gelecek kaygısı, aile bağları, diğer bağlar, çalışma durumu, maddi durum, dini inançlar gibi değişik sınıflara ayrılarak değerlendirilmiştir.) Hastalığı değerlendirme ölçeğinin her bir maddesi şahsın hastalığına verebileceği farklı ortalamaları ortaya çıkarma amacıyla düzenlenmiştir. Bu nedenle bir toplam puan hesaplanamaz (6,43). Bu ölçek daha önce Türk toplumuna uyarlanmadığı için araştırmamızın bir bölümü yukarıda belirtilen ölçeğin uyarlanmasına ayrılmıştır.

Bu anketin geçerlik ve güvenilirliği ilgili olarak Byrne, Browne (1988) ve Mc Adams, Byrne'nin çalışmaları ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğunu göstermiştir (6,43).

### 4.5.3 Anket Formu

Bireye özgü tanımlayıcı bilgileri içermektedir. Araştırmacı tarafından oluşturulan bu form, benzer nitelikteki çalışmalar ve yayınlar gözönünde bulundurularak hazırlanmıştır. Çalışmamızda başlıca 8 değişken seçilmiştir. Bu değişkenlerden yaş, cins, hastalığın akut ya da kronik oluşu, hastaneye yatış sayısı örneklem üzerinde homojen bir özellik oluşturmak üzere belirlenmiş, diğer değişkenler ise örneklemi tanıtmak için belirlenmiştir. İncelenen değişkenler sırasıyla;

- **Yaş** : Deneklere kronolojik yaşları doğrudan sorularak öğrenilmiştir.
- **Cinsiyet** : Deneklerin cinsiyetlerine bakılarak öğrenilmiştir.
- **Öğrenim Durumu** : Bu değişken için okuryazar olmayandan, üniversite öğrenimine kadar 5 kategori belirlenmiş ve deneklere öğrenim durumları doğrudan sorularak öğrenilmiştir.
- **Meslek** : 8 ayrı grup incelenmiş, hastalardan sorularak belirlenmiştir.
- **Medeni Durum** : Özellikle kronik hastalığı olan deneklerin bir eşin desteğine sahip olup olmaması açısından, hastalara sorularak evli, dul, bekar olarak değerlendirilmiştir.
- **Hastalığın akut veya kronik oluşu** : Hasta dosyalarının incelenerek kesin tanılarına dayanarak, 0-3 ay arası bir anamnez özelliğine sahip ve bu problem sebebiyle ilk kez hastaneye yatan hastalar akut, tanısı en az 6 ay önceden konmuş bu hastalık nedeniyle bir kaç hastaneye yatmış hastalar kronik hasta grubunu oluşturmaktadır. Hastaneye yatış sayısı uyumu etkileyebilecek bir faktör olarak düşünülmüş ayrıca değerlendirilmiştir.
- **Sağlık harcamalarını karşılayan bir sağlık sigortası** : Hastalığa maddi problemlerin etkisini değerlendirmek amacıyla sorulmuştur, var veya yok şeklindeki yanıtlar üzerinden değerlendirilmiştir.
- **Hastaneye yatış sayısı** : Özellikle kronik hastalığı olan deneklerin tedavi ve bakım hizmetlerini kullanma sıklığını belirlemek amacıyla, deneklere doğrudan sorularak, ilk-ikinci-üçüncü ve daha çok olarak değerlendirilmiştir.

#### 4.6 VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

Hastalığa Psikososyal Uyum ve Hastalığı Değerlendirme Ölçeklerinin, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları, konu ile ilgili kaynaklarda belirtilen esaslara uygun olarak yapılmıştır.

##### 4.6.1. Hastalığa Psiko Sosyal Uyum Ölçeği { Psychosocial Adjustment of Illness Scale-Self Report (PAIS-SR) (EK-I)}

İlk aşamada dil geçerliği sağlanmaya çalışılmış, İngilizce ifadelerin Türkçe'ye çevrilmesi ve Türkçeleştirilmiş ifadelerin tekrar İngilizceye çevrildiğinde aynı anlamı verip vermedikleri konusunda bir yeminli mütercimın görüşü alınmıştır. (EK-VII)

İçerik geçerliği, ölçme arasında bulunan maddelerin ölçme amacına uygun ifadeler olup, olmadığı uzman görüşüne göre saptanmıştır. Türkçeleştirilen ifadelerin, içerik geçerliliği için uzman görüşüne başvurulmuş, (EK-VI) öneriler doğrultusunda değişiklikler yapılarak EK-IV'deki hali ile Türk toplumunda kullanılmasına karar verilmiştir.

PAIS-SR ölçeğinin güvenilirlik çalışması test-tekrar test yöntemiyle yapılmıştır. Bunun için ölçek, toplam 60 kronik hastalığı olan hastaya bir gün arayla verilmiştir. (Maddelere verilen yanıtlar çalışmaya katılan diğer hastaların değerlendirmelerinden etkilenebileceğinden) Her iki uygulamada bulunan alt grup puanları ve ölçek toplam puanları arasındaki korelasyonlara bakılmıştır.

**Madde Analizi :** PAIS-SR'da yer alan maddenin Türk toplumu için uygun olup olmadığını belirlemek ve ölçeğin Türkçe uyarlamasına hangi maddelerin alınıp, hangi maddelerin Türkçe uyarlamasına, hangi maddelerin alınıp hangi maddelerin alınmayacağına karar verebilmek için, madde analizi yapılmıştır. Madde analizi ile ölçeğin Türk toplumuna en uygun son biçimini alması amaçlanmıştır. Madde analizi işlemi için bilgisayarla gerçekleştirilen işlemler şunlardır.

1. **Madde-Toplam Puan Korelasyonu :** Ölçekteki her bir maddenin ölçeğin, ölçmeyi amaçladığı değişkeni ölçüp ölçmediğini gösterir.

2. **Madde-İlgili Alt Grup Toplam Puan Korelasyonu :** Her bir maddenin yer aldığı alt grubun ölçmeyi amaçladığı değişkeni ölçüp ölçmediğini gösterir.

3. **Altgrup-Ölçek Toplam Puan Korelasyonu :** Her bir alt grubun ölçeğin ölçmek istediği amaca hizmet edip etmediğini değerlendirir.

4. Her bir maddenin t değerlerine bakılarak o maddenin en yüksek ve en düşük puan alan denekleri ayırma gücüne sahip olup olmadığı anlaşılır. t değerinin hesaplanması için deneklerin aldıkları ölçek toplam puanları büyükten küçüğe doğru sıralanmıştır. En yüksek ve en düşük % 27'lik puan grubunu oluşturan deneklerin her bir maddelerden aldıkları puanlar t testi ile karşılaştırılmış, elde edilen verilen Bölüm-5.1'de sunulmuş ve Bölüm-6.1'de tartışılmıştır.

Ölçeğin yapı geçerliği ise, ölçeğin ayırıcılık gücünü saptayabilmek için bu hastalık sebebiyle hastaneye ilk defa yatan, akut hastalığı olan hastalarla (n:30), değişik defalar hastaneye deneyimi olan kronik hastalığı olduğu saptanmış (n:60) hastaların toplam puan ortalamaları, alt grup toplam puan ortalamaları ile karşılaştırılmıştır.

Ayrıca ölçeğin tümü için **Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı**, hem tüm denekler, hem de kronik hastalığı olan deneklerde ayrı ayrı bakılmış ve gerek alt grupların gerekse ölçeğin tümü için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayılarına bakılmış, sonuçlar Bölüm-5.1'de sunulmuş, 6.1'de tartışılmıştır.

#### 4.6.2. Hastalığı Değerlendirme Ölçeği {The Meaning of Illness Questionnaire (MIQ) (EK-II)}

İlk aşamada **dil geçerliği** sağlanmaya çalışılmış, İngilizce ifadelerin tekrar Türkçeye çevrilmesi ve Türkçeleştirilmiş ifadelerin tekrar İngilizceye çevrildiğinde aynı anlamı verip vermedikleri konusunda bir yeminli mütercim görüşü alınmıştır. (EK-VII)

**İçerik geçerliği**, ölçme aracında bulunan maddelerin ölçme amacına uygun ifadeler olup olmadığı uzman görüşüne göre saptanmıştır. Türkçeleştirilen ifadelerin içerik geçerliği için uzman görüşüne başvurulmuş (EK-VI) öneriler doğrultusunda değişiklikler yapılarak ölçeğin EK-V'de belirtilen hali ile Türk toplumunda kullanılmasına karar verilmiştir.

Ölçeğin "**Güvenirlilik**" çalışması için Test-Tekrar test tekniği ile deneklerin tüm maddelere verdikleri ilk ve ikinci yanıtlar karşılaştırılmış, sonuçlar korelasyon tekniği ile değerlendirilmiştir. (Bir olaya verilen anlamın sayısal değerlendirmesi diğer katılanların değerlendirmelerinden etkilenebileceğinden test-tekrar test aralığı olarak uzun periyot yerine 1 günlük test-tekrar test zaman aralığı seçilmiştir).

MIQ'daki her soru, bir şahsın bir hastalığa verebileceği farklı anlamı ortaya çıkarmak için düzenlenmiştir. Testin asıl biçimi ve sonraki çalışmaların geçerlik ve güvenilirliğinde "puanlar toplanmamıştır", sonuçlar maddelere verilen yanıtlar, başka benzer testlerle karşılaştırma, faktör analizi gibi ileri geçerlik çalışmaları ile değerlendirebilmektedir. Puanların toplanmamış olması sebebiyle iç tutarlılık testi uygulanamamıştır (40)

Ölçeğin **geçerlik** çalışması için, ölçeğin Türkçe uyarlamasıyla, bu tez kapsamında geçerlik ve güvenirlilik çalışması yapılan PAIS-SR ölçeği karşılaştırılmıştır. MIQ ölçeğinin her bir maddesinin hastalığa verilen olumsuz ortalama veya iyimser değerlendirmelerin PAIS-SR'a verilen kötü uyum veya iyi uyum puanları ile ilişkisi Pearson momentler çarpımı korelasyon katyasını tekniği kullanılarak, bilgisayarla karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırmalar hem tüm denekler için hem de kronik vakalar için ayrı ayrı değerlendirilmiştir.

MIQ'nun açık uçlu 5 ve 7. sorularına, denekler yanıt vermediği için değerlendirmeye alınmamış ve ölçek 30 madde üzerinden kullanılmıştır. Orijinalinde verilen yanıtlar 12 kategoride ayrı bir değerlendirmeye tabi tutulmuştur.

Geçerlik çalışmasının ikinci aşamasında MIQ'nun her bir maddesine verilen yanıtların akut ve kronik hastalığı olan denekler arasındaki ayrıcalık gücünü saptayabilmek amacıyla karşılaştırması yapılmıştır. Sonuçlar t testi ile değerlendirilmiştir.

MIQ'nun üçüncü adım olarak ileri geçerlik çalışmasında **faktör analizi** yapılmıştır. Ölçeğin tamamının, toplam kaç faktör yapısını değerlendirildiği ve farklı boyutlar değerlendirme derecesini ve orijinal ölçeğe uygunluğunu belirlemek amacıyla bu değerlendirme yapılmıştır.

**Anket Formu** : Bireye özgü özelliklerin sorgulandığı sorular, hemen bütün anketlerde kullanılan, standart sayılabilecek sorulardan alınmış ve bu nedenle anlaşılabilir olduğu konusunda 3 uzman hemşirenin görüşü alınarak belirleme yapılmıştır.

## 5. BULGULAR

Bulgular dört bölümde sunulmuştur;

1. PAIS-SR geçerlik-güvenilirliği,
2. MIQ Geçerlik güvenilirliği,
3. Denekleri tanıtıcı bilgiler,
4. Kronik vakaların hastalığa psikososyal uyumu ve hastalıklarına verdikleri değişik anlamların değerlendirilmesi.

### 5.1. TÜRKÇELEŞTİRİLEN HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ İLE İLGİLİ BULGULAR:

5.1.1. PAIS-SR ölçeğinin güvenirlik çalışması için kronik hastalığı olan denekler arasında test-tekrar test korelasyonlarına bakılmış, sonuçlar **Tablo-1**'de gösterilmiştir. PAIS-SR'in alt grupları arasında birinci ve ikinci uygulamalardan elde edilen puanlar arasında 0.89'dan 0.99'a varan ve ölçek toplam puanları açısından 0.99 düzeyinde ve  $P < 0.0001$  anlamlılık düzeyinde yüksek korelasyon değerleri elde edilmiştir.

**TABLO-1**

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeğinin, Kronik Vakalarda Ölçek Alt Grup Toplam Puanları ve Ölçek Toplam Puanları Açısından Test-Tekrar Test Korelasyonları (n:60)

GRUP	r	P
Sağlık Bakım Uyumu	0.9928	P <0.0001
Mesleki Çevre	0.9774	P <0.0001
Ev-Aile Çevresi	0.9750	P <0.0001
Seksüel İlişkiler	0.9881	P <0.0001
Genişletilmiş Aile İlişkileri	0.9873	P <0.0001
Sosyal Çevre	0.9817	P <0.0001
Psikolojik Baskı	0.8978	P <0.0001
<b>TOPLAM</b>	<b>0.9941</b>	<b>P &lt;0.0001</b>

5.1.2 Türkçeleştirilmiş hastalığa psikososyal uyum ölçeğinin geçerliliğini test etmek için önce madde analizi işleminden geçirilerek, ölçeğin Türk toplumuna en uygun son biçimi alması sağlanmıştır. Bunun için 4 aşamalı işlemler dizisi uygulanmıştır.

a. Birinci aşamada, madde-toplam puan korelasyonuna bakılmıştır. Her bir maddenin varyansı ile toplam puan arasındaki ilişkiyi saptayan madde-toplam puan güvenirliği katsayıları **Tablo-2**'de görüldüğü gibidir. Ölçeğin tümü içinde yalnızca 14.maddenin korelasyon katsayısı 0.20'nin altında ve

p değeri > 0.05 bulunmuştur. Diğer maddelerin korelasyon katsayıları 0.40 ile 0.77 arasında yüksek değerlerdedir (p < 0.05 ile p < 0.0001 arasında).

**TABLO-2**

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeğindeki İfadelerin-Madde-Toplam Puan Korelasyonu (n:90)

<b>SORULAR</b>	<b>r</b>
1. Sağlığına dikkat etmesi.	0.2353
2. Hastalığa özel bakım konusundaki tutumu.	0.2601
3. Tıbbi bakımın kalitesi ile ilgili düşüncesi.	0.4847
4. Tedavi ve personel ile ilgili düşünceleri	0.4902
5. Hastalıktaki tutum ve hisleri.	0.6268
6. Hastalığı konusundaki bilgisi.	0.4002
7. Tedavisinden beklentileri.	0.4177
8. Tedavi konusundaki bilgisi.	0.3811
9. Hastalığın işine etkisi.	0.6701
10. Hastalığın fiziksel yeterliliğe etkisi.	0.6299
11. Son 30 gündeki işgünü kaybı.	0.5694
12. Hastalıktan sonra iş dahamı önemli.	0.6301
13. Hastalığı bağlı olarak amaçlarda değişiklik.	0.6970
14. Arkadaş, komşularda sorunlarda değişiklik.	0.1649
15. Birlikte olduğu kişiyle ilişkileri.	0.5713
16. Çevresindekilerle ilişkileri.	0.5169
17. Hastalığın evle ilgili sorumluluklara etkisi.	0.6981
18. Ailenin sorunların çözümünde ona yardımı	0.5738
19. Hastalık aile ile iletişimi azalattı mı?	0.4487
20. Yardıma ihtiyacı var mı, yardım alabilir mi?	0.6081
21. Hastalık fiziksel yetersizliğe yol açtı mı?	0.7084
22. Hastalık aile bütçesini etkiledi mi?	0.2821
23. Hastalık eşiyile sorunlara yol açtı mı?	0.6535
24. Cinsel aktiviteye ilgi azalması.	0.5596
25. Cinsel aktivitede azalma.	0.5819
26. Cinsellikten duyulan tatmindeki azalma.	0.6315
27. Cinsel yaşamda düzensizlik	0.5931
28. Cinsel yaşamla ilgili görüş ayrılığı.	0.6414
29. Akrabalarla görüşme.	0.5182
30. Akrabalara yakınlaşma isteği.	0.4523
31. Akrabaların desteği.	0.6497
32. Akrabalara bağlılığı.	0.4965
33. Onlarla arası nasıl?	0.4555
34. Hobi'lere ilgi.	0.7798
35. Etkinliklere katılım.	0.7657
36. Aile ile olan etkinliklere ilgi.	0.6172
37. Aile ile olan etkinliklere katılım.	0.6221
38. Sosyal faaliyetlere ilgi.	0.7289
39. Sosyal faaliyetlere katılım.	0.6573
40. Korku, gerginlik v.b. hisler.	0.5524
41. Üzüntü, sıkıntı, umutsuzluk v.b. hisler.	0.5717
42. Öfkeli, sinirli vb. hisler.	0.5195
43. Kendini suçlu hissetme.	0.5591
44 Endişe	0.5768
45 Kendini daha az değerli hissetme.	0.6100
46 Hastalığın onu çirkinleştirdiği hissi.	0.6224

b. İkinci adımda ölçeğin her bir maddesinin varyansı ile ilgili alt grup varyansı arasındaki ilişkiyi ölçen, madde-ilişkili alt grup korelasyonlarına bakılmış, sonuçlar Tablo-3'de gösterilmiştir.

**TABLO-3**

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeğindeki Maddelerin İlgili Alt Grup Ortalama Toplam Puanı ile Korelasyonları (n:90)

SORULAR	I	II	III	IV	V	VI	VII
1. Sağlığına dikkat etmesi.	0.5592						
2. Hastalığa özel bakım konusundaki tutumu.	0.6187						
3. Tıbbi bakımın kalitesi ile ilgili düşüncesi.	0.8305						
4. Tedavi ve personel ile ilgili düşünceleri	0.8254						
5. Hastalığındaki tutum ve hisleri.	0.7641						
6. Hastalığı konusundaki bilgisi.	0.7532						
7. Tedavisinden beklentileri.	0.7849						
8. Tedavi konusundaki bilgisi.	0.7029						
9. Hastalığın işine etkisi.		0.8435					
10. Hastalığın fiziksel yeterliliğe etkisi.		0.7230					
11. Son 30 gündeki işgünü kaybı.		0.8022					
12. Hastalıktan sonra iş dahamı önemli.		0.8697					
13. Hastalığı bağı olarak amaçlarda değişiklik.		0.8935					
14. Arkadaş, komşularda sorunlarda değişiklik.		0.3498					
15. Birlikte olduğu kişiyle ilişkileri.			0.6492				
16. Çevresindekilerle ilişkileri.			0.6272				
17. Hastalık evle ilgili sorumluluklara etkisi.			0.6714				
18. Ailenin sorunların çözümünde yardımı			0.7729				
19. Hastalık aile ile iletişimi azalattı mı?			0.6319				
20. Yardıma ihtiyacı varmı, yardım alabilir mi?			0.7725				
21. Hastalık fiziksel yetersizliğe yol açtı mı?			0.6786				
22. Hastalık aile bütçesini etkiledi mi?			0.5303				
23. Hastalık eşiyile sorunlara yol açtı mı?				0.8254			
24. Cinsel aktiviteye ilgi azalması.				0.9095			
25. Cinsel aktivitede azalma.				0.9464			
26. Cinsellikten duyulan tatmindeki azalma.				0.9480			
27. Cinsel yaşamda düzensizlik				0.9303			
28. Cinsel yaşamla ilgili görüş ayrılığı.				0.8935			
29. Akrabalarla görüşme.					0.8785		
30. Akrabalara yakınlığa isteği.					0.8817		
31. Akrabaların desteği.					0.8078		
32. Akrabalara bağlılığı.					0.8453		
33. Onlarla arası nasıl.					0.6889		
34. Hobi'lere ilgi.						0.8953	
35. Etkinliklere katılım.						0.9027	
36. Aile ile olan etkinliklere ilgi.						0.8355	
37. Aile ile olan etkinliklere katılım.						0.8890	
38. Sosyal faaliyetlere ilgi.						0.8685	
39. Sosyal faaliyetlere katılım.						0.8534	
40. Korku, gerginlik v.b. hisler.							0.7328
41. Üzüntü, sıkıntı, umutsuzluk v.b. hisler.							0.7638
42. Öfkeli, sınırlı vb. hisler.							0.7122
43. Kendini suçlu hissetme.							0.6162
44 Endişe							0.6710
45 Kendini daha az değerli hissetme.							0.6773
46 Hastalığın onu çirkinleştirdiği hissi.							0.6045

Birinci alt grup korelasyon değerleri	:	0.555 ile 0.83 arası,
İkinci alt grup korelasyon değerleri	:	0.34 ile 0.86 arasında,
Üçüncü alt grup korelasyon değerleri	:	0.53 ile 0.77 arası,
Dördüncü alt grup korelasyon değerleri	:	0.82 ila 0.94 arası,
Beşinci alt grup korelasyon değerleri	:	0.80 ila 0.88 arasında,
Altıncı alt grup korelasyon değerleri	:	0.83 ila 0.90 arası,
Yedinci alt grup korelasyon değerleri	:	0.60 ila 0.76 arasında,

Hepsinde  $p < 0.0001$  düzeyinde bulunmuştur.

c. Üçüncü olarak **Tablo-4**'de görüldüğü gibi alt grup ortalama puanı-toplam puan korelasyonuna bakılmıştır ki bu her bir alt grubun varyansı ile toplam puan varyansı arasındaki ilişkiyi saptayan bir ölçüttür. Hastalığa psikososyal uyumun yedi alt grubu da 0.57 ile 0.82 arasında yüksek korelasyon katsayısı ve  $p < 0.0001$  anlamlılığı içinde bulunmuştur.

**TABLO-4**  
Ölçeğin Alt Grup Toplam Puanları ile Toplam Puanlar Arasındaki Korelasyonları

ALT GRUPLAR	TÜM GRUP (n:90)	KRONİK (n:60)
	r	r
1. Sağlık Bakımına Uyum	0.5786	.4403
2. Mesleki Çevre	0.7444	.6109
3. Ev-Aile İlişkileri	0.8207	.7645
4. Seksüel İlişkiler	0.6594	.5946
5. Genişletilmiş Aile İlişkisi	0.5937	.5259
6. Sosyal Çevre.	0.7978	.7831
7. Psikososyal Baskı	0.7031	.6700

d. Her bir maddenin t değerlerine bakılarak o maddenin en yüksek ve en düşük puan alan denekleri ayırma gücüne sahip olup olmadığı anlaşılır. t değerinin hesaplanması için deneklerin aldıkları ölçek toplam puanları büyükten küçüğe doğru sıralanmıştır. En yüksek ve en düşük % 27'lik puan grubunu oluşturan deneklerin her bir maddelerden aldıkları puanlar t testi ile karşılaştırılmıştır. Dördüncü olarak maddelerin t değerlerine bakılmış, sonuçlar **Tablo-5**'de (1 ve 2.madde hariç tüm maddeler alt ve üst % 27'lik grubu iyi ayırdığı  $p < 0.001$  anlamlılık düzeyinde) saptanmıştır. 1 ve 2 maddeler  $p > 0.05$ 'dir.



**TABLO-5**  
En Yüksek ve En Düşük % 27'lik Puan Grubunu Oluşturan Deneklerin, Her Bir Maddeden Aldıkları Ortalama Puanlarının Dağılımı

M A D D E	GRUP-I (26)		GRUP-II (25)		t	P
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
1. Sağlığına dikkat etmesi.	1.1	0.7	1.5	1.0	-1.6	p > 0.05
2. Hastalığa özel bakım konusundaki tutumu.	1.2	0.9	1.7	0.7	-1.9	p > 0.05
3. Tıbbi bakımın kalitesi ile ilgili düşüncesi.	0.2	0.4	1.3	0.9	-5.1	p < 0.05
4. Tedavi ve personel ile ilgili düşünceleri	0.3	0.6	1.6	0.8	-6.3	p < 0.0001
5. Hastalıktaki tutum ve hisleri.	0.7	0.8	2.5	0.7	-7.6	"
6. Hastalığı konusundaki bilgisi.	0.9	0.7	1.8	0.6	-4.3	"
7. Tedavisinden beklentileri.	0.3	0.6	1.3	0.9	-4.9	"
8. Tedavi konusundaki bilgisi.	0.9	0.7	1.7	0.6	-3.9	"
9. Hastalığın işine etkisi.	1.0	0.5	2.2	0.6	-7.76	"
10. Hastalığın fiziksel yeterliliğe etkisi.	1.2	0.4	2.2	0.4	-8.25	"
11. Son 30 gündeki işgünü kaybı.	1.1	0.8	2.5	0.6	-6.03	"
12. Hastalıktan sonra iş dahamı önemli.	0.7	0.5	2.2	0.7	-8.2	"
13. Hastalığı bağlı olarak amaçlarda değişiklik.	0.5	0.5	2.2	0.6	-9.88	"
14. Arkadaş, komşularda sorunlarda değişiklik.	0.07	0.2	0.5	0.8	-2.70	"
15. Birlikte olduğu kişiyle ilişkileri.	0.3	0.4	1.1	0.6	-5.39	p < 0.0001
16. Çevresindekilerle ilişkileri.	0.1	0.3	0.8	0.6	-4.41	"
17. Hastalık evle ilgili sorumluluklara etkisi.	0.6	0.4	2.1	0.6	-9.18	"
18. Ailenin sorunların çözümünde yardımı	0.4	0.5	1.4	0.8	-5.1	"
19. Hastalık aile ile iletişimi azalttı mı?	0.3	0.4	1.08	0.7	-4.36	"
20. Yardıma ihtiyacı var mı, yardım alabilir mi?	0.1	0.3	1.3	0.7	-7.75	"
21. Hastalık fiziksel yetersizliğe yol açtı mı?	0.8	0.4	2.2	0.4	-11.04	"
22. Hastalık aile bütçesini etkiledi mi?	0.6	0.8	1.2	1.1	-2.32	p < 0.05
23. Hastalık eşyle sorunlara yol açtı mı?	0.07	0.2	1.2	0.9	-6.03	p < 0.0001
24. Cinsel aktiviteye ilgi azalması.	0.1	0.4	1.2	0.8	-5.5	"
25. Cinsel aktivitede azalma.	0.2	0.4	1.4	0.8	-6.33	"
26. Cinsellikten duyulan tatmindeki azalma.	0.1	0.3	1.5	0.9	-6.7	"
27. Cinsel yaşamda düzensizlik	0.3	0.4	1.5	1.0	-5.5	"
28. Cinsel yaşamla ilgili görüş ayrılığı.	0.1	0.3	1.3	0.9	-6.5	"
29. Akrabalarla görüşme.	0.2	0.4	1.0	0.9	-4	"
30. Akrabalara yakınlaşma isteği.	0.3	0.6	1.0	1.0	-3.16	p < 0.01
31. Akrabaların desteği.	0.4	0.5	1.5	0.8	-5.5	p < 0.0001
32. Akrabalara bağlılığı.	0.2	0.4	1.0	0.9	-3.7	"
33. Onlarla arası nasıl.	0.1	0.3	0.7	0.6	-4.0	"
34. Hobi'lere ilgi.	0.5	0.5	2.4	0.7	-11.2	"
35. Etkinliklere katılım.	0.4	0.5	2.40	0.5	-10.6	"
36. Ailede olan etkinliklere ilgi.	0.4	0.5	1.8	0.7	-7.6	"
37. Ailede olan etkinliklere katılım.	0.4	0.5	1.8	0.7	-7.0	"
38. Sosyal faaliyetlere ilgi.	0.8	0.5	2.4	0.6	-9.4	"
39. Sosyal faaliyetlere katılım.	0.9	0.6	2.2	0.5	-7.6	"
40. Korku, gerginlik v.b. hisler.	1.0	0.6	1.9	0.4	-6.2	"
41. Üzüntü, sıkıntı, umutsuzluk v.b. hisler.	0.9	0.5	1.8	0.5	-5.8	"
42. Öfkeli, sinirli vb. hisler.	0.8	0.6	1.6	0.6	-4.6	"
43. Kendini suçlu hissetme.	0.03	0.1	0.8	0.9	-4.1	"
44. Endişe	0.9	0.6	1.9	0.6	-5.9	"
45. Kendini daha az değerli hissetme.	0.0	0.0	0.8	0.8	İS Hesaplanamadı	
46. Hastalığın onu çirkinleştirdiği hissi	0.2	0.5	1.3	0.6	-6.6	p < 0.0001
TOPLAM	24.6	7.0	74.0	100	-2.04	"

Bu çalışmada tüm denekler (n:90) için bakıldığında, yalnızca 14.maddenin madde-toplam puan korelasyonu düşük, t testine göre de 1 ve 2. maddeler için  $p > 0.05$  bulunmuştur. Fakat, bu ifadelerin ilgili alt grupları ile korelasyonları yüksek ve  $p < 0.0001$  anlamlılık düzeyinde olduğu için ölçekten çıkarılmamışlardır.

Sonuçta ölçeği oluşturan tüm maddelerin yeterli anlamlılık düzeyine sahip oldukları açıkça görülerek madde çıkarmaya gerek duyulmamıştır. Ölçek Türk toplumuna 46 maddeden oluşan orjinaline uygun madde sayısı ile uygulanabilir olarak saptanmıştır.

**5.1.3** Ölçeğin geçerlik çalışması için hastalığa psikososyal uyumları farklı olması beklenen akut ve kronik hastalığı olan deneklerin ölçeğe verdikleri yanıtlar değerlendirilmiştir. (Akut 30, kronik 60)

**Tablo 6**'da ölçeğin akut ve kronik vakalar arasında ölçek ortalama puanları, ölçek ve alt grup ortalama puanları, standart sapma t ve p değerleri verilmiştir.

Akut vakalar arasında PAIS-SR OOP'ni 28.26 iken, Kronik vakalar arasında PAIS-SR OOP'ni 56.91 olarak bulunmuş ve aradaki fark  $p < 0.0001$  ileri derecede anlamlı bulunmuştur.

**TABLO-6**

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim ölçeğinin akut ve kronik hastalığı olan denekler arasında ölçek alt grup ortalama puanları ve ölçek toplam puanlarının karşılaştırılması.

ALT GRUP	MADDE SAYISI	PUAN	AKUT-30 $\bar{x}$ SD	KRONİK-60 $\bar{x}$ SD	t	P
1. Sağlık Bakımına Uyum	8	0-24	6.7 ± 3.5	11.3 ± 5.3	-4.27	< 0.0001
2. Mesleki Çevre	6	0-18	5.3 ± 2.0	9.9 ± 3.7	-6.35	< 0.0001
3. Ev Çevresi	8	0-24	4.1 ± 2.2	8.4 ± 3.9	-5.59	< 0.0001
4. Seksüel İlişkiler	6	0-18	1.8 ± 2.1	5.5 ± 5.0	-3.83	< 0.0001
5. Geniş Aile İlişkileri	5	0-15	1.6 ± 1.6	3.8 ± 3.2	-3.60	< 0.0001
6. Sosyal Çevre	6	0-18	4.6 ± 2.5	9.5 ± 4.7	-5.23	< 0.0001
7. Psikososyal baskı	7	0-21	4.3 ± 2.3	8.1 ± 3.2	-5.64	< 0.0001
<b>TOPLAM</b>	<b>46</b>	<b>0-138</b>	<b>28.2 ± 8.1</b>	<b>56.9 ± 18.4</b>	<b>-8.11</b>	<b>&lt; 0.0001</b>

PAIS-SR'in	I.alt grubu için ;			
	Akut denekler için	AGOR (Alt grup ortalama puanı)	6.70	
	Kronik "	" "	11.30	
PAIS-SR'in	II.alt grubu için ;			
	Akut denekler için	AGOR (Alt grup ortalama puanı)	5.30	
	Kronik "	" "	9.950	
PAIS-SR'in	III.alt grubu için ;			
	Akut denekler için	AGOR (Alt grup ortalama puanı)	4.133	
	Kronik "	" "	8.433	
PAIS-SR'in	IV.alt grubu için ;			
	Akut denekler için	AGOR (Alt grup ortalama puanı)	1.866	
	Kronik "	" "	5.566	
PAIS-SR'in	VI.alt grubu için ;			
	Akut denekler için	AGOR (Alt grup ortalama puanı)	4.66	
	Kronik "	" "	9.550	
PAIS-SR'in	VII.alt grubu için ;			
	Akut denekler için	AGOR (Alt grup ortalama puanı)	4.33	
	Kronik "	" "	8.10 bulundu.	

#### 5.1.4. Kuder-Richardson 20 Güvenirliği :

Ölçeğin tüm maddelerine verilen yanıtlardaki tutarlılığın ve madde homojenliğinin incelendiği, bu analizde, Kuder-Richardson 20 alfa güvenirlilik katsayısı Türkçeleştirilen (46 madde) form için tüm vakalarda 0.94, kronik vakalar için 0.92 düzeyinde bulunmuştur.

Tablo-7'de tüm vakalar arasında ölçeğin tümü ve alt gruplar için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları gösterilmiş olup, alfa değerleri 0.80 ile 0.95 arasında yüksek değerlerdedir.

Bu verilere dayanarak bu örneklem grupları için ölçeğimizin yüksek iç tutarlılığa sahip olduğunu söyleyebiliriz.

**TABLO-7**  
Hastalığa Psikososyal Uyum-Bildirim Ölçeğinin Tümü ve Alt Gruplar için (n=90)

ALT GRUPLAR	ALFA
Sağlık Bakımına Oryantasyonu	0.87
Mesleki Çevre	0.85
Ev çevresi	0.80
Sekstüel İlişkiler	0.95
Geniş aile ilişkileri	0.89
Sosyal Çevre	0.93
Psikososyal Baskı	0.83
<b>TOPLAM</b>	<b>0.94</b>

Ayrıca Tablo-8'de kronik hastalığı olan denekler arasında ölçeğin tümü için alfa değeri 0.92, alt gruplar için de 0.78 ile 0.96 gibi yüksek değerler de bulunmuştur.

**TABLO-8**  
Hastalığa Psikososyal Uyum Ölçeğinin Tümü İçin ve Alt Gruplar için Alfa Değerleri  
(n=60, kronik hastalığı olan deneklerde)

ALT GRUPLAR	MADDE SAYISI	PUAN	ORTALAMA $\bar{X} \pm SD$	ALFA
Sağlık Bakımına Oryantasyonu	8	0-24	11.3 5.3	0.87
Mesleki Çevre	6	0-18	9.9 3.7	0.83
Ev çevresi	8	0-24	8.4 3.9	0.78
Sekstüel İlişkiler	6	0-18	5.5 5.0	0.96
Geniş aile ilişkileri	5	0-15	3.8 3.2	0.89
Sosyal Çevre	6	0-18	9.5 4.7	0.92
Psikososyal Baskı	7	0-21	8.1 3.2	0.79
<b>TOPLAM</b>	<b>46</b>	<b>0-138</b>	<b>56.9 18.4</b>	<b>0.92</b>

## 5.2. TÜRKÇELEŞTİRİLEN HASTALIĞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ İLE İLGİLİ BULGULAR

5.2.1. MIQ ölçeğinin güvenilirlik çalışması için kronik hastalığı olan denekler arasında test-tekrar test korelasyonlarına bakılmış sonuçlar Tablo-9'da gösterilmiştir. MIQ'nun her bir maddesi için korelasyon değerleri, kronik vakalar için 0.67 ile 0.98 arasında yüksek korelasyon değerleri saptanmıştır.

**TABLO-9**  
MIQ Ölçeğinin herbir maddesinin Kronik Grupta Test - Tekrar Test Korelasyonları  
(n:60)

Madde	r
1. Günlük yaşama etki	0.9267
2. Arkadaşlarla birlikte olmaya etki	0.9472
3. Aile ile birlikte olmaya etki	0.9758
4. İş, okul, ev işlerine etki	0.9160
5. Hastalığın zarar olarak tanımları.	0.9052
6. Hastalığın tehlike olarak tanımları.	0.9380
7. Hastalığın kayıp olarak tanımları.	0.9677
8. Hastalığın mücadele olarak tanımları.	0.9628
9. Hastalığın geçici bir durum olarak tanımları.	0.9888
10. Hastalığın kalıcı bir durum olarak tanımları.	0.9700
11. Hastalığın hem geçici, hem kalıcı algısı	0.9398
12. Hastalığı kısıtlayıcı bulma.	0.9512
13. Hastalığı kötüye gidış olarak bulma.	0.9125
14. Hastalığı vücut için yıkıcı bulma.	0.9798
15. Hastalığı yaşanan stres açısından bulma.	0.8450
16. Hastalığın tahmini	0.8531
17. Hastalığa yakalanmada rolü	0.9660
18. Herşeyin eskisi gibi olması	0.9192
19. Bu hastalığa tekrar yakalanma olasılığı,	0.8336
20. ümit-herşey yoluna girecekmi.	0.9650
21. Hastalığa rağmen davranışlarda bağıntı.	0.8915
22. Hastalıkla ilgili birşeyler yapmalı/değıştirmeli.	0.9202
23. Hastalığı kabullenmelisiniz.	0.9625
24. Harekete geçmek için daha fazlasını bilmeli.	0.9647
25. Kendini frenlemeli.	0.6749
26. İlgı-dikkat-kararlarda değışiklik.	0.7785
27. Söyleyecek çok şeyi armı, kararları kontrol	0.8897
28. Bu işin üstesinden gelecek enerji ve sabır	0.9070
29. Genel durumundan memnuniyeti	0.9551
30. Genel olarak uğraşılardan, tavırlarından memnuniyet.	0.9159

5.2.2. Hastalığı değerlendirme ölçeğinin geçerlilik çalışması için 3 aşamalı işlemler dizisi uygulanmıştır.

a. Önce MIQ'nun Türkçe uyarlaması ile, bu tez kapsamında geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan PAIS-SR ölçeğı karşılaştırıldı. Sonuçlar Tablo-10'da gösterilmektedir. MIQ ölçeğın PAIS-SR ölçeğı alt gruplar ortalama puan ve toplam puanı ile korelasyonlarının araştırılmasında ilişkili olabilecek alt gruplar ve toplam puan ile çok sayıda korelasyonlar saptanmıştır.

**TABLO-10**  
Hastalığı Değerlendirme Ölçeğinin Her bir Maddesine Verilen Ortalama ile PAIS-SR Toplam Puanı ve Alt Grup Ortalama Toplam Puanları Arasında Korelasyon (n:90)

MADDE NO	TOTAL PAIS r	S <sub>1</sub> r	S <sub>2</sub> r	S <sub>3</sub> r	S <sub>4</sub> r	S <sub>5</sub> r	S <sub>6</sub> r	S <sub>7</sub> r
1. Günlük yaşama etki	.7577	.2942	.6632	.6387	.4870	.3362	.8186	.5280
2. Arkadaşlarla birlikte olmaya etki	.6616	.1108	.5748	.5855	.3924	.4536	.7591	.4951
3. Aile ile birlikte olmaya etki	.5624	.1551	.4542	.6118	.1901	.3829	.5601	.5021
4. İş, okul, ev işlerine etki	.7687	.3339	.7049	.6069	.5143	.3085	.7278	.5508
5. Hastalığın zarar olarak tanımları.	.6512	.3846	.5662	.5199	.2990	.3967	.5591	.5274
6. Hastalığın tehlike olarak tanımları.	.7417	.3702	.6665	.6312	.4815	.3468	.5946	.5782
7. Hastalığın kayıp olarak tanımları.	.6653	.1910	.6406	.5326	.3906	.3383	.6876	.5306
8. Hastalığın mücadele olarak tanımları.	-.6116	-.4490	-.5545	-.4243	-.2814	-.2758	-.5136	-.4792
9. Hastalığın geçici bir durum olarak tanımları.	-.6014	-.3518	-.5534	-.4103	-.2746	-.2982	-.5074	-.5686
10. Hastalığın kalıcı bir durum olarak tanımları.	.6390	.3992	.5828	.4505	.3189	.2895	.5522	.5307
11. Hastalığın hem geçici, hem kalıcı algısı	.5223	.3130	.4419	.4336	.3274	.2160	.4145	.4118
12. Hastalığı kısıtlayıcı bulma.	.6519	.2400	.5958	.5809	.3790	.2833	.6610	.5320
13. Hastalığı kötüye gidış olarak bulma.	.7429	.4616	.6087	.5661	.4246	.3738	.5870	.6334
14. Hastalığı vücut için yıkıcı bulma.	.7096	.5068	.5983	.5109	.3821	.2698	.6033	.5206
15. Hastalığı yaşanan stres açısından bulma.	.6053	.2240	.4957	.5283	.2984	.3894	.5236	.5606
16. Hastalığın tahmini	.4135	.1628	.3501	.3357	.2340	.2345	.3398	.3865
17. Hastalığa yakalanmada rolü	.1772	.1221	.1230	.1112	.0277	.0196	.1685	.2616
18. Herşeyin eskisi gibi olması	-.6746	-.3555	-.5442	-.4736	-.4039	-.4324	-.5403	-.5630
19. Bu hastalığa tekrar yakalanma olasılığı,	.6014	.3646	.4771	.4255	.3462	.3793	.4328	.5709
20. Ümit-herşey yoluna girecekmi.	-.7602	-.4249	-.5561	-.6001	-.4537	-.5090	-.5958	-.6827
21. Hastalığa rağmen davranışlarda bağıntı.	-.6913	-.3396	-.7138	-.5229	-.3328	-.3679	-.6461	-.5002
22. Hastalıkla ilgili birşeyler yapmalı/değıştirmeli.	-.5474	-.2649	-.5411	-.5379	-.2329	-.2920	-.3920	-.4800
23. Hastalığı kabullenmelisiniz.	.5826	.2541	.5341	.4905	.2447	.3364	.5926	.4683
24. Harekete geçmek için daha fazlasını bilmeli.	-.5479	-.3258	-.5481	-.3888	-.2704	-.1865	-.5584	-.4083
25. Kendini frenlemeli.	.2884	.1733	.2427	.3040	.0870	.1602	.1929	.2873
26. İgi-dikkat-kararlarda değışiklik.	.5648	.3396	.4414	.3779	.3317	.3494	.4802	.479
27. Söyleyecek çok şeyi arını, kararları kontrol	-.3159	-.0579	-.3455	-.3113	-.2302	-.1233	-.2469	-.2381
28. Bu işin üstesinden gelecek enerji ve sabır	-.7415	-.4383	-.5357	-.5674	-.4566	-.5036	-.5755	-.6140
29. Genel durumundan memnuniyeti	-.7427	-.4385	-.4800	-.5921	-.4724	-.5232	-.5999	-.5845
30. Genel olarak uğraşlarından, tavırlarından memnuniyet.	-.6447	-.4059	-.4981	-.5715	-.3178	-.3665	-.5322	-.4828

S1 = Sağlık Bakımına Uyum,  
S5= Geniş Aile İlişkileri.,

S2= Mesleki Çevre,  
S6= Sosyal Çevre,

S3= Ev,aile Çevresi,  
S7= Psiko-Sosyal Baskı

S4= Seksüel ilişkiler

[Koyu olarak gösterilmiş r değerlerinde  $p > 0.005$ , diğerlerinde ise  $p < 0.05$ 'dir. ]

b. İkinci olarak MIQ ölçeğinin her bir maddesine verilen ortalamaların akut ve kronik vakalar arasında karşılaştırılması  $\bar{x}$ ,  $sd$ ,  $t$  ve  $p$  değerlerine bakılarak değerlendirilmiş, sonuçlar Tablo-11'de gösterilmiştir. 17 madde dışında hepsi  $p < 0.0001$  sınırlarında anlamlı bulunmuştur.

**TABLO-11**  
Hastalığı Değerlendirme Ölçeğinin tüm maddelerinin akut ve kronik hastalığı olan denekler açısından karşılaştırılması.

MADDE	AKUT GRUP (n:30)		KRONİK GRUP (n:60)		t	p
	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd		
1. Günlük yaşama etki	2.7	0.5	3.7	1.28	-4.17	p<0.0001
2. Arkadaşlarla birlikte olmaya etki	1.9	0.9	3.0	1.2	-4.22	"
3. Aile ile birlikte olmaya etki	0.5	0.5	1.2	1.3	-3.08	"
4. İş, okul, ev işlerine etki	2.7	0.7	4.1	1.2	-5.95	"
5. Hastalığın zarar olarak tanımları.	2.1	0.9	3.6	0.9	-6.63	"
6. Hastalığın tehlike olarak tanımları.	1.1	1.0	4.5	1.2	-12.62	"
7. Hastalığın kayıp olarak tanımları.	4.3	0.8	2.7	1.3	-8.42	"
8. Hastalığın mücadele olarak tanımları.	5.4	0.8	2.9	1.5	8.11	"
9. Hastalığın geçici bir durum olarak tanımları.	5.3	0.5	1.1	1.7	12.92	"
10. Hastalığın kalıcı bir durum olarak tanımları.	0.1	0.3	4.9	1.4	-18.19	"
11. Hastalığın hem geçici, hem kalıcı algısı	1.5	1.0	3.3	1.1	-7.55	"
12. Hastalığı kısıtlayıcı bulma.	2.7	0.8	4.2	1.3	-5.56	"
13. Hastalığı kötüye gidiş olarak bulma.	0.8	0.9	3.3	1.0	-10.79	"
14. Hastalığı vücut için yıkıcı bulma.	0.3	0.1	2.1	1.4	-7.95	"
15. Hastalığı yaşanan stres açısından bulma.	3.0	0.8	4.1	0.8	-5.79	"
16. Hastalığın tahmini	1.2	1.5	2.9	1.4	-5.06	"
17. Hastalığa yakalanmada rolü	2.9	1.6	3.2	1.2	-0.87	p > 0.05
18. Herşeyin eskisi gibi olması	5.1	0.6	2.4	1.2	10.95	p < 0.0001
19. Bu hastalığa tekrar yakalanma olasılığı,	1.7	1.0	3.5	0.7	-9.02	"
20. Ümit-herşey yoluna girecek mi?	5.2	0.4	2.8	1.3	9.02	"
21. Hastalığa rağmen davranışlarda bağını.	5.0	0.7	3.0	1.0	9.50	"
22. Hastalıkla ilgili birşeyler yapmalı/değiştirmeli	4.6	0.8	3.0	1.1	6.50	"
23. Hastalığı kabullenmelisiniz.	2.6	1.2	4.9	1.3	-7.79	"
24. Harekete geçmek için daha fazlasını bilmeli.	4.5	0.7	3.0	1.0	7.06	"
25. Kendini frenlemeli.	3.9	0.4	4.1	0.5	-2.21	"
26. İlgi-dikkat-kararlarda değişiklik.	1.5	1.0	3.6	0.5	-12.51	"
27. Söyleyecek çok şeyi arını, kararları kontrol	4.0	0.5	3.4	0.7	4.06	"
28. Bu işin üstesinden gelecek enerji ve sabır	5.3	0.6	3.2	1.2	8.49	"
29. Genel durumundan memnuniyeti	4.8	0.7	2.9	1.2	7.08	"
30. Genel olarak uğraşlarından, tavırlarından memnuniyet.	4.4	0.7	3.3	0.9	5.92	"

**c. Faktör Analizi :**

Geçerlik çalışmasının üçüncü adımı olarak Türkçeleştirilmiş (32) maddelik hastalığa anlam verme ölçeğinin faktör yapı geçerliği hipotez destekleyici faktör analizi yapılarak araştırılmış sonuçlar Tablo-12'de verilmiştir.

**TABLO-12**  
Hastalığı değerlendirme ölçeğinin faktör analizi.

<b>FAKTÖR-I</b>	<b>FAKTÖR-II</b>	<b>FAKTÖR-III</b>	<b>FAKTÖR-IV</b>	<b>FAKTÖR-V</b>
Durumun prognoz ve fonksiyonel açılardan değerlendirilmesi, tekrar Hastalanma olasılığı, kararlarda değişiklik	Hastalığın etkileri, Stresin Tipi, Stresin derecesi.	Pozitif tutumlar: Mücadele, ümit, motivasyon, Başa çıkma gücü	Hastalığa yamıt, Hastalığı tahmin	Hastalığa yakalanmada rolü, Kararların kontrolü.
5 (0.532)	1 (0.8386)	8 (0.4370)	16 (0.5157)	17 (0.8133)
6 (0.7369)	2 (0.8102)	18 (0.5379)	23 (0.3812)	27 (0.4527)
7 (0.584)	3 (0.6392)	20 (0.6157)	25 (0.8023)	
9 (0.8056)	4 (0.7390)	21 (0.3881)		
10 (0.8454)	15 (0.4560)	22 (0.4626)		
11 (0.6595)		28 (0.6601)		
12 (0.4460)		29 (0.7671)		
13 (0.7663)		30 (0.7581)		
14 (0.7258)				
19 (0.74510)				
24 (0.6593)				
26 (0.6843)				
<b>(Eigenvalue)</b> 15.53	<b>2.01</b>	<b>1.4</b>	<b>1.2</b>	<b>1.1</b>
<b>(Yüzde)</b> 51.8	<b>6.7</b>	<b>4.7</b>	<b>4.3</b>	<b>3.8</b>



Orijinal ölçek 5 faktörlü bir yapıya sahiptir. 32 maddelik Türkçe hastalığı değerlendirme ölçeği yapılan bilgisayar ölçümü ile 5 faktörlü olarak tespit edildi. Türkçe Hastalığın değerlendirilmesi ölçeğinin 5 faktörlü çözümlenmesinde Eigenvalue değerleri (15.53, 2.01, 1.4, 1.2, 1.1) **Tablo-12**'de gösterilmiştir. Tablodan da anlaşılacağı gibi çoğu maddeler faktör I, II ve III'de toplanmıştır, faktör IV'de3, Faktör-V'de 2 madde yer almıştır. Çalışmamızdaki hipotez destekleyici faktör analizi, asıl ölçekteki 5 faktörlü çözümlenmeye uygun bir yapı göstermiş olup, maddelerin dağılımında ise orijinale çok yakın bir yapı gözlenmiştir.



### 5.3 DENEKLERİ TANITICI BİLGİLER —

#### 5.3.1 Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum :

**Tablo-13** incelendiğinde, tüm deneklerin % 22'sinin 18-30 yaş, % 25.6'sının 31-40 yaş, % 15.6'sının 41-50 yaş, % 21.1'inin 51-60 yaş, % 13.3'ünün 61-70 yaş ve % 2.2'sinin 70 yaş ve üstü olduğu,

% 73.3'ünün kadın, % 26.7'sinin erkek,

% 70'inin evli, % 16.7'sinin dul ve % 13.3'ünün bekar olduğu görülmektedir.

Kronik vakaların % 80'i kadın, % 20'si erkek, % 20'si dul, % 3.3'ü bekar bulunmuştur.

**TABLO-13**  
**Tüm Deneklerin ve Kronik Vakaların Yaş, Cinsiyet, Medeni Durum, Dağılımı**

TEMEL ÖZELLİK	SAYI (n:90)	YÜZDE	SAYI (n:60)	YÜZDE
<b>YAŞ</b>				
18-30	20	22.2	2	3.3
31-40	23	25.6	15	25
41-50	14	15.6	10	16.6
51-60	19	21.1	19	31.6
61-70	12	13.3	12	20
70 ve üzeri	2	2.2	2	3.3
<b>CİNSİYET</b>				
KADIN	66	73.3	48	80
ERKEK	24	26.7	12	20
<b>MEDENİ DURUM</b>				
EVLİ	63	70	46	76.7
DUL	15	16.7	12	20
BEKAR	12	13.3	2	3.3

### 5.3.2 Eğitim Durumu, Meslek :

Tablo-14 incelendiğinde tüm deneklerin % 5.6'sı okuryazar değil, % 13.3'ü okuryazar, % 52.2'si ilkokul, % 20'si ortaokul, % 8.9'u üniversite,

Kronik vakaların % 8.3'ü okuryazar değil, % 18.3'ü okuryazar, % 53.3'ü ilkokul, % 18.3'ü ortaokul, % 1.7'si üniversite eğitimi yapmıştır.

Vakaların % 60'ı ev kadını, % 6'sı emekli, % 13'ü memur, % 9'u işçi, % 3'ü öğrenci, % 5'i serbest meslek sahibi olarak bulunmuştur.

**TABLO-14**  
**Tüm Deneklerin ve Kronik Vakaların Eğitim ve Meslek Durumlarının Dağılımı.**

TEMEL ÖZELLİK	SAYI (n:90)	YÜZDE	SAYI (n:60)	YÜZDE
<b>EĞİTİM</b>				
Okuryazar değil	5	5.6	5	8.3
Okuryazar	12	13.3	11	18.3
İlkokul	47	52.2	32	53.3
Orta-Lise	18	20	11	18.3
Üniversite	8	8.9	1	1.7
<b>MESLEK</b>				
Ev hanımı	54	60	39	65
Emekli	6	6.7	6	10
Memur	13	14.4	6	10
İşçi	9	10	3	5
Öğrenci	3	3.3	1	1.7
Serbest Meslek	5	5.6	5	8.3

**5.3.3. Hastalığın Akut ve Kronik Olarak Sınıflanması, Sağlık Sigortası Varlığı ve Hastaneye Yatış Sayısı:**

Tüm deneklerin % 66.7'si kronik, % 33.3'ü akut vakalardır. (Tablo-15)

% 90'nın Emekli Sandığı, SSK, Bağkur veya Yeşil Kart gibi bir sağlık sigortası vardır. % 36.7'sinin hastaneye ilk yatışı, % 46.7'sinin ikinci ve % 16.7'sinin üçüncü yatışıdır.

Kronik vakalar için % 86.7'sinin sağlık sigortası var, % 13.3'ünün yok, % 5'inin ilk yatışı, % 70'inin ikinci yatışı ve % 25'inin üçüncü yatışı olduğu saptanmıştır.

**TABLO-15**  
**Hastaların Hastalıklarına İlişkin Özellikler (n:90)**

<b>ÖZELLİKLER</b>	<b>SAYI (n:90)</b>	<b>YÜZDE</b>	<b>SAYI (n:60)</b>	<b>YÜZDE</b>
<b>HASTALIK</b>				
Akut	30	33.3		
Kronik	60	66.7	60	100
<b>SAĞLIK SİGORTASI</b>				
Var	81	90	52	86.7
Yok	9	10	8	13.3
<b>HASTANEYE YATIŞ</b>				
İlk	33	36.7	3	5
İkinci	42	46.7	42	70
Üçüncü ve yukarı	15	16.7	15	25

#### 5.4 DENEKLERİ TANITICI BİLGİLER İLE HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM VE HASTALIĞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİ KARŞILIKLI İLİŞKİLERİNE YÖNELİK BULGULAR

##### 5.4.1 Denekleri tanıtıcı bilgiler ve hastalığa psikososyal uyum ilişkileri :

###### a. Cins ile Hastalığa Psikososyal Uyum :

Cins ile hastalığa psikososyal uyum puanı arasındaki ilişki Tablo-16'da gösterildiği gibi, kronik hastalığı olan denekler arasında (n:60)  $t=1.78$  ve  $p > 0.05$  anlamlı bulunmamıştır.

**TABLO-16**  
**Kronik Deneklerin Cins ile Psikososyal Uyum Puanı Arasındaki İlişki**

CİNS	n	$\bar{x}$	SD	t	p
Kadın	48	5.48	18.5	1.78	$p > 0.05$
Erkek	12	65.2	15.8		

###### b. Yaş ile Psikososyal Uyum :

Yaş ile hastalığa psikososyal uyum puanı arasındaki ilişki Tablo-17'de gösterilmiştir. Yaş arttıkça, uyum puanı da artmaktadır ve  $r = 0.51$  bulunmuştur.

**TABLO-17**  
**Yaş ile Psikososyal Uyum Puanı Arasındaki Korelasyon**

ÖZELLİK	n	r	p
Yaş	90	0.51	$p < 0.0001$

c. **Eğitim Durumu ile Psikososyal Uyum Puanı Arasındaki İlişki**

Tablo-18'de gösterildiği gibidir.

**TABLO-18**  
**Eğitim Durumu ile Hastalığa Psikososyal Uyum Arasındaki İlişki**

ÖZELLİK	n	x	SD	F	p
Okuryazar değil	5	57.2	13.2	3.03 (2 > 5)	p < 0.05
Okur yazar	12	59.33	18.9		
İlkokul	47	48.3	19.4		
Orta-Lise	18	40.5	24.8		
Üniversite	8	32.7	11.82		
Erkek	12	65.2	15.8		

d. **Medeni Durum ile Hastalığa Psikososyal Uyum**

Tablo-19'da gösterildiği gibidir.

**TABLO-19**  
**Medeni Durum ile Hastalığa Psikososyal Uyum Arasındaki İlişki**

ÖZELLİK	n	x	SD	F	p
Evli	63	50.7	1.76	6.04 (1 > 3, 2 > 3)	p < 0.0001
Dul	15	47.4	14.6		
Bekar	12	29.2	10.9		

e. **Hastaneye yatış sayısı ile hastalığa psikososyal uyum puanları arasındaki ilişki :**

Tablo-20'de görüldüğü gibi ilk defa yatanlarda PAIS-SR  $\bar{x} = 29.72$ , ikinci yatışında  $\bar{x} = 57.45$  ve 3 ve daha çok yatışlarda  $\bar{x} = 57.93$ , 2 ve 3.ncü yatışlardaki ortalama ile ilk defa yatanların ortalamaları arasındaki fark  $f=31.84$ ,  $p < 0.0001$  anlamlı bulunmuştur.

**TABLO-20**  
**Hastaneye Yatış Sayısı ile Toplam PAIS Puanları Arasındaki Karşılaştırma (n:90) Varyans Analizi**

	n	x	Sd	f	p
1. İlk yatış	33	29.72	12.08	31.84 (3 > 1, 2 > 1)	p < 0.0001
2. İkinci yatış	42	57.45	18.19		
3. Üçüncü ve üstü	15	57.93	16.69		

**5.4.2. Akut ve Kronik Vakalar arasında Denekleri Tanıtıcı Bilgiler, Hastalığa Psikososyal Uyum, Hastalığı Değerlendirme Ölçekleri açısından karşılaştırmalar :**

a. Akut ve Kronik hastalığı olan denekler arasında cins açısından yapılan karşılaştırma Tablo-21 'de gösterildiği gibi  $\chi^2 = 3.13$  ve  $p > 0.05$  bulunmuştur ve bu beklenen bir sonuçtur.

**TABLO-21**  
**Akut ve Kronik Vakaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı**

CİNSİYET	AKUT	KRONİK	TOPLAM
Kadın	18	48	66
Erkek	12	12	24
<b>TOPLAM</b>	<b>30</b>	<b>60</b>	<b>90</b>
$\chi^2 = 3.13$		$p < 0.05$	

b. Tablo-22 'de görüldüğü gibi akut ve kronik hastalığı olan denekler arasında yaş açısından yapılan karşılaştırmada  $\chi^2 = 45.6$  ve  $p < 0.0001$  ileri anlamlılık düzeyinde bulunmuştur.

**TABLO-22**  
**Akut ve Kronik Vakaların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı**

YAŞ	AKUT	KRONİK	TOPLAM
18-30	18	2	20
31-40	8	15	23
41-50	4	10	14
51-60	-	19	19
61-70	-	12	12
70 ve üstü	-	2	2
<b>TOPLAM</b>	<b>30</b>	<b>60</b>	<b>90</b>
$\chi^2 = 45.6$		$p < 0.0001$	

c. Deneklerin eğitim durumu açısından karşılaştırılması Tablo-23 'de görüldüğü gibi  $\chi^2 = 16.73$  ve  $p < 0.01$  ileri derecede anlamlı bulunmuştur.

**TABLO-23**  
**Akut ve Kronik Vakaların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı**

EĞİTİM	AKUT	KRONİK	TOPLAM
Okuryazar değil	0	5	5
Okuryazar	1	11	12
İlkokul	15	32	47
Ortaöğretim	7	11	18
Üniversite	7	1	8
<b>TOPLAM</b>	<b>30</b>	<b>60</b>	<b>90</b>

$\chi^2 = 16.73$   $p < 0.001$

d. Hastaneye yatış sayısı açısından akut ve kronik hastalığı olan denekler arasında yapılan karşılaştırma Tablo-24'de gösterilmiştir. İki grup arasında  $\chi^2 = 77.72$  ve  $p < 0.0001$  ile anlamlılık düzeyinde fark saptanmıştır.

**TABLO-24**  
**Akut ve Kronik Vakaların Hastaneye Yatış Sayısına Göre Dağılımı**

HASTANE YATIŞI	AKUT	KRONİK	TOPLAM
İlk defa	30	3	33
İkinci defa	-	42	42
Üçüncü ve üstü	-	15	15
<b>TOPLAM</b>	<b>30</b>	<b>60</b>	<b>90</b>

$\chi^2 = 77.72$   $p < 0.0001$



**e. Akut ve Kronik hastalığı olan vakalar arasında hastalığa psikososyal uyum açısından karşılaştırma :**

Tablo-25 'de görüldüğü gibi PAIS-SR toplam puanı kötü uyumu gösteren > 51'e göre iki gruba ayrılmış, akut ve kronik vakalar arasında yapılan  $\chi^2 = 30.33$  ,  $p < 0.0001$  bulunmuştur.

TOPLAM PAIS	AKUT	KRONİK	TOPLAM
< 51	30	22	52
> 51	-	38	38
TOPLAM	30	60	90

$\chi^2 = 30.33$   $p < 0.0001$

**TABLO-25**  
**Akut ve Kronik Vakalar Arasında PAIS-SR Toplam Puanlarının Karşılaştırılması**  
**(Grup 1 PAIS-SR < 51, Grup 2 PAIS-SR > 51) (N:90)**

### **5.5. HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM VE HASTALIĞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Kronik hastalığı olan denekler arasında hastalığın algısını, tutumları, adaptasyonu, öz bakım yönelimlerini ortaya koymak amacıyla yapılan bu karşılaştırma ile ilgili soruclar Tablo-26 'da ayrıntılı olarak verilmiştir. Sonuçlar Bölüm-6'da tartışılmıştır.

MADDE NO	MADDE	$\bar{x}$	sd	r	S <sub>1</sub>	S <sub>2</sub>	S <sub>3</sub>	S <sub>4</sub>	S <sub>5</sub>	S <sub>6</sub>	S <sub>7</sub>
ETKİ											
1	Günlük yaşamaya etki.	3.73	1.28	.760	.164	.591	.589	.450	.243	-.842	.485
2	Arkadaş ilişkileri.	3.033	1.27	.646	.006	.464	.568	.370	.388	.708	.417
3	Aile ilişkileri	1.283	1.32	.512	.064	.387	.599	.086	.310	.481	.426
4	İş, okul, eve etki	4.166	1.21	.732	.144	.596	.590	.468	.223	.710	.458
(5-6)											
STRESİN TİPİ											
(7)	Zarar	3.633	0.99	.621	.344	.382	.527	.180	.321	.526	.503
(8)	Tehlike	4.550	1.29	.553	.0689	.515	.498	.339	.076	.498	.447
(9)	Kayıp	2.71	1.35	.422	-.166	.418	.305	.244	.157	.613	.270
(10)	Mücadele	2.933	1.56	-.331	-.245	.339	-.184	-.018	-.082	.310	-.260
(11)	Geçici	1.166	1.71	-.149	-.018	-.2012	.016	.059	.004	.221	-.313
(12)	Kalıcı	4.90	1.41	.184	.087	.239	.008	-.037	-.070	.330	.204
(13)	Her ikisi-geçici/kalıcı	3.383	1.12	.156	.017	.113	.212	.068	.049	.263	.031
FONKSİYONEL DURUM											
(14)	Kısıtlayıcı	4.20	1.35	.520	.064	.490	.449	.241	.147	.599	.375
(15)	Kötüye giriş	3.31	1.08	.549	.356	.376	.340	.301	.145	.434	.374
(16)	Yükse-gerileyici	2.15	1.44	.513	.364	.401	.279	.194	.063	.475	.315
STRESİN DERESESİ											
(17)	Stres	4.15	0.84	.475	.084	.352	.444	.194	.277	.367	.3891
HASTALIĞI TAHMİN											
(18)	Hastalığı tahmin	2.95	1.47	.147	-.099	.204	.121	.078	.023	.147	.179
ŞARTLARIN KONTROLÜ											
(19)	Hastalığa yakalanma riski	3.20	1.21	.122	.1235	.0727	.042	-.040	-.013	.071	.228
BELİRSİZLİK											
(20)	Tedavinin etkisi açısından geniyeye dönüş	2.46	1.26	-.384	-.118	-.230	-.198	-.195	-.272	-.336	-.383
YARALANMA OLASILIĞI											
(21)	Tekrar/başka hastalık	3.51	0.77	.3219	.2545	.0913	.189	.215	.140	.174	.288
ÜMİT											
(22)	Herşeyin eskisine döneceğine ümidi.	2.88	1.39	-.590	-.216	-.313	-.411	-.286	-.419	-.459	-.604
MOTİVASYON											
(23)	Davranışlarda bağımsız olmaları.	3.00	1.02	-.532	-.1084	-.6132	-.4189	-.143	-.1743	-.5775	-.338
HASTALIĞA CEVAP											
(24)	Onu değiştir.	3.05	1.17	-.314	-.013	-.401	-.405	.009	-.146	-.265	-.333
(25)	Onu kabul et.	4.95	1.37	.3594	.025	.293	.333	.075	.151	.454	.280
(26)	Daha fazla bilgi.	3.00	1.04	-.3302	-.137	-.395	-.179	-.090	-.050	-.48	-.18
(27)	Kendimi frenleme	4.13	0.50	.1493	.079	.156	.177	-.016	.033	.067	.208
KARARLARDA DEĞİŞİKLİK											
(28)	Kararlarda değişiklik.	3.68	0.56	.1012	.115	-.159	-.044	.228	.158	.134	-.101
ŞUANDA KARARLARIN KONTROLÜ											
(29)	Şuanda kararların kontrollü	3.40	0.7	-.055	.233	-.187	-.129	-.096	.011	-.114	-.002
BAŞA ÇIKMA GÜCÜ											
(30)	Enerji ve güç/sabır	3.25	1.25	-.590	-.2564	-.29	-.41	-.30	-.421	-.443	-.496
GENEL GÖRÜNÜŞ											
(31)	Genel görünüş	2.98	1.29	-.618	-.313	-.202	-.447	-.376	-.467	-.461	-.463
GENEL TUTUM											
(32)	Genel tutum.	3.31	0.930	-.5277	-.337	-.297	-.439	-.190	-.227	-.4091	-.384

TABLE 26

Hastalığa anlam verme ölçeğinin, kronik vakalar arasında her bir maddeyle verilen ortalam, standart sapma ve PAIS-SR toplam puanı ve alt grupları ile korelasyonları [ Orjinal ölçek 32 maddedir, 5 ve 6. sorular açık uçludur. Bizim örneklem grubumuzda denekler 5 ve 6. sorulara yanıt vermediği için ölçek 30 soru olarak maddelendirilmiştir. Parantez içindeki sayılar orijinal ölçek madde numaralarını ifade etmektedir. ]

## 6. TARTIŞMA

Değişik ortamlardaki ve çeşitli düzeyde, sağlık sorunları olan kişilerle doğrudan ilişkileri nedeniyle hemşireler, sağlığın korunması, geliştirilmesi, sağlık eğitimi için anahtar roledir(60). Hemşirelik bütüncül yaklaşımı gerektiren bir disiplindir, hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçları ile ilgili olmakla beraber, aynı zamanda sağlığın geliştirilmesi ile ilgili sorumluluğu vardır.

Profesyonel hemşire, birey, aile, grup ve topluma sağlık, hastalık ve sakatlıkta, çeşitli ortamlarda, hemşirelik bakımı sağlar. Hemşire sağlık, hastalık ve hastalığa tepki ile bu üç kavram arasındaki ilişkileri inceler ve değerlendirir. Bu değerlendirme, hemşirelik bakımının amaçlarının hastanın gereksinimleri ve tercihleri ile uyumlu olabilmesine destektir (60).

Hastalık bireyi fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik açıdan etkileyen yaşamın olumsuz bir dönemidir. Fizyolojik olarak hastalığın kendisinden kaynaklanan bazı belirtiler, fiziksel güç, aktivite kaybı söz konusudur. Psikolojik olarak hastalığın yarattığı psikolojik baskı, korku ve endişeler olaya iştirak eder. Sosyolojik olarak ise bireyin hastalık nedeniyle sosyal rolünü yerine getirememesi, içinde bulunduğu gruba sosyal katılımının azalması ile hastalık üç boyutlu sorunlarla karşımıza çıkar. Bu sorunlar, hastalığın seyrini, süresini, maliyetini ve hatta gelecekteki deneyimleri etkiler. Bu açıdan hastalık durumunda bireylerin gerçekçi algı ve tutumlar içinde olmaları, doğru başa çıkma yollarını kullanmaları, hastalığa psikososyal uyumlarının iyi olmasının önemi vardır.

Bu bağlamda, bireylerin, hastalık durumundaki tutumlarını, adaptasyonlarını, algılarını ve öz-bakım yönelimlerini objektif yöntemlerle saptamak gereği doğmuştur.

Bu tez kapsamında geçerlik ve güvenilirliği araştırılan "**Hastalığı psikososyal uyum-öz bildirim**" ve "**Hastalığı değerlendirme**" ölçekleri, bu amaçlarla hazırlanmış ölçeklerdir. Hastalığı psikososyal uyum ölçeği, özellikle kronik hastalığı olan hastaların uyumunun değerlendirmesinde sıkça kullanılmıştır. "**Hastalığı değerlendirme ölçeği**" kapsamı açısından benzer ölçeklere göre daha bütüncül bir yaklaşım sağladığı literatürde belirtilmiştir (6,4,3,5,18). Bu çalışmada toplumumuzun belli bir kesitinin demografik ve hastalıkları ile ilgili özelliklerinden kaynaklanan etkenler ile hastalığa psikososyal uyum ve hastalığın nasıl algılandığı, değerlendirildiği konusu arasındaki ilişkiler araştırılmıştır. Elde edilen bulgular üç bölümde tartışılmıştır. Birinci bölümde bireylerin hastalığa psikososyal uyumlarını ortaya çıkarmaya yarayan bir ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin bilgi ve yorumlara, ikinci bölümde hastaların hastalıkları ile ilgili algılarını, tutumlarını, hastalığa verdikleri değişik anlamları ölçmeye yarayan bir ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin bilgi ve yorumlara yer verilmiştir. Son bölümde ise gerek deneklerin temel durumsal etmenlerinin bu iki ölçekle ve gerekse bu iki ölçeğin birbiri ile ilişkileri araştırılarak, bu örneklem grubu için sonuçlar tartışılmıştır.

## 6.1. HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ :

Bu bölümde "hastalığa psikososyal uyum-Öz bildirim ölçeğinin Türkçeleştirilmesi" yeni formun geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin veriler tartışılmıştır.

### 6.1.1. Orijinal Ölçeğin Türkçeleştirme İşlemi :

Ölçeğin İngilizceden Türkçeye ve Türkçeden İngilizceye çevirisi için bir yeminli mütercim görüşü alınmış, daha sonra ölçek hemşirelikte uzman 7 kişi tarafından kavramların ölçeğin ölçmeyi istediği amaca uygunluğu ve Türkçe ifadelerin konu ile ilgili literatüre uygunluğu açısından incelenmiş ve görüşler doğrultusunda gerekli değişiklikler yapılarak Ek-V'deki şekli ile sunulmuştur.

### 6.1.2. Ölçeğin Güvenirlik Çalışması :

Test-tekrar test yöntemiyle yapılmıştır. Tablo-1'de kronik vakalar arasında ölçek toplam puanları ve alt grup puanları açısından test-tekrar test korelasyonları gösterilmektedir. Birinci ve ikinci uygulamalarda elde edilen puanlar arasında 0.89'dan 0.99'a kadar değişen yüksek korelasyon değerleri elde edilmiştir.

Elde edilen sonuçlara göre Türkçeleştirilen "Hastalığa Psikososyal Uyum" ölçeğinin tutarlı olduğu, deneklerin her iki uygulama sonucunda ifadeleri aynı şekilde anladıkları, her bir maddenin seçeneklerinin tereddüte yer bırakmayacak şekilde kesin-farklı sınırları olduğu ve deneklerin bu nedenle birinci, ikinci uygulamalarda hemen hemen aynı seçenekleri işaretledikleri sonucuna varılmıştır.

### 6.1.3 Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeğinin İçerik Geçerliği Çalışmaları :

a. Ölçeğin madde analizi ile ilgili 4 aşamalı işlemler dizisi uygulanmıştır.

Madde-toplam puan güvenirlilik katsayıları Tablo-2'de görüldüğü gibi yalnızca 14 maddenin korelasyon katsayısı 0.20'nin altında (0.16) bulunmuş, maddelerin çoğunda korelasyon katsayıları 0.40 ila 0.77 arasında yüksek değerlerde bulunmuştur.

Daha sonra madde ilgili alt grup güvenirlilik katsayılarına bakılmıştır. Tablo-3'de görüldüğü tüm maddelerin ilgili oldukları alt grupla korelasyonları çok yüksek değerlerdedir.

Üçüncü aşamada Tablo-4'de görüldüğü gibi alt gruplar ile ölçek ortalama puan korelasyonlarına bakılmış ve sonuçlar incelendiğinde bu tür korelasyon katsayıları da yüksek bulunmuştur.

Bu üç işlemi ayrı ayrı değerlendirdiğimizde; ölçekteki her bir maddenin ölçeğin ölçmeyi amaçladığı, değişkeni ölçüp ölçmediğini gösteren madde toplam puan korelasyonları, 14. madde hariç, korelasyon katsayıları için yeterli anlamlılık düzeyi iki madde için (1 ve 2.maddeler)  $p < 0.05$ , bir madde için (22)  $p < 0.001$ , diğer tüm maddelerde  $p < 0.0001$  şeklinde ileri derecede anlamlı bulunmuştur.

Her bir maddenin yer aldığı alt grubun ölçmeyi amaçladığı değişkeni ölçüp ölçmediğini gösteren maddeler ilgili alt grup korelasyonlarında bakılan korelasyon katsayılarının tümü ( $p < 0.0001$ ) ileri derecede anlamlı bulunmuştur.

Her bir alt grubun ölçeğin ölçmek istediği değişkeni ölçmeye katkısını, bunu ölçüp ölçmediğini gösteren alt gruplar, ölçek ortalama puan korelasyonları da, yüksek korelasyon katsayıları (0.57 ile 0.82 arası) ve  $p < 0.0001$  düzeyinde ileri anlamlılık derecesine sahip bulunmuştur.

Ayrıca maddeler, ölçek toplam puanlarının en yüksek ve düşük % 27'lik grubu ayırma güçlerine göre t değerlerine bakılarak değerlendirilmiştir. Bulgular **Tablo-5'**de gösterildiği gibi 1 ve 2. maddeler hariç tüm maddelerin alt ve üst % 27'lik grubu iyi ayırdığı  $p < 0.0001$  anlamlılık düzeyinde saptanmıştır.

Sonuç olarak, madde analizi işlemi sonuç değerlerine bakılarak Türkçeleştirilmiş hastalığa psikososyal uyum ölçeğinin tüm maddelerinin ölçütlerle ilgili koşullara uygun olduğu ve madde çıkarmaya gerek olmadığı saptanarak, ölçeğin 46 maddelik orijinal form düzeniyle kullanılmasına karar verilmiştir.

b. Ölçeğin geçerlik çalışmasını desteklemek amacıyla "uzun süreli ard arda gelen stressörlerin, kısa süreli bir stresöre göre psikososyal uyumu olumsuz yönde etkileyebileceği" temelinden (24) yola çıkılarak, ölçek akut ve kronik hastalığı olan deneklere uygulanmış ve hastalığa psiko-sosyal uyumun iki grup arasında anlamlı olarak farklı olup olmadığına bakılmıştır. Akut hastalıklar olarak A.Gastroenterit, A. Pyelonefrit, vaka alınan sağlık kurumunun özelliğinden dolayı çoğunluğu ilk defa hastaneye yatmış, tüberkülozlu hastalar alınmıştır. Kronik vaka olarak da araştırmanın yapıldığı hastanelerde yatan, tedavi altında, bulunabilen hipertansif, diabetes mellitusu olan, kalp yetmezliği olan, KOAH'lı olan hastalar alınmıştır (1).

**Tablo 6'**da görüldüğü gibi akut hastalığı olan deneklerin ölçek toplam puan ortalamaları,  $\bar{x} = 28.2 \pm 8.1$ , kronik hastalığı olan deneklerin ise  $\bar{x}=56.91 \pm 18.4$  bulunmuştur. Kronik hastalığı olan deneklerin psikososyal uyumları kötü olarak nitelendirilebilir (40.25), ve iki grup arasındaki fark ( $t=-8.11$  ve  $p < 0.0001$ ) ileri derecede anlamlı bulunmuştur. Benzer karşılaştırma alt gruplar arasında da yapılmış ve tüm alt grup puan ortalamaları farkının  $p < 0.0001$  ileri anlamlılık düzeyinde olduğu saptanmıştır. Bu açıdan bakıldığında hastalığa psikososyal uyum ölçeğinin "hastalığa iyi uyum ve kötü uyum" konusunda iyi ayırtıcılık gücüne sahip olduğu sonucuna varabiliriz.

c. **Tablo-7'**de gösterildiği gibi ölçeğin tümü için iç tutarlık katsıyısı 0.94, alt gruplarda 0.80 ila 0.95 arasında yüksek değerlerdedir.

**Tablo-8'**de kronik hastalığı olan denekler arasında iç tutarlık 0.92 ve alt gruplarda 0.78 ile 0.96 arasında yüksek değerlerde bulunmuştur.

Kaplan-De Nour tarafından yapılan bir çalışmada PAIS-SR için iç tutarlılık 0.92 ve alt grup ortalaması 0.80 bulunmuştur. Yanıklı hastalar üzerinde yapılan bir diğer çalışmada yedi alt grup için iç tutarlılık 0.81 ile 1 arasında değişen yüksek değerlerdedir (39, 27). Bizim bulduğumuz veriler ile PAIS-SR'in daha önceki çalışmalarda bulunan sonuçlar arasında benzerlikler çok kuvvetlidir (6,38,43,44).

Tüm bu sonuçlara dayanarak, hastalığa psikososyal uyum ölçeğinin gerek kendi içinde gerekse Türk toplumuna uyarlanması açısından geçerli güvenilir olduğu sonucuna varıyoruz.

## 6.2 HASTALIĞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

Bu bölümde "Hastalığı Değerlendirme" ölçeğinin Türkçeleştirilmesi, yeni formun geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin veriler tartışılmıştır.

### 6.2.1. Orijinal Ölçeğin Türkçeleştirme İşlemi :

Ölçeğin İngilizceden Türkçeye ve Türkçeden İngilizceye çevirisi için bir yeminli mütercimın görüşü alınmış, daha sonra ölçek hemşirelikte uzman 7 kişi tarafından kavramların ölçeğın ölçmeyi istediğı amaca uygunluğu ve Türkçe ifadelerin konu ile ilgili literatürde kullanımını açısından incelenmiş ve görüşler doğrulusunda gerekli değişiklikler yapılarak EK-V'de belirtilen şekli ile sunulmuştur.

### 6.2.2. Ölçeğin Güvenirlik Çalışması Test-Tekrar Test Yöntemi :

Test-tekrar test yöntemi kullanılarak sınanmıştır. Tablo-9'da görüldüğü gibi MIQ'nun her bir maddesine önceki ve sonraki yanıtlar arasında  $r=0.67$  ile  $r=0.98$  ve  $p < 0.0001$  ileri anlamlılık düzeyinde korelasyon saptanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre Türkçeleştirilen "Hastalığı Değerlendirme Ölçeği"nin değişik zamanlarda uygulanması ile deneklerin ifadeleri aynı olarak anladıkları ve benzer veya aynı seçenekleri işaretledikleri, ölçeğın anlaşılır ve tutarlı olduğunu söyleyebiliriz.

### 6.2.3. Ölçeğin Geçerlik Çalışması :

3 ayrı teknik kullanılarak değerlendirilmiştir.

a. Önce kapsam geçerliliği için ölçeğın Türkçe uyarlamasıyla, bu tez kapsamında geçerlik ve güvenilirlik çalışması tamamlanan hastalığa psikososyal uyum ölçeğı karşılaştırılmıştır. Tablo-10'da görüldüğü gibi MIQ'nun her bir maddesi ile PAIS-SR toplam puanı arasındaki negatif veya pozitif yöndeki korelasyon katsayıları  $p < 0.001$  ileri anlamlılığa sahip bulunmuştur (Yalnızca 17, 25 ve 27 maddelerde  $p < 0.05$  düzeyinde idi). Benzer bir karşılaştırma Tablo-26'da görüldüğü gibi kronik vakalar açısından da düzenlenmiştir. Örneğın Tablo-26'da kronik vakalar için bakıldığında, 1.madde-hastalığın günlük yaşama etkisi  $\bar{x}=3.73 \pm 1.28$  ve PAIS-SR toplam puanı ile korelasyonu  $r=.76$ ,  $p < 0.001$  ileri anlamlılık düzeyindedir. Yani PAIS-SR toplam puanı arttıkça (-ki kötü psikososyal uyuma işaret eder) hastalığın günlük yaşama etkisi ile ilgili puan da artış göstermektedir. Hastalığa psikososyal uyum ile hastalığın günlük yaşama etkisi aynı yönde paralellik gösteren etmenlerdir. Başka bir örnek değerlendirme de 8.madde için yapılabilir. MIO'nun 8.maddesi hastalığı mücadele edilmesi gereken bir durum olarak algılanmasının puanlaması ile ilgilidir ve Tablo-26'da görüldüğü gibi  $\bar{x}=2.93 \pm 1.56$  ve toplam PAIS-SR ile  $r = -0.33$  ve  $p < 0.001$  düzeyinde anlamlıdır ve negatif korelasyon vardır. Yani PAIS-SR puanı yükseldikçe (-ki kötü uyumu ifade eder) mücadele puanı düşmekte (-ki hastanın hastalığı ile mücadele etmediğini-bunu seçemediğinin ifadesidir.) olduğunu söyleyebiliriz.

Benzer şekilde MIQ'nun tüm maddelerinin PAIS-SR alt grupları arasında yapılan karşılaştırmalarda negatif veya pozitif yönde çoğunlukla  $p < 0.001$  anlamlılık düzeyinde korelasyonlar saptanmıştır. Bu verilere dayanarak sonuçta hastalığa anlam verme ölçeğinin her bir maddesinin insanların hastalık durumunda, psikososyal açıdan hastalıklarını nasıl değerlendirdiği, nasıl algıladığı konusunu iyi ölçtüğü, ölçeğın amacına uygun olduğunu söyleyebiliriz.

b. Geçerlik çalışmasının destekleyici ikinci tekniğin de MIQ'nun herbir maddesine verilen ortalamaların akut ve kronik vakalar arasında anlamlı farklar olabileceği düşünülerek  $\bar{x}$ , sd, t ve p değerlerine bakılmıştır. Sonuçlar **Tablo-11'**de görülmektedir. Hemen bütün maddelerde iki grup arasında  $p < 0.0001$  düzeyinde anlamlı fark vardır. (Yalnızca 17 maddede  $p < 0.05$  bulunmuştur). Bu da bize ölçeğin ayrıcalık gücünün iyi olduğunu ve geçerli olduğunu gösterir.

c. İleri geçerlik çalışması için faktör analizi yapılmış, sonuçlar **Tablo-12'**de gösterilmiştir. Faktör yapı geçerliği, hipotez destekleyici (canfirmatory) faktör analizi yapılarak incelenmiştir. Çalışmamızdaki 5 faktörlü çözümlemede maddelerin faktörler arasındaki dağılımı Faktör-I için 12 madde, madde yükleri (0.46 ile 0.84 arasında) Faktör-II için 5 madde, madde yükleri 0.45 ile 0.83 arasında, Faktör-III için 8 madde, madde yükleri 0.38 - 0.76 arasında Faktör-IV için 3 madde, madde yükleri 0.38 ile 0.80 arasında, Faktör-V 2 madde ve madde yükleri 0.45-0.81 arasında bulunmuştur.

Asıl ölçek için yapılan faktör analizinde (6) 5 maddelik Faktör-I çoğunlukla hastalığın etkisini, 7 maddelik Faktör-II stresin tipini (zarar, kayıp, tehlike) ve durumun fonksiyonel ve prognoz açısından değişik yönlerini, 5 maddelik Faktör-III stresin derecesi, başa çıkma gücü, kararlarda değişiklik yönünü, 5 maddelik Faktör-IV mücadele, ümit, motivasyon, kontrol gibi olumlu tutumları, 3 maddelik Faktör-V hastalığın tahmin ve yeniden hastalanma olasılığını yansıtan maddelerden oluşmuştur. Korelasyonların 0.46 ile 0.91 arasında değiştiği ve toplam 25 maddenin faktör kapsamına girebildiği görülmüştür.

İncelemelerimiz sonucunda, Türkçe Hastalığı Değerlendirme ölçeğindeki Faktör-I kapsamına girmiş maddelerin daha çok stresin tipi (zarar, tehlike, kayıp) durumun prognoz açısından ve fonksiyonel durum açısından değerlendirmesi (Geçici, kalıcı, kısıtlayıcı, bozucu, yıkıcı) tekrar hastalanma olasılığı, kararlarda değişiklik durumunu değerlendiği görülmüştür. Faktör-II hastalığın etkilerini ve stresin derecesini belirleyen maddelerden oluşmuştur. Faktör-III'ün mücadele, ümit, motivasyon gibi hastalığa karşı pozitif tutumlar ve başa çıkma gücünü belirleyen maddelerden oluştuğu görülmüştür. Faktör-IV hastalığa yanıt ve hastalığı tahmin ile ilgili maddeleri içermektedir. Faktör-V bireyin hastalığı yakalanmada rolü ve kararlarının kontrolü konularını yansıtan maddelerden oluşmuştur.

Bu verilere dayanarak "hastalığı değerlendirme" ölçeğinin Türk toplumuna uyarlanan biçiminin geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna varıyoruz. Ölçeğin açık uçlu 5 ve 6 maddelerine denekler, daha önce hastalığa psikososyal uyum ölçeğinde benzer alanları detaylı biçimde yanıtladıkları için ayrıca yanıt vermemişlerdir. Bu nedenle 5 ve 6 maddeler değerlendirmeye alınmamış ve bu çalışma içinde bir işleme tabi tutulmamıştır. Orijinal geçerlik güvenilirlik çalışmasında bu sorulara verilen yanıtlar 12 kategoriye ayrılarak ayrıca değerlendirilmiştir.

Bu ölçeğin orijinal çalışmaları ile ilgili örneklerde test-tekrar test güvenilirliğinin 0.60 ile .77 ve hatta bazı maddelerde 1.00'a kadar ulaştığı saptanmıştır. Bu bizim sonuçlarımızla uygunluk göstermektedir. Geçerlik çalışması için PAIS-SR toplam puanı ile herbir maddenin korelasyonuna bakıldığında en yüksek korelasyonlar, hastalığın günlük yaşam ve ilişkilere etkisi (0.60, 0.54) bizim çalışmamızda da benzer biçimde en yüksek korelasyon değerinde idi (0.76, 0.64), ikinci olarak yüksek korelasyon genel durumundan memnun olma ve hastalığa bağlı stres ve endişe seviyesi (-0.55, 0.59) açısından elde edilmiştir. **Tablo-10** ve **Tablo-26'**da görüleceği gibi bu bizim sonuçlarımıza uygunluk göstermektedir.(6). Orijinal çalışma ile bizim çalışmamız arasında, iki ölçeğin korelasyon sonuçları açısından benzer bağlantılar saptanmıştır (6).

### **6.3 Deneklerin Tanıtıcı Özellikleri -Hastalığa Psikososyal Uyum-Hastalığı değerlendirme ölçekleri ve kronik hastalığı olan deneklerin hastalıklarını algılama, değerlendirme, uyum, şekil ve dereceleri :**

**6.3.1** Bu bölümde; önce temel durumsal etmenlerin tüm gruptaki dağılımı verilmiş, sonra özellikle kronik hastalığı olan denekler açısından temel durumsal etmenlerin hastalığa psikososyal uyuma ve hastalığa verilen değişik anlamlara etkisi ele alınmış ve araştırmada yanıtlanması beklenen sorular doğrultusunda ilişkiler yorumlanmıştır.

**Tablo-13, Tablo-14, ve 15'de** tüm vakalar için yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek, hastalığın süresi, deneklerin bir sağlık sigortasının olup olmadığı, hastaneye yatış sayısı gibi temel durumsal etmenlerle ilgili sayı ve yüzdeler verilmiştir.

Deneklerin % 22.2'si **18-30**, % 25.6'sı **31-40**, % 15.6'sı **41-50**, % 21.1'i **51-60**, % 13.3'ü **61-70**, % 2.2 **70 yaş ve üstünde** bulunmuştur.

Tüm deneklerin % 73.3'ü **kadın**, % 26.7'si ise **erkektir**. % 70'i **evli**, % 16.7'si **dul**, % 13.3'ü **bekardır**. % 5.6'sı **okuryazar değil**, % 13.3'ü **okuryazar**, % 52.2'si **ilkokul**, % 20'si **orta dereceli** ve % 8.9'u **üniversite eğitim** durumunda idi.

Tüm deneklerin % 60'ı **ev hanımı**, % 6.7'si **emekli**, % 14.4'ü **memur**, % 10'u **işçi**, % 3.3'ü **öğrenci**, % 5.6'sı **serbest meslek sahibi** idi. **Tablo-15'de** görüldüğü gibi deneklerin % 33.3'ünün **akut** hastalık grubunu, % 66.7'sinin ise **kronik** hastalık grubunu oluşturduğu saptanmıştır. % 90'nın sağlık harcamalarını karşılayan bir **sağlık sigortası** olduğu saptanmıştır. Tüm denekler içinde % 36.7'sinin hastaneye ilk yatışı, % 46.7'sinin **ikinci yatışı**, % 16.7'nin ise yatış sayısı **3 ve daha fazla** sayıda idi.

Temel durumsal etmenlerin kronik vakalar arasındaki dağılımı ise **Tablo-13, 14 ve 15'in** ikinci yarısında gösterildiği gibi % 3.3'ü **18-30**, % 25'i **31-40**, % 16.6'sı **41-50**, % 31.6'sı **51-60**, % 20'si **61-70**, % 3.3'ü **70 ve daha yüksek yaş** gruplarındaydı. Görüleceği gibi 41-50 yaş en yüksek yoğunlukta ve 51-60 yaşta yoğunlaşma açısından ikinci sırada bulunmuştur. Bu sonuç hipertansiyon, diabetes mellitus, kalp yetmezliği, KOAH gibi kronik hastalıkların en sık ortaya çıktığı-görüldüğü yaş grupları açısından düşünüldüğünde teoriye uygunluk göstermektedir (1,13).

Kronik vakaların % 80'nin **kadın** ve % 20'nin ise **erkek** deneklerden oluştuğu görülmektedir. Bu bir anlamda kadınların semptomları ifade etmede sorunların çözümü için yardım alma çabasında ve sağlık kurumlarından yararlanmada erkeklerden önde olmalarını destekleyen bir sonuçtur. Çünkü vakalar cinsiyet ayrımı yapılmaksızın alınmıştır.

**Tablo-14'de** görüleceği gibi kronik hastalığı olan deneklerin eğitim durumu açısından yoğunluğu % 53.3 ile ilkökul seviyesinde idi.

% 76'sı **evli**, % 20'si **dul** idi. Bu sonuç deneklerin büyük çoğunluğunun ailesi - eşi ile birlikte olduğu yalnız olmadığını belirliyordu. Bu da bu etkenin bizim çalışmamız için psikososyal uyum puanına etkisinin sınırlı olacağını gösterir.

Deneklerin % 65'i **ev hanımı** idi, bu da deneklerin büyük çoğunluğunun kadın olmasının ve Türkiye'de 40-60 yaş grubu kadınların genellikle çalışmaması ile ilgili bir sonuçtur.

% 86.7 deneğin sağlık harcamalarının bir bölümünü karşılayan bir sağlık sigortası olduğu görülmektedir. Bu da bizim çalışmamızda maddi problemlerin hastalıkla ilgisi açısından sınırlı etkisi olabileceği düşündürüyordu.



Kronik hastalığı olan deneklerin % 70'inin hastaneye 2.yatışı olduğu ve % 25'inin 3 veya daha çok sayıda yatmış oldukları saptanmıştır. Bu da kronik hastalığı olan deneklerin sağlık bakım sisteminden sağlık kurumlarından daha sık yararlandıkları ile ilgili bir sonuçtur.

**6.3.2.** Temel durumsal etmenlerin hastalığa psikososyal uyum puanları ile ilişkileri açısından yapılan karşılaştırmalarda, cins ile psikososyal uyum puanı açısından bir fark saptanmamıştır. Kadınlar, sayıca fazla olmakla beraber psikososyal uyum puanları erkeklerden farklı bulunmamıştır (Tablo-16).

Yaş ile hastalığa psikososyal uyum puanları arasında bakılan korelasyon sonucu (Tablo-17) yaş arttıkça psikososyal uyum puanının arttığı ( $r = 0.51$ ) yaş ilerledikçe uyumun kötüleştiğini söyleyebiliriz.

Eğitim durumu ile psikososyal uyum puanı arasındaki ilişki, Tablo-18'de görüldüğü gibi  $F=3.03$  ve  $p < 0.05$  anlamlıdır. Özellikle üniversite eğitimi ile okuryazar grup arasındaki puan ortalamalarının farkı dikkat çekicidir. Bu eğitim durumunun uyumu etkilediği ile ilgili literatüre uygunluk gösteren bir sonuçtur (30).

Medeni durum ile psikososyal uyum puanı arasındaki ilişki Tablo-19'da gösterilmiştir. Yapılan karşılaştırma sonucu  $F = 6.04$  ve  $p < 0.001$  anlamlılık düzeyinde bir fark olduğu saptanmıştır. Evli ve dul olan deneklerin uyum puanları bekarlara göre daha yüksektir. Bu da yaşa, kronik hastalık durumuna ve hastalığa bağlı sosyal rol ve sorumluluklarda zorlanmaya bağlanabilecek bir farktır.

Tablo-20'de hastaneye yatış sayısı ile psikososyal uyum puanları arasında yapılan karşılaştırma sonucuna göre hastaneye ilk defa yatanlar ile 2 ve 3. defa yatanlar arasındaki fark  $F=31.84$  ve  $p < 0.0001$  anlamlı bulunmuştur. Kötü uyumun hastaneye yatış sayısı ile alakalı olduğu, ya da diğer bir deyişle hastalığa iyi psikososyal uyum sağlayamayan hastaların sağlık kurumlarına daha sık başvurmak durumunda kaldıkları gibi sonuca varabiliriz (43).

**6.3.3.** Temel durumsal etmenlerin akut ve kronik hastalığı olan denekler arasındaki farklar açısından incelenmesinde Tablo-21'de görüldüğü gibi cinsiyet açısından bir fark bulunmamıştır. Bu akut hastalığı olan deneklerin bir bölümünün kadın senatoryumundan alınmış olmasının ve kronik vakalar arasında da kadınların çoğunlukta oluşunun getirdiği beklenen bir sonuçtur.

Yaş açısından iki grup arasındaki fark yüksektir. Tablo-22'de gösterildiği gibi akut hastalığı olan vakalar arasında 51 yaş üstünde hiç denek yoktu ve kronik hastalığı olan vakalar arasında 18-30 yaş arasında yalnızca 2 denek vardı.

Tablo-23'de ise eğitim durumu açısından iki grup karşılaştırılmış ve fark anlamlı bulunmuştur. Kronik hastalığı olan deneklerin eğitim seviyesi akut hastalığı olan deneklere göre anlamlı biçimde düşüktür. Bu her iki grubu oluşturan yaş grupları arasındaki farkla paralel olan bir sonuçtur.

Tablo-24'de ise iki grup hastaneye yatış sayısı açısından karşılaştırılmıştır. Fark anlamlı derecede yüksektir. Akut hastalığı olan vakaların hepsinin hastaneye ilk yatışları idi. Bu kronik hastalığı olan vakaların sağlık kurumlarını ve sağlık bakım sistemini sık olarak kullandıkları ile ilgili bilgileri destekleyen doğal bir sonuçtur. (43,60,58)

Hastalığa psikososyal uyum ölçeği ile yapılan çalışmalarda yüksek puanlar hastalığa kötü uyumu gösterir ve bu çalışmalarda 51 ve bunun üzerindeki puanlar kötü uyum olarak nitelendirilmiştir. (6, 43, 44, 45, 47, 53) Bu açıdan denekler 51 ve üstünde puan olanlar ve 51'in altında puan alanlar açısından sınıflandırıldığında **Tablo-25'**de akut ve kronik hastalığı olan denekler arasındaki farklar verilmiştir ve fark  $p < 0.0001$  olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur. **Tablo-6'**da iki grubun puan ortalamaları verilmiştir. Akut vakaların puan ortalaması  $\bar{x} = 28.26 \pm 8.1$  ve  $< 51$ 'dir. Hastalığa iyi psikososyal uyumu belirler. Kronik vakaların puan ortalaması  $56.91 \pm 18.4$  ve hastalığa kötü uyum puanı ( $> 51$ )'ni belirler. Bu sonuçlara göre bizim örneklem grubumuzu oluşturan kronik hastalığı olan deneklerin hastalığa psikososyal uyumlarının iyi olmadığını söyleyebiliriz.

**6.3.4.** Hastalığa psikososyal uyum ölçeğini oluşturan tüm maddeler hastanın psikososyal uyumunu ortaya koymak amacıyla düzenlenmiştir. Bizim araştırma evrenimizi oluşturan, kronik hastalığı olan hastaların ölçekten aldıkları ortalama puan açısından hastalığa kötü psikososyal uyum içinde oldukları ortaya çıkmıştır.

Bu kötü uyum puanına etki ağırlıkları **Tablo-4'e** bakılacak olursa en çok ev-aile çevresi, sosyal çevre ve mesleki çevre alt gruplarına aittir. Bu alt grupları oluşturan maddeler içinde de 13. madde (Hastalığa bağlı olarak amaçlarda değişiklik yapma), 9. madde (Hastalığın işine etkisi), 10. madde ve 21. madde (hastalığın fiziksel yetersizliğe etkisi), 17. madde (hastalığın evle ilgili sorumluluklara etkisi), 34 ve 35 madde (boş zaman uğraşlarına ilgi ve katılım), 38 ve 39 maddeler (sosyal faaliyetlere ilgi ve katılım) en yüksek oranda etki ağırlığına sahip bulunmuştur (**Tablo-2**).

14. madde (arkadaşlarla komşularla sorunlarda artış), 1 ve 2. maddeler (kendi sağlığına dikkat etmesi ve hastalıkta kendisine özel bir bakım uygulaması konusundaki tutumu) kötü uyum puanı ile korelasyonu açısından en düşük değerlere sahip olan maddelerdir (**Tablo-2**).

Hastalıkların öz bakımları ile ilgili tutumlarının değerlendirildiği, bu sonuçlara göre hastaların öz-bakımları hakkındaki olumlu tutum içinde olduklarını ifade etmelerine karşın hastalığa psikososyal uyumlarının kötü olduğu söylenebilir. Bu düşüncüyü destekleyecek şekilde hastalığı değerlendirme ölçeğinin 17. maddesi olan "hastalığa yakalanmada rolü" sorgulandığında  $x=3.20$  ve PAIS ile korelasyonu  $r = .122$ ,  $p > 0.05$  anlamlı bulunmamıştır. Burada hastaların öz bakımları ile ilgili yanlış değerlendirme içinde oldukları söylenebilir.

Hastalığı değerlendirme ölçeğini oluşturan maddelere kronik hastalığı olan deneklerce verilen yanıtlar ve bunlara akut hastalığı olan deneklerin yanıtları arasındaki farklar **Tablo-11'**de verilmiştir. Hastalığın günlük yaşama, aile, iş ve arkadaş ilişkilerine etkisi kronik hastalığı olanlarda açık biçimde yüksek bulunmuştur.

Bunu destekleyen biçimde **Tablo-26'da** kronik hastalığı olan hastalar arasında hastalığı değerlendirme ölçeği ile, hastalığı psikososyal uyum ölçeğinin alt grup puan ortalamaları arasında özellikle sosyal çevre, mesleki çevre alt grupları, hastalığın etkilerini değerlendiren maddeler ile (1,2,3,4) en yüksek korelasyon gösteren alt gruplardır. Bu da bizim örneklem grubumuzda hastalığın sosyal ilişkileri, bireyin iş okul, ev ile ilgili sorumluluklarını etkilediğini kanıtlamaktadır.

**Tablo-11** incelendiğinde, hastalığı değerlendirme ölçeğinin 5,6,7 ve 8 maddeleri bireyin hastalığını, stresin tipi/açısından algılayışı ile ilgilidir ki kronik hastalığı olan deneklerin hastalıklarını özellikle ona zarar veren bir durum ( $\bar{x}=3.6 \pm 0.9$ ) ve onu tehdit eden bir durum ( $\bar{x}=4.5 \pm 1.2$ ) olarak nitelmesi, hastalığı mücadele edilmesi gereken bir durum olarak nitelmemeleri ( $\bar{x}=2.9 \pm 1.5$ ) ve **Tablo-11'de** görüldüğü gibi akut hastalığı olan deneklerle aralarında anlamlı farklar ( $p < 0.0001$ )'in bulunması dikkat çekicidir.

Ayrıca MIQ-Hastalığı değerlendirme ölçeğinin 8 maddesi olan "hastalığı mücadele edilmesi gereken bir durum" olarak düşünülmesi puan ortalaması ile hastalığa kötü psikososal uyum puanı arasında negatif yönde bir korelasyonun ( $r=-0.33$ ) olması da anlamlıdır (Tablo-26).

Hastalığı değerlendirme anketinin 9, 10 ve 11. maddeleri "hastalığın prognozu kalıcı veya geçici bir durum olarak" algılanması ile ilgilidir. **Kronik hastalığı olan denekler**, Tablo 11'de görüldüğü gibi  $\bar{x} = 4.9 \pm 1.4$  ile hastalıklarını kalıcı bir durum olarak düşünüyorlardı ve bu Tablo-11'de görüldüğü gibi **akut hastalığı olan deneklerin** hastalıklarını geçici bir durum olarak algılamaları (9. madde  $\bar{x}=5.3 \pm 0.5$ ) ile anlamlı fark ( $p < 0.0001$ ) oluşturmuştur.

**Kronik hastalığı olan denekler** Tablo-26'da görüldüğü gibi hastalıklarını  $\bar{x} = 4.2 \pm 1.3$  ile oldukça kısıtlayıcı (12.madde) buluyorlardı ve bu ortalamanın hastalığa psikososyal uyum ölçeğinin sosyal çevre ve mesleki çevre alt grupları uyum puanı ile korelasyonunun yüksekliği dikkati çeken bir noktadır.

Hastalığı değerlendirme ölçeğinin 15.maddesi hastalığı oluşturduğu stres açısından puanlamayı sağlar. Kronik hastalığı olan denekler arasında  $\bar{x} = 4.15 \pm 0.8$  (Tablo-26) oldukça yüksek bir ortalama verilmiştir. PAIS-SR alt grupları içinde aile çevresi ( $r=0.44$ ) ve psikolojik baskı ( $r=0.38$ ) alt grupları ile daha yüksek korelasyonlar göstermesi anlamlıdır. Bu sonuç kronik hastalığı olanların kötü uyum ve stres içinde olduklarını gösterir.

Deneklerin hastalığı tahmin ve hastalığa yakalanmada kendi rolleri (Madde 16 ve 17) konusundaki ortalamaları orta düzeydi idi (Tablo-26).

Tedavinin etkinliği açısından her şeyin eskisi gibi olacağı ile ilgili düşündükleri (belirsizlik puanı-18.madde) düşük ortalama göstermiştir ( $\bar{x}=2.4 \pm 1.2$ )(Tablo-26) Bu düşük ortalamanın PAIS-SR' in tüm alt grupları içinde psikososyal baskı alt grubu ile negatif korelasyonunun yüksekliği anlamlıdır. Benzer şekilde her şeyin yoluna gireceği konusundaki ümit puanı (MIQ'in 20.maddesi)  $\bar{x} = 2.8 \pm 1.3$  orta derecededir ve bu da PAIS-SR alt grupları içinde özellikle psikososyal baskı puan ortalaması ile yüksek derecede anlamlı, negatif korelasyon içindedir. Bu sonuçlar bize, bizim örneklem grubumuzu oluşturan kronik hastalığı olan deneklerin tedaviden fazla bir şey beklemedikleri ve gelecekle ilgili ümitlerinin az olduğunu ve bu bağlamda kötü psikososyal uyum içinde olduklarını göstermektedir.

Hastalığı değerlendirme ölçeğinin-MIQ, 22, 23, 24 ve 25. maddeleri hastalığa verilen yanıt ile ilgilidir. Tablo-26' da görüldüğü gibi kronik hastalığı olan denekler bu alanda en yüksek yanıtı, hastalığı kabullenme ( $\bar{x}=4.9 \pm 1.3$ ) ve yapmak istediklerini her zaman yapamayacağı-kendisini frenleme ( $\bar{x}=4.1 \pm 0.5$ ) maddelerine vermişlerdir.

Hastalığından bu yana kararlarda değişiklik yapma ortalaması (Madde26) kronik hastalığı olan deneklerde Tablo-11'de görüldüğü gibi  $\bar{x} = 3.6 \pm 0.5$  ve akut hastalığı olan deneklerde  $\bar{x} = 1.5 \pm 1$  ve aradaki fark ( $p < 0.0001$ ) ileri derecede anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç kronik hastalığı olan hastaların amaç ve değerlerini değiştirdikleri teorik bilgisine uygundur (3,4).

Hastalığı değerlendirme ölçeğinin deneklerin hastalıkla başa çıkma güçlerini ve bu konudaki tutumlarını ölçen 28.maddesi kronik hastalığı olan deneklerde  $\bar{x} = 3.2 \pm 1.2$ , akut hasta olan denekler arasında  $\bar{x} = 5.3 \pm 0.6$  bulunmuştur ve fark ( $p < 0.0001$ ) anlamlıdır (Tablo 11). Bu ortalamanın PAIS-SR toplam puanı ile negatif korelasyonu ( $r= -0.59$ ) dikkat çekicidir (yani psikososyal uyum puanı yükseldikçe -ki kötü uyumu ifade eder, deneklerin başa çıkma enerji ve sabır puanları düşmektedir (Tablo-26).

Hastalığı değerlendirme ölçeğinin 29 ve 30. maddeleri hastanın genel hal ve tutumlarından memnun olması tatminini ölçer -ki bu kronik hastalığı olan denekler arasında  $\bar{x} = 2.98 \pm 1.2$  ve  $\bar{x} = 3.3 \pm 0.9$  orta derecedir ve bu ortalamalar PAIS-SR toplam puanı ile yüksek negatif korelasyon ( $r = -0.61$ ,  $r = -52$ ) içindedir, uyum kötüleştikçe genel hal ve tavırdan memnuniyet de azalmaktadır (Tablo-26).

Browne, Byne ve arkadaşları tarafından yapılan ve hastalığa psikososyal uyum ölçeği ve hastalığa anlam verme ölçeğinin birlikte kullanıldığı bir çalışmada (6) deneklerin % 60'ı kadındı, bu bizim çalışmamızdaki tüm gruplar için % 73.3'lük sonuca yakındı ve kadınların sağlık bakım sistemini daha sık biçimde kullandığı teorisini de destekliyordu.

Deneklerin yaş dağılımına bakıldığında % 53'ü 40 yaşın üstünde idi ve bizim çalışmamızda tüm deneklerin % 52.2'nin 40 yaşın üstünde olması ile denklik göstermiştir ve bu bir anlamda yaş-kronik hastalık-hastaneye yatış sayısı üçgenini veren bir sonuçtur. Aynı çalışmada deneklerin % 60'ı evli, bizim çalışmamızda oran % 70'dir.

Yine aynı çalışmada hastalığa kötü uyum puanı ile hastalığa verilen anlamlar arasındaki ilişki belirlenmiş ve bu sonuçlar bizim çalışmamızdaki sonuçlarla uyumluluk göstermiştir.

Roberts, Browne, Streiner ve arkadaşları tarafından yapılan bir diğer çalışmada (43) 259 kronik hasta üzerinde yapılan araştırma sonuçlarına göre hastalığa psikososyal uyum puan ortalaması  $\bar{x} = 50.19$ , alt gruplarda 8.41, 7.22, 7.43, 5.34, 3.11, 8.22, 10.46 bulunmuştur. Bizim çalışmamızda kronik hastalığı olan hastalar arasında toplam PAIS-SR  $\bar{x} = 56.91 \pm 18.4$ , alt gruplar için;

I.alt grup	$\bar{x} = 11.3 \pm 5.3$
II.alt grup	$\bar{x} = 9.9 \pm 3.7$
III.alt grup	$\bar{x} = 8.4 \pm 3.9$
IV.alt grup	$\bar{x} = 5.8 \pm 5.0$
V.alt grup	$\bar{x} = 3.8 \pm 3.2$
VI.alt grup	$\bar{x} = 9.5 \pm 4.7$
VII.alt grup	$\bar{x} = 8.1 \pm 3.2$ 'dir.

Bu iki çalışmayı kıyaslırsak, bizim örneklem grubumuzu oluşturan deneklerin orijinal çalışmaya göre hastalığa kötü psikososyal uyum içinde oldukları, alt gruplar açısından kıyaslandığında ise bizim kronik hastalarımızın özellikle sağlık bakımı uyumu ve mesleki çevre alt gruplarında aldıkları puanların orijinal çalışmaya oranla daha yüksek bulunduğu, buna karşılık tersine bir yüksekliğin psikososyal baskı alt grubunda görüldüğü söylenebilir.

Aynı çalışmada hastalığı değerlendirme ölçeğinde hastalığın günlük yaşama etkisi  $\bar{x} = 2.41$  iken bizim çalışmamızda  $\bar{x} = 3.7 \pm 1.2$  bulunmuştur. Bu psikososyal uyum puanları arasındaki farka uygun düşer niteliktedir. Hastalığın tehlike olarak algısı bu çalışmada  $\bar{x} = 2.31$  iken bizim çalışmamızda Tablo-11'de görüleceği gibi  $\bar{x} = 4.5 \pm 1.2$ , çok daha yüksektir. Hastalığın yaşanan stres açısından puanlama ortalaması  $\bar{x} = 2.67$ , bizim çalışmamızda  $\bar{x} = 4.1 \pm 0.8$  daha yüksektir. Ortalama ümit puanı  $\bar{x} = 3.88$  iken bizim çalışmamızda  $\bar{x} = 2.8 \pm 1.3$  bariz biçimde düşüktür. Bu sonuçlar bizim deneklerimizin daha kötü psikososyal uyum puanı ile birlikte hastalıktan, günlük yaşam ve ilişkilerde daha çok etkilendikleri, hastalığı bir tehdit olarak görüp, durumundan ciddi biçimde sıkıntı duydukları ve ümitlerinin az olduğunu ortaya koymaktadır. Menopozda psikososyal uyum ile ilgili bir diğer çalışmada kötü uyum içinde olan deneklerde, özellikle sağlık bakım oryantasyonu, psikolojik baskı ve seksüel ilişkiler alt grupları kötü uyumu öncelikle etkileyen alt grupları olarak belirlenmiştir (44).

## 7. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 7.1. SONUÇLAR :

Kronik hastalığı olan hastaların, hastalığıdaki tutum, adaptasyon, algı ve öz bakım yönelimleri gibi konuları değerlendirebilmek amacıyla, hastalığa psikososyal uyum ve hastalığı değerlendirme ölçeklerini kullanarak yaptığımız çalışmada elde ettiğimiz sonuçları şöyle sıralayabiliriz;

1. Hastalığa psikososyal uyum ölçeğinin (PAIS-SR) Türkçeleştirilerek, geçerlik ve güvenilirliğinin yapılması işlemi sonucunda;

Türkçeleştirilen ölçeğin dil açısından asıl İngilizce formundan farklılık göstermediği, iki dilde yazılmış olan formların eş değerde olduğu uzman görüşleri alınarak belirlenmiştir. Bulgular, bu örneklem grubu için ölçeğin yüksek iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermiştir. Yapılan madde analizi işlemleri sonuçları korelasyonlar yüksek bulunduğu için madde çıkarmak gerekmemiş ve ölçek 46 maddelik orijinal form şeklinde kullanılmıştır. Ayrıca alt gruplarda korelasyonlar yüksek bulunmuştur.

46 maddelik hastalığa psikososyal uyum ölçeği ile bireylerin çeşitli özellikleri arasında ilişkiler araştırıldığında, ölçeğin yapı ve kestirim geçerliliğinin var olduğu sonucuna varılmıştır.

Test-tekrar test korelasyonları yüksek ve ölçek tutarlı ve güvenilir bulunmuştur.

2. Hastalığı değerlendirme ölçeğinin (MIQ) Türkçeleştirilerek geçerlik ve güvenilirliğinin yapılması sonucunda;

Türkçeleştirilen ölçeğin dil açısından asıl İngilizce formundan farklılık göstermediği, iki dilde yazılmış olan formların eşdeğerde olduğu uzman görüşleri alınarak belirlenmiştir.

Ölçeğe ait bulguların, hastalığa psikososyal uyum ölçeği ile karşılaştırması ile yapılan geçerlik çalışmasında, maddelerin bir madde hariç hepsinde negatif veya pozitif ama uygun yönde anlamlı korelasyonlar olduğu saptanmıştır. Ayrıca geçerlik çalışması akut ve kronik vakalar arasında her bir maddeye verilen ortalamalar açısından da karşılaştırılmış, farklar anlamlı bulunmuştur.

Faktöriyel yapı geçerliği incelendiğinde, ölçeğin İngilizce formunda olduğu gibi 5 faktörlü çözümlenmeye daha uygun olduğu sonucuna varılmıştır.

Ölçeğin test-tekrar test bulguları güvenilirliği belirler nitelikte, yüksek korelasyonlar göstermiştir.

3. Çalışmamızın üçüncü aşamasındaki incelemelerimiz sonucunda;

Kronik hastalığı olan deneklerde yaş dağılımına bakıldığında 51-60 yaş grubunda yoğunlaşma görülmüştür (% 31.6).

Yaş ile hastalığa psikososyal uyum puanı arasındaki ilişki yaş arttıkça uyum puanının da yükseldiği, yani kötü psikososyal uyumun söz konusu olduğu şeklinde bulunmuştur ( $r=0.51$ ,  $p < 0.0001$ ).

Kadın denekler, tüm grupların % 80'ini oluşturmaktadır ve erkek deneklerle hastalığa uyum puanı ortalaması açısından bir fark saptanamamıştır.

Deneklerin medeni durumu ile hastalığa psikososyal uyum puanı ilişkisi araştırıldığında evli veya dul şeklinde bir eş ve anne olarak sosyal rol üstlenmiş denekler ile bekar denekler arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $F=6.02$ ,  $p < 0.001$ ).

Eğitim durumu ile hastalığa psikososyal uyum puanı arasındaki ilişki eğitim düzeyi arttıkça psikososyal uyumun daha iyi olduğu şeklinde yorumlanabilen bir sonuç vermiştir ( $F=3.03$ ,  $p < 0.05$ ).

Hastaneye yatış sayısı ile hastalığa psikososyal uyum puanı arasındaki ilişki arandığında ilk defa yatan deneklerde  $\bar{x} = 29.72 \pm 12.08$ , ikinci defa yatanlarda  $57.45 \pm 18.19$ , üçüncü defa yatanlarda  $57.93 \pm 16.69$  ve fark ( $p < 0.0001$ ) anlamlı bulunmuştur.

Akut ve kronik hastalığı olan denekler arasında hastalığa psikososyal uyum puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Hastalığa psikososyal uyum, hastalığı değerlendirme ölçekleri ve temel durumsal etmenler bir arada incelendiğinde bizim örneklem grubumuzu oluşturan kronik hastalığı olan deneklerin hastalığına tutum, adaptasyon, algı ve öz bakım yönelimleri ile ilgili olarak şu yargılara varmak olanaklıdır;

- Denekler arasında, kadınlar, sağlık kurumlarına başvurma sıklığını gösterecek biçimde çoğunlukta bulunmuştur.

- Kronik hastalığı olan deneklerimizin hastalığa uyumu yetersiz ve kötü düzeydedir. Bu hastalığın prognozunu etkileyen ve bireyin sağlık kurumlarına daha çok başvurmasına yol açan bir durumdur.

- Denekler özellikle hastalığın işine, fiziksel yetersizliğine, hobi ve sosyal etkinliklere katılımına etki ettiğini ve hastalığa bağlı olarak amaçlarında ve kararlarında değişiklik yaptıklarını ifade etmişlerdir. Bu sonuçlar her iki ölçekte birbirini destekleyen ortalamalar ile gösterilmiştir.

Denekler kötü uyum puanları ile öz-bakım güçlerini niteleyen kendi sağlıklarına dikkat etmek ve hastalık durumunda özel bakım konularında verdikleri puanlar ve hastalığın ortaya çıkmasındaki rolleri ile ilgili puanlar açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Bu da deneklerin öz-bakım konusunda yanlış ve yetersiz tutum içinde olduklarını düşündürülebilir.

Deneklerin hastalığa bağlı olarak stres içinde oldukları, ümit puanlarının düşük olduğu ve bu durumların kötü psikososyal uyumla birlikte olduğu görülmüştür.

Deneklerin başa çıkma güçleri, psikososyal uyum ile beklenen şekilde negatif korelasyon içindedir. Bu durum hastalığın kalıcı, tehdit edici, kısıtlayıcı bulma ile ilgili puanların yüksekliği ile beraber değerlendirilebilen bir sonuçtur.

Deneklerin genel hal ve tutumlarından memnuniyeti orta derecededir ve bu hal psikososyal uyum puanı ile beklenen biçimde negatif korelasyon içindedir.

## 7.2. ÖNERİLER :

Araştırma sonuçlarına göre önerilerimiz şu noktalarda toplanmıştır.

1. **Türkçeleştirilerek geçerlik ve güvenilirliği yapılan hastalığa psikososyal uyum ölçeğinin (46 maddelik) daha rafine olması için ölçeğin değişik sosyo-ekonomik düzey, değişik eğitim, değişik yaş ve hastalık gruplarını temsil eden örneklemelere uygulanması, değişmezliğinin araştırılması için başka araştırmacılar tarafından da kullanılarak test edilmesi,**

2. **Türkçeleştirilerek geçerlik ve güvenilirliği yapılan hastalığı değerlendirme ölçeğinin (32 madde) daha rafine olması için ölçeğin daha büyük örneklem gruplarında, değişik sosyo-ekonomik düzey, eğitim, yaş ve hastalık gruplarını temsil eden örneklemelere uygulanması, değişmezliğinin araştırılması için başka araştırmacılar tarafından da kullanılarak test edilmesi,**

3. **Bizim toplumumuz için kullanılacak hastaların hastalığıdaki tutumlarını, algılarını, uyumlarını ve öz-bakım güçlerini değerlendirebilen geçerli ve güvenilir araçların (ölçek v.b.) geliştirilmesi ve kullanımlarının yaygınlaştırılması,**

4. **Çeşitli sağlık kurumlarında çalışacak hemşirelerin, hastaların, hastalığa psikososyal uyumları, hastalığıdaki tutumları, algıları gibi konuları anlayabilmeleri için eğitimleri sırasında sağlık ve hastalığın farklı tanımlarını, sağlık ve hastalık davranışlarının farklı yönelimlerini bilme, tanıma ve bu açılardan uygun yardım etme yöntemleri, uygun bakım modelleri oluşturma konusunda bilgilendirilmeleri, bilgilerinin uygulamalarına yansıtılabilmeleri için desteklenmeleri,**

5. **Kronik hastalığı olan hastanın psikososyal uyumunun, bunu etkileyen faktörlerin ve bakım gereksinimlerinin belirlenmesini sağlayan geçerli ve güvenilir ölçeklerin yaygınlaşması ile toplumda o hastalığa özgü bakım girişimlerinin sağlanmasında destek ve finans kaynaklarının oluşturulması,**

6. **Hemşirelerin, bakım verme esnasında sağlığın yükseltilmesi, hastalıktan sağlığa geçişin çabuk ve uygun biçimde oluşunda rol oynayan psikososyal uyum, hastalığa karşı bireysel tutumları gözönünde bulundurmaları, uyumu ve tutumları etkileyebilecek stressörün kendisine, bireysel özelliklere, toplumun sosyo-ekonomik ve kültürel yapısına ve sağlık bakım sistemine bağlı etkenleri tanımları, hemşirelik bakım planlarını bu yöndeki görüşleri içerecek biçimde düzenlemeleri konusunda yönlendirilmeleri,**

7. **Gelişmekte olan ülkemizde, kronik hastaların nüfusa oranının ve yaşlı nüfusun giderek artacağı, bu hastaların hastalıklarını doğru biçimde algılamamaları, uygun başa çıkma ve uyum yollarını bulamamaları, sağlıkta, hastalıkta ve hastalık içinde sağlıkta öz-bakım güçlerini etkin, doğru ve yeterli biçimde kullanamamaları durumunda, bu bireylerin sağlık bakım sistemini sıkça kullanacağı ve bu nedenle sağlık harcamalarının ülke genelinde büyüyeceği, ayrıca sosyal olarak bu bireylerin toplumdan izole, yalnız, amaçsız, sıkıntılı olacakları, hastalıkları ile ilgili belirtilerin artacağı gibi konular gözönüne alınarak ülkemiz sağlık politikaları içine sağlığı geliştirme, hastalığa psikososyal uyum kavramları ve bununla ilgili politikaların yerleştirilmesine bu çalışmaların öncülük etmesi beklenmektedir.**

## 8. ÖZET

Bu çalışma fiziksel, psikolojik ve sosyolojik boyutları olan hastalık durumunda -ki bireysel etkilenme ile ilgilidir. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalıktaki tutum, adaptasyon, algı ve öz bakım yönelimlerini incelemek amacıyla planlanan ve uygulanan araştırma iki aşamadan oluşmaktadır.

**İlk aşamada;** İngilizce olan "Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim" ölçeği ve "Hastalığı Değerlendirme" ölçeğinin Türkçe çevrisinin geçerliği, Türkçe formun güvenilirliği ve geçerliği sınanmıştır. Toplam 90 denek üzerinde yapılan çalışmada, varyans analizi, t-testi, Kuder Richardson 20 güvenilirliği, madde analizi, Pearson Korelasyonu ve faktör analizleri ile yapılan incelemeler sonucunda ölçeklerin güvenilir ve geçerli olduğu belirlenmiştir.

**İkinci aşamada;** 60 kronik hastalığı olan denegin hastalığa psikososyal uyumları, hastalığın onlar için değişik anlamları, hastalık durumunda tutumları ile temel durumsal etmenler arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Sonuçlar istatistiksel olarak yüzdellik, varyans analizi, t-testi, -ki kere testi, Kuder-Richardson 20 güvenilirliği ve Pearson Korelasyon teknikleri ile değerlendirilmiş ve literatür bilgileri ışığında tartışılmıştır.

Sonuç olarak,

Örneklem grubumuzdaki deneklerin, hastalığa kötü psikososyal uyum içinde oldukları, bunun sonucunda bu hastaların sağlık kurumlarına daha sık başvurmak durumunda kaldıkları, hastalığın prognozunun iyi olmadığı, bağımlı olarak fiziki yetersizlik, sosyal izolasyon içinde oldukları, gelecek ile ilgili ümitlerinin az olduğu, durumu kabullenme ve amaçlarını değiştirme eğiliminde oldukları, oldukça sıkıntılı oldukları, başa-çıkma güçlerini yeterince kullanmadıkları, öz-bakımları konusunda yanlış ve yetersiz tutum gösterdikleri ve genel hal ve tavırlarından yeterince memnun olmadıkları belirlenmiştir.

Toplumumuzda, kronik hastalığa adaptasyonu değerlendiren geçerli ve güvenilir ölçeklerin yaygınlaşması ile bunların sonuçlarının sağlık bakım sistemi ve hasta açısından ortaya çıkan gereksinimler doğrultusunda değerlendirerek uygun çözümlere ulaşılacağı düşünülmüştür.



## 9. KAYNAKLAR

1. Ablağlu-Aleksanyen : TeŒhiste Temel Bilgi, Filiz Kitapevi, İstanbul (1982).
2. Ailinger, R.L.: Hypertension knowledge in a hispanic community. Nursing Research, 31 (4) : 207-210, (1982).
3. Babadağ, K. : Yardım etme bilim ve sanatında hasta hakları. HemŒirelik Bülteni, 4: 16, (1990).
4. Berkanovic, E., Telesky, c. : Mexican-American, Black-American and White-American differences in reporting illness, disability and physician visits for illnesses. Soc.Sci.Med., 20 (6): 567-577, (1985).
5. Browne, G.B., Byrne, C., Brown, C., Pennock, M., Streiner, D.: Psychosocial adjustment of burn survivors. Burns, 12:28-35, (1985).
6. Browne, G.B., Bynne, C., Roberts, J., Streiner, D., Fitch, M: The Meaning Of İllness Questionnaire: Reliability And Validity. Nursing Research, 37 (6): 369-373, (1988)
7. Clark, D.W.: A Vocabulary For Preventive And Community Medicine. Little, Brown and Company, Boston, (1982).
8. Davis, M. : Health and İllness. Nursing Times, May 29, 87 (22), (1991).
9. Doğan, O., Doğan, S., Çok Yönlü Beden-Self İliŒkileri Ölçeği El Kitabı, Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları, 53, (1992).
10. Donoghue, J., Duffield, C., Pelletier, D., Adams, A: Health promotion as a nursing function perceptions held by univercity students of nursing. Int. J.Nurs.Stud., 27 (1) : 51-60, (1990).
11. DurmuŒ, B. : Myokard infarktüsü geçiren hastaların emosyonel tepkileri ve hemŒirelik giriŒimi. HemŒirelik Bülteni, 5 (22), (1991).
12. Durna, Z. : Kanserli hastada yaşam kalitesini ve bakım gereksinimlerinin saptanmasına iliŒkin bir çalıŒma. Cerrahi Kongresi, Cerrahi HemŒireliđi Seksiyonu, İstanbul (1994).
13. Fadiloğlu, Ç. : YaŒlılıkta psikososyal sorunlar. Ege Üniversitesi HemŒirelik Yüksek Okulu Dergisi, 8 (2), (1992).
14. Ford, A.B., Folmar, S.J., Salman, R.B., Medalie, J.H.: Health and function in the old and very old. JAGS, 36 : 187-197, (1988).
15. Helman, C.G.: Culture, Health and İllness. Butler Worth-Heineman Ltd. Oxford, (1992).
16. Hutzell, R.R., Peterson, T.J: Use of the life purpose questionnaire with an alcoholic population. The International Journal of the Addictions, 21 (1) : 51-57, (1986).

17. Jones, P.S., Meleis, A.I. : Health is empowerment. *Advances in Nursing Science*, 15 (3) : 1-13, (1993).
18. Kaplan, D.: Psychosocial Adjustment to Illness Sacle (PAIS): A study of chronic hemodyalisis patient *Journal of Psysosomatic Research*, 26,11-12, (1982).
19. Kaymak, D.: Sınav kaygısı anvanterinin Türkçe formunun oluşturulması ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, IV.Ulusal Psikoloji Kongresi Özel Sayısı, 6 (21) : 55-62, (1987).
20. Keller, M.L., Leventhal, H.Prohaska, T.R.: Bliefs about aging and illness in a community sample. *Research in Nursing-Health*, 12 : 247-255, (1989).
21. Kieckhefer, G.M.: The Meaning of health to 9-10 and 11 years old children with chronic asthma. *Journal of Asthma*, 25 (6) :325-333, (1988).
22. Kleinman, A., Eisenberg, L., Good, B. : Culture, illnes, and care : *Annals of Internal Medicine*, 88 : 251-258, (1978).
23. Kovacs, J. : Concepts of health and disease. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 14: 261-267, (1989).
24. Lackmann and Sorensen K.C.: *Medical Surgical Nursing*. W.B. Saunders Comp. Philadelphia, (1987).
25. Laffrey, S.C., Meleis, A.I., Lipson, J.G.: Assessing Arab-American health care need. *Soc.Sci.Med.*, 29 (7) : 877-883, (1989).
26. Maannen, H.M. : Being old does not always mean being sick. *Journal of Advanced Nursing*, 13: 701-709, (1988).
27. Mechanic, D.: Health and Illness Behavior, in John M.Last (Ed.) *Public Health and Preventive Medicine*, Appleton and Lange, USA, (1986).
28. Moch, S.D. : Health within the experience of breast cancer. *Journal of Adv.Nurs.*, 15: 1426-1435, (1990).
29. Moch, S.D.' Health within illness: Conceptual evolution and practice possibilities. *Adv.Nurs.Sci.* 11(4): 23-31,(1989).
30. Molzahn, A.E., Northcolt, H.C.: The social bases of discrepancies in health/illness perceptions. *Journal Of Advanced Nursing*, 14 : 132-140, (1989).
31. Murray, R., Zentler, J.: *Nursing Concepts For Health Promotion*. Prentice Hall, Inc., Engle Wood Cliffs, New Jersey, (1975).
32. Nahcivan, N.: Sağlıklı Geçlerde öz Bakım Gücü ve Aile Ortamının Etkisi. Doktora Tezi, İstanbul (1993).
33. Olesen, V.L.: Caregiving, ethical and informal : Emerging challenges in the sociology of health and illness. *Journal Of Health And Social Behavior*, 30: 1-10, (1889).

34. Öner, N. : Kültürlerarası ölçek uyarlamasında bir yöntem bilim madeli. Psiko Derg., IV Ulusal Psikoloji Kongresi Özel Sayısı, 6: 80-82, (1987).
35. Pan American Health Organization : On the concept of health and disease description and explanation of the health situation. Epidemiological Bulletin, 10 (4) : 1-8, (1990).
36. Peterson, K.J. : Psychosocial adjustment of the family caregiver : Home hemodialysis as an example. Social Work in Health Care, 10 (3): 15-31, (1985).
37. Peyrot, M., McMurry, J: Psychosocial factors in diabetes control : Adjustment of insulin-treated adults. Psychosomatic Medicine, 47(6) : 542-555, (1985).
38. Powers, M., Jalowiec. A: Profile of the well-controlled, well-adjusted hypertensive patient. Nursing Research, 36: 106-110, (1987).
39. Reker, G.Cousins, J.B.: Faktor structure, construct validity and reliability of the Seeking Of Noetic Goals (SONG) and Purpose in Life (PIL) Tests. Journal Of Clinical Psychology, 35(1): 85-91, (1979).
40. Rew, L. : Children with, asthma the relation between illness behaviors and health locus of control. Western Journal of Nursing Research, 9 (4) : 465-483, (1987).
41. Reynolds, C.L. : The measurement of health in nursing research. Adv.Nurs. Sci., 10 (4) 23-31, (1988).
42. Richardson, H. : The Perceptions of Canadian young adults with asthma of their health teaching/learning needs, Journal of Advanced Nursing, 16 : 447 - 454 , (1991).
43. Roberts, J. , Browne, G., Streiner, D., Gafni, A. : The Effectiveness and efficiency of enhanced specialty clinic care for not adjusted chronically ill outpatients. Mc Master University Hamilton, Ontario, Canada, System- Linked Resarch Unit, Working Paper Series, 94-2, (1994).
44. Roberts, J Chambers, L.F., Blake, J., Webber, C : Psychosocial adjustment in post-menopousal women. The Canadian Journal of Nusring Research, 24 (4) : 29-46, (1992).
45. Roberts, J.G., Browne, G., Streiner, D., Byrne, C.: Analyses of coping responses and adjustment : Stability of conclusions. Nursing Research, 36 (2) : 94 - 97, (1987).
46. Rosenbourn, J.N. : The health meanings and practices of older Greek-Canadian widows. Journal of Advanced Nursing, 16 : 1320-1327, (1991).
47. Sabuncu, N. : Değişen sağlık kavramı ve sorunları. Hemşirelik Bülteni, 4 (17), (1990).
48. Sencer, M., Sencer, Y. : Toplumsal Araştırmalarda Yöntem Bilim, Doğan Basımevi, Ankara (1978).
49. Smith, M.A., Plawecki, H.M., Houser, B.: Health perceptions. Journal of Gerontological Nursing, 17 (11) : 14-19,(1991).



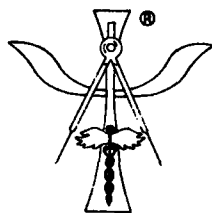
## 10. EKLER

- EK-I** The Pschosocial Adjustment Of Illness Scale-Selef Report (PAIS-SR) (Orijinal Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği)
- EK-II** Meaning Of Illness Questionnare (MIQ) (Orijinal Hastalığı Değerlendirme Ölçeği)
- EK-III** Anket Formu
- EK-IV** Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği.
- EK-V** Hastalığı Değerlendirme Ölçeği.
- EK-VI** Uzman Görüşü Alınanların Listesi
- EK-VII** Yabancı Dil Uzmanı
- EK-VIII** Türkçe Hastalığa Psikososyal Uyum - Öz Bildirim Ölçeğinin Tanıtımı.
- EK-IX** Türkçe Hastalığı Değerlendirme Ölçeğinin Tanıtımı.

# PAIS

## S·R

• SELF REPORT •



**CLINICAL PSYCHOMETRIC RESEARCH**

---

---

Copyright © 1978, 1983 by Leonard R. Derogatis, Ph.D.

DO NOT WRITE IN THIS BLOCK

RESPONDENT'S NAME: _____	1. PT. ID. NO. _____	2. STD. NO. _____
MEDICAL INSTITUTION: _____	3. Dx _____	4. Dx Cd. _____
REATING DOCTOR'S NAME: _____	5. Rx _____	6. Rx Cd. _____
ATE FORM WAS COMPLETED: _____	7. Med. Dept. _____	
GE: _____ SEX: _____ EDUCATION: _____	8. Visit Cd. _____	9. Soc. Stat. _____
CCUPATION: _____	10. Tech. _____	
ARITAL STATUS: _____		

### INSTRUCTIONS

The present form contains a set of questions concerning the effects that your recent illness (or the illness of your spouse, child, etc.) has had on you. We are interested in knowing what effects it has had on your relationships and performance at home and on your job, as well as on family and personal relationships. Other questions deal with its effects on your social and leisure time activities, and how you have felt emotionally.

In answering each question, please put a check mark (✓) in the box alongside the answer that best describes your experience. Please answer all the questions and try not to skip any. If none of the answers to a question match your experience exactly, please choose the answer that comes closest to the experience you have had.

The time we would like you to refer to is the past 30 days, including today. Answer each question in terms of what your experience has been like during this time. In the event you are presently a patient in the hospital (or a hospitalized patient's relative), please report your experiences for the 30 days before entering the hospital.

Some questions on the form assume that you are married or have a steady partner you are close to. Other questions ask about family relationships. If these questions do not apply to you because you are unmarried, or you have no family or partner, please leave them blank. Try to answer all the questions that do apply to you, however.

Section II asks questions about your job performance. If you have either full-time or substantial part-time employment, please answer in terms of your job. If you are primarily a student, answer in terms of your school work. If you are a housewife, answer as though housework, neighbors, etc. are your work environment.

We appreciate the time you have taken to do this form. Please check again to make sure you have completed all the items. If you have any questions about the form, please ask. If you are responding by mail, please write them in the space provided below. Please return the form as soon as you have completed it.

Thank You

SECTION I

- (1) Which of the following statements best describes your usual attitude about taking care of your health?
- a) I am very concerned and pay close attention to my personal health.  
 b) Most of the time I pay attention to my health care needs.  
 c) Usually, I try to take care of health matters but sometimes I just don't get around to it.  
 d) Health care is something that I just don't worry too much about.
- (2) Your present illness probably requires some special attention and care on your part. Would you please select the statement below that best describes your reaction.
- a) I do things pretty much the way I always have done them and I don't worry or take any special considerations for my illness.  
 b) I try to do all the things I am supposed to do to take care of myself, but lots of times I forget or I am too tired or busy.  
 c) I do a pretty good job taking care of my present illness.  
 d) I pay close attention to all the needs of my present illness and do everything I can to take care of myself.
- (3) In general, how do you feel about the quality of medical care available today and the doctors who provide it?
- a) Medical care has never been better, and the doctors who give it are doing an excellent job.  
 b) The quality of medical care available is very good, but there are some areas that could stand improvement.  
 c) Medical care and doctors are just not of the same quality they once were.  
 d) I don't have much faith in doctors and medical care today.
- (4) During your present illness you have received treatment from both doctors and medical staff. How do you feel about them and the treatment you have received from them?
- a) I am very unhappy with the treatment I have received and don't think the staff has done all they could have for me.  
 b) I have not been impressed with the treatment I have received, but I think it is probably the best they can do.  
 c) The treatment has been pretty good on the whole, although there have been a few problems.  
 d) The treatment and the treatment staff have been excellent.
- (5) When they are ill, different people expect different things about their illness, and have different attitudes about being ill. Could you please check the statement below which comes closest to describing your feelings.
- a) I am sure that I am going to overcome the illness and its problems quickly and get back to being my old self.  
 b) My illness has caused some problems for me, but I feel I will overcome them fairly soon, and get back to the way I was before.  
 c) My illness has really put a great strain on me, both physically and mentally, but I am trying very hard to overcome it, and feel sure that I will be back to my old self one of these days.  
 d) I feel worn out and very weak from my illness and there are times when I don't know if I am really ever going to be able to overcome it.
- (6) Being ill can be a confusing experience, and some patients feel that they do not receive enough information and detail from their doctors and the medical staff about their illnesses. Please select a statement below which best describes your feelings about this matter.
- a) My doctor and the medical staff have told me very little about my illness even though I have asked more than once.  
 b) I do have some information about my illness but I feel I would like to know more.  
 c) I have a pretty fair understanding about my illness and feel that if I want to know more I can always get the information.  
 d) I have been given a very complete picture of my illness and my doctor and the medical staff have given me all the details I wish to have.
- (7) In an illness such as yours, people have different ideas about their treatment and what to expect from it. Please select one of the statements below which best describes what you expect about your treatment.
- a) I believe my doctors and medical staff are quite able to direct my treatment and feel it is the best treatment I could receive.  
 b) I have trust in my doctor's direction of my treatment; however, sometimes I have doubts about it.  
 c) I don't like certain parts of my treatment which are very unpleasant, but my doctors tell me I should go through it anyway.  
 d) In many ways I think my treatment is worse than the illness, and I am not sure it is worth going through it.



(8) In an illness such as yours patients are given different amounts of information about their treatment. Please select a statement from those below which best describes information you have been given about your treatment.

- a) I have been told almost nothing about my treatment and feel left out about it.
- b) I have some information about my treatment but not as much as I would like to have.
- c) My information concerning treatment is pretty complete, but there are one or two things I still want to know.
- d) I feel my information concerning treatment is very complete and up-to-date.

### SECTION II

(1) Has your illness interfered with your ability to do your job (schoolwork)?

- a) No problems with my job
- b) Some problems, but only minor ones
- c) Some serious problems
- d) Illness has totally prevented me from doing my job

(2) How well do you physically perform your job (studies) now?

- a) Poorly
- b) Not too well
- c) Adequately
- d) Very well

(3) During the past 30 days, have you lost any time at work (school) due to your illness?

- a) 3 days or less
- b) 1 week
- c) 2 weeks
- d) More than 2 weeks

(4) Is your job (school) as important to you now as it was before your illness?

- a) Little or no importance to me now
- b) A lot less important
- c) Slightly less important
- d) Equal or greater importance than before

(5) Have you had to change your goals concerning your job (education) as a result of your illness?

- a) My goals are unchanged
- b) There has been a slight change in my goals
- c) My goals have changed quite a bit
- d) I have changed my goals completely

(6) Have you noticed any increase in problems with your co-workers (students, neighbors) since your illness?

- a) A great increase in problems
- b) A moderate increase in problems
- c) A slight increase in problems
- d) None

### SECTION III

(1) How would you describe your relationship with your husband or wife (partner, if not married) since your illness?

- a) Good
- b) Fair
- c) Poor
- d) Very poor

(2) How would you describe your general relationships with the other people you live with (e.g., children, parents, aunts, etc.)?

- a) Very poor
- b) Poor
- c) Fair
- d) Good

(3) How much has your illness interfered with your work and duties around the house?

- a) Not at all
- b) Slight problems, easily overcome
- c) Moderate problems, not all of which can be overcome
- d) Severe difficulties with household duties

(4) In those areas where your illness has caused problems with your household work, how has the family shifted duties to help you out?

- a) The family has not been able to help out at all
- b) The family has tried to help but many things are left undone
- c) The family has done well except for a few minor things
- d) No problems

(5) Has your illness resulted in a decrease in communication between you and members of your family?

- a) No decrease in communication
- b) A slight decrease in communication
- c) Communication has decreased, and I feel somewhat withdrawn from them
- d) Communication has decreased a lot, and I feel very alone

(6) Some people with an illness like yours feel they need help from other people (friends, neighbors, family etc.) to get things done from day-to-day. Do you feel you need such help and is there anyone to provide it?

- a) I really need help but seldom is anyone around to help
- b) I get some help, but I can't count on it all the time
- c) I don't get all the help I need all of the time, but most of the time help is there when I need it
- d) I don't feel I need such help, or the help I need is available from my family or friends

(7) Have you experienced any physical disability with your illness?

- a) No physical disability
- b) A slight physical disability
- c) A moderate physical disability
- d) A severe physical disability

(8) An illness such as yours can sometimes cause a drain on the family's finances; are you having any difficulties meeting the financial demands of your illness?

- a) Severe financial hardship
- b) Moderate financial problems
- c) A slight financial drain
- d) No money problems

#### SECTION IV

(1) Sometimes having an illness can cause problems in a relationship. Has your illness led to any problems with your husband or wife (partner, if not married)?

- a) There has been no change in our relationship
- b) We are a little less close since my illness
- c) We are definitely less close since my illness
- d) We have had serious problems or a break in our relationship since my illness

(2) Sometimes when people are ill they report a loss of interest in sexual activities. Have you experienced less sexual interest since your illness?

- a) Absolutely no sexual interest since illness
- b) A marked loss of sexual interest
- c) A slight loss of sexual interest
- d) No loss of sexual interest

(3) Illness sometimes causes a decrease in sexual activity. Have you experienced any decrease in the frequency of your sexual activities?

- a) No decrease in sexual activities
- b) Slight decrease in sexual activities
- c) Marked decrease in sexual activities
- d) Sexual activities have stopped

(4) Has there been any change in the pleasure or satisfaction you normally experience from sex?

- a) Sexual pleasure and satisfaction have stopped
- b) A marked loss of sexual pleasure or satisfaction
- c) A slight loss of sexual pleasure or satisfaction
- d) No change in sexual satisfaction

(5) Sometimes an illness will cause an interference in a person's ability to perform sexual activities even though they are still interested in sex. Has this happened to you, and if so, to what degree.

- [ ] a) No change in my ability to have sex
- [ ] b) Slight problems with my sexual performance
- [ ] c) Constant sexual performance problems
- [ ] d) Totally unable to perform sexually

(6) Sometimes an illness will interfere with a couples' normal sexual relationship and cause arguments or problems between them. Have you and your partner had any arguments like this, and if so, to what degree?

- [ ] a) Constant arguments
- [ ] b) Frequent arguments
- [ ] c) Some arguments
- [ ] d) No arguments

#### SECTION V

(1) Have you had as much contact as usual (either personally or by telephone) with members of your family outside your household since your illness?

- [ ] a) Contact is the same or greater since illness
- [ ] b) Contact is slightly less
- [ ] c) Contact is markedly less
- [ ] d) No contact since illness

(2) Have you remained as interested in getting together with these members of your family since your illness?

- [ ] a) Little or no interest in getting together with them
- [ ] b) Interest is a lot less than before
- [ ] c) Interest is slightly less
- [ ] d) Interest is the same or greater since illness

(3) Sometimes, when people are ill, they are forced to depend on members of the family outside their household for physical help. Do you need physical help from them, and do they supply the help you need?

- [ ] a) I need no help, or they give me all the help I need
- [ ] b) Their help is enough, except for some minor things
- [ ] c) They give me some help but not enough
- [ ] d) They give me little or no help even though I need a great deal

(4) Some people socialize a great deal with members of their family outside their immediate household. Do you do much socializing with these family members, and has your illness reduced such socializing?

- [ ] a) Socializing with them has been pretty much eliminated
- [ ] b) Socializing with them has been reduced significantly
- [ ] c) Socializing with them has been reduced somewhat
- [ ] d) Little or no socializing, or slight or no effect of illness

(5) In general, how have you been getting along with these members of your family recently?

- [ ] a) Good
- [ ] b) Fair
- [ ] c) Poor
- [ ] d) Very poor

#### SECTION VI

(1) Are you still as interested in your leisure time activities and hobbies as you were prior to your illness?

- [ ] a) Same level of interest as previously
- [ ] b) Slightly less interest than before
- [ ] c) Significantly less interest than before
- [ ] d) Little or no interest remaining

(2) How about actual participation? Are you still actively involved in doing those activities?

- [ ] a) Little or no participation at present
- [ ] b) Participation reduced significantly
- [ ] c) Participation reduced slightly
- [ ] d) Participation remains unchanged

(3) Are you as interested in leisure time activities with your family (i.e., playing cards & games, taking trips, going swimming, etc.) as you were prior to your illness?

- [ ] a) Same level of interest as previously
- [ ] b) Slightly less interest than before
- [ ] c) Significantly less interest than before
- [ ] d) Little or no interest remaining

(4) Do you still participate in those activities to the same degree you once did?

- [ ] a) Little or no participation at present
- [ ] b) Participation reduced significantly
- [ ] c) Participation reduced slightly
- [ ] d) Participation remains unchanged

(5) Have you maintained your interest in social activities since your illness (e.g., social clubs, church groups, going to the movies, etc.)?

- [ ] a) Same level of interest as previously
- [ ] b) Slightly less interest than before
- [ ] c) Significantly less interest than before
- [ ] d) Little or no interest remaining

(6) How about participation? Do you still go out with your friends and do those things?

- [ ] a) Little or no participation at present
- [ ] b) Participation reduced significantly
- [ ] c) Participation reduced slightly
- [ ] d) Participation remains unchanged

#### SECTION VII

(1) Recently, have you felt afraid, tense, nervous, or anxious?

- [ ] a) Not at all
- [ ] b) A little bit
- [ ] c) Quite a bit
- [ ] d) Extremely

(2) Recently, have you felt sad, depressed, lost interest in things, or felt hopeless?

- [ ] a) Extremely
- [ ] b) Quite a bit
- [ ] c) A little bit
- [ ] d) Not at all

(3) Recently, have you felt angry, irritable, or had difficulty controlling your temper?

- [ ] a) Not at all
- [ ] b) A little bit
- [ ] c) Quite a bit
- [ ] d) Extremely

(4) Recently, have you blamed yourself for things, felt guilty, or felt like you have let people down?

- [ ] a) Extremely
- [ ] b) Quite a bit
- [ ] c) A little bit
- [ ] d) Not at all

(5) Recently, have you worried much about your illness or other matters?

- [ ] a) Not at all
- [ ] b) A little bit
- [ ] c) Quite a bit
- [ ] d) Extremely

(6) Recently, have you been feeling down on yourself or less valuable as a person?

- [ ] a) Extremely
- [ ] b) Quite a bit
- [ ] c) A little bit
- [ ] d) Not at all

(7) Recently, have you been concerned that your illness has caused changes in the way you look that make you less attractive?

- [ ] a) Not at all
- [ ] b) A little bit
- [ ] c) Quite a bit
- [ ] d) Extremely

**EK-II**

**MEANING OF ILLNESS QUESTIONNAIRE**



I. D. \_\_\_\_\_

PLEASE CIRCLE THE NUMBER THAT BEST DESCRIBES YOUR RESPONSE.

	Not at		Somewhat				Definitely	
	all						yes	
<b>Has your illness affected:</b>								
1. how you live day to day	0	1	2	3	4	5	6	
2. getting along with friends	0	1	2	3	4	5	6	
3. how you get along with your family	0	1	2	3	4	5	6	
4. your job/school	0	1	2	3	4	5	6	
5. other _____	0	1	2	3	4	5	6	
6. other _____	0	1	2	3	4	5	6	
<b>Would you describe your illness as:</b>								
7.(HARM) something that hurts you	0	1	2	3	4	5	6	
8 (THREAT) something that may harm you	0	1	2	3	4	5	6	
9 (LOSS) making you lose something	0	1	2	3	4	5	6	
10 (CHALLENGE) something you can fight	0	1	2	3	4	5	6	
<b>Do you see this illness as:</b>								
11. episodic - something which will go away	0	1	2	3	4	5	6	
12. enduring - something which will stay in your life to come	0	1	2	3	4	5	6	
13. episodic and enduring-- will come and go	0	1	2	3	4	5	6	
<b>Do you see this illness as:</b>								
14. disabling - loss of physical activity/strength	0	1	2	3	4	5	6	
15. disfiguring - appearance change for worse	0	1	2	3	4	5	6	
16. deteriorating - getting worse	0	1	2	3	4	5	6	

please turn over

	Not at all		Somewhat			Definitely yes	
	0	1	2	3	4	5	6
17. Would you rate this experience of your illness as stressful/worrying?	0	1	2	3	4	5	6
18. Was this illness expected before the doctor told you?	0	1	2	3	4	5	6
19. Do you think you played a part of getting this illness?	0	1	2	3	4	5	6
20. Are you certain about how things will turn out ( such as effectiveness of treatment? )	0	1	2	3	4	5	6
21. Do you believe it is likely that you will get such an illness again?(or a second illness like it)	0	1	2	3	4	5	6
22. Do you think things will turn out well ?	0	1	2	3	4	5	6
23. Are you determined to function independently, in spite of this illness?	0	1	2	3	4	5	6
<b>In terms of your illness to what extent do you feel:</b>							
24 . you could change or do something about it	0	1	2	3	4	5	6
25. you have to accept it	0	1	2	3	4	5	6
26. you need to know more before you can act	0	1	2	3	4	5	6
27. you have to hold back from doing what you want	0	1	2	3	4	5	6
28 . Do you feel you have changed what you care about since your illness?	0	1	2	3	4	5	6
29. Do you believe you have a lot of say regarding the things you care about?	0	1	2	3	4	5	6
30. Do you feel you have the <u>energy</u> and stamina to get through this?	0	1	2	3	4	5	6
31. Are you <u>pleased</u> with your <u>outlook</u> on things?	0	1	2	3	4	5	6
32. Are you <u>pleased</u> with the <u>way</u> you are handling things?	0	1	2	3	4	5	6





## EK-IV

### HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM-ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ

**AÇIKLAMA :** Elinizdeki bu form şu anda sizin ya da çocuklarınızın veya yakınlarınızın yaşamakta olduğu hastalığın sizin üzerinizde yarattığı etkilere yönelik çeşitli gruplar halindeki soruları kapsamaktadır. Bu hastalığın, etkilerinin, evinizde, ilişkilerinizde, işinizde, aile ve kişisel yaşamınızda ne yönde ve nasıl olduğuyla ilgilenmekteyiz. Ayrıca, diğer bir grup soru ile hastalığınızın sosyal ve özel yaşamınızdaki etkileri, duygusal olarak ne tür bir ruh hali içinde olduğunuzu da ortaya çıkarmaya çalışacağız.

Bu formda yer alan her bir soruya yanıt verirken, hastalığa ait deneyiminizi/durumunuzu en iyi yansıtan yanıt şıklarının yanına (x) işaretlerini veriniz. Lütfen tüm soruları yanıtlamaya çalışın ve herhangi bir soruyu atlayıp yanıtı bırakmayın. Eğer belli bir soruya ait yanıt şıklarından hiçbiri sizin durumunu yansıtmıyorsa, durumuna en uygun ve en yakın yanıt şikkını işaretleyin.

Hastalık etkilerine ait durumunuz bugün dahil 30 günlük bir dönemi kapsamaktadır. Tüm soruları, bu 30 günlük süre içinde hastalık etkilerinin size yaşattıkları açısından işaretleyin. eğer şu anda hastanede tedavi görmekteyseniz (ya da hastanede yatan hastanın yakınıysanız.) hastaneye yatış tarihinden önceki 30 günlük süreyi gözönüne alarak yanıt veriniz.

Bazı sorularda evli olduğunuz, ya da şu anda birlikte olduğunuz biri olduğu varsayımı yer almaktadır. Bunun dışındaki sorularda ise aile ilişkileri açısından sorular sorulmaktadır. Evli olmadığınız, bir aileniz olmayışı, ya da şu anda birlikte olduğunuz biri olmaması gibi bir durum söz konusu ise, lütfen bu soruları boş bırakın. Bununla birlikte yine de tüm sorulara yanıt vermeye çalışın.

**İLBÖLÜMDE** Çalışma ve iş performansınızla ilgili sorular yer almaktadır. İşiniz sürekli ya da part-time olsa bile, yine de işiniz ve mesleğiniz genel durumu açısından yanıt veriniz. Eğer bir ev kadınıysanız, ev işleri, komşularınızla olan ilişkileriniz açısından yanıt veriniz.

Bu formu yanıtlarken harcadığınız zaman için teşekkür ederiz. Formu doldurma işiniz bittikten sonra, tüm soruları tamamlayıp tamamlamadığınıza emin olmak için formu tekrar gözden geçiriniz. Form hakkında aklınıza takılan bir soru olursa, lütfen sorunuz. Eğer posta ile başvuruyorsanız, bu tip soruları aşağıdaki boşlukta belirtiniz. Lütfen formu doldurur doldurmaz, teslim ediniz.

### BÖLÜM-1

**(1) Aşağıdakilerden hangisi sağlığınıza dikkat etmek konusundaki genel tutumunuzu en iyi tanımlar.**

- a. Sağlığımı çok ilgiliiyim ve kendi sağlığıma çok dikkat ederim.
- b. Sağlığımı korumam için gerekenlere çoğu zaman dikkat ederim.
- c. Genellikle sağlığımı ilgili konulara dikkat etmeye çalışırım, fakat bazen ilgilenmeye fırsatım olmuyor.
- d. Sağlığıma dikkat etmek pek fazla üstünde durduğum bir konu değildir.

**(2) Şu anda hastalığınız muhtemelen kendinize özel bir bakım ve dikkat etmenizi gerektiriyor olabilir. Bu konudaki tutumunuzu en iyi belirten seçeneği işaretleyiniz.**

- a. Hastalığım ile ilgili özel olarak yaptığım bir Şey yok veya kaygı duymuyorum.
- b. Kendimi korumak için doğru olduğuna inandığım herşeyi yapmaya çalışırım, fakat çoğu zaman ya unutuyorum, ya da yorgun veya meŐgul oluyorum.
- c. Hastalığımın bakım ve korunması için yaptığım uygun bir çok Şey var.
- d. Hastalığım için gereken herŐeye büyük özen gösteriyorum ve kendimi koruyabilmem için gereken herşeyi yapıyorum.

**(3) Genel olarak doktorların vermiş olduğu tıbbi bakımın kalitesi hakkında neler düşünüyörsünüz.**

- a. Tıbbi bakım hiç bu kadar iyi olmamıştı ve görevli doktorlar işlerini mükemmel yapıyorlar.
- b. Şu andaki tıbbi bakımın kalitesi çok iyi, fakat gelişmesi gereken bazı alanlar var.
- c. Doktorlar ve tıbbi bakım kesinlikle daha öncekileri ile aynı kalitede değil.
- d. Bugünkü doktor ve tıbbi bakıma fazla bir güvenim yok.

**(4) Şu andaki hastalığınız esnasında hem doktorlar, hem de diğer tıbbi personel tarafından size yönelik bir tedavi uygulanmaktadır. Doktorlar ve diğer personel hakkındaki görüşleriniz nedir, size uyguladıkları tedaviyi nasıl buluyörsünüz.**

- a. Tedaviden hiç memnun değilim, personelin benim için yapılması gereken herşeyi yaptıklarını düşünmüyorum.
- b. Uygulanan tedavi bende belirli bir izlenim bırakmadı, ama sanırım onlar yapabileceklerinin en iyisini yapıyorlar.
- c. Bazı problemler olmasına rağmen uygulanan tedavi oldukça iyi.
- d. Uygulanan tedavi ve tıbbi personel mükemmel.

**(5) Hastalık durumunda her insan hastalığı ile ilgili olarak farklı Şeyler bekler ve farklı tutum ve davranışlar gösterir. Sizin hissettiklerinize en uygun olan seçeneği işaretleyin.**

- a. Bu hastalığın üstesinden gelebileceğimden eminim ve yarattığı tüm sorunları en kısa zamanda halledip tekrar eskisi gibi olacağım.
- b. Hastalığım benze bazı sorunlara yol açtı, ancak bunları çok kısa sürede halledeceğimi ve tekrar eski haline döneceğimi düşünüyorum.
- c. Hastalığım hem ruhsal, hem de fiziksel olarak beni altüst etti, fakat bunun üstesinden gelmek için çok çaba harcıyorum, birgün eski günlerdeki haline kavuşacağıma eminim.
- d. Hastalığım yüzünden çok yıprandım ve güçsüz kaldım, gerçekten bu işin üstesinden gelip gelemeyeceğimi bilmiyorum.

**(6) Hastalanmak insanı karmakarışık bir duruma sokan bir deneyimdir. Bazı hastalar, hastalıkları hakkında doktor ve diğer tıbbi personelden yeterli bilgi almadıklarını düşünürler. Bu konuda sizin hissettiklerinizi en iyi açıklayan seçeneği işaretleyin.**

- a. Onlara defalarca sormama rağmen doktorum ve diğer tıbbi personel hastalığım hakkında bana çok az şey açıkladılar.
- b. Hastalığım hakkında bazı şeyler biliyorum, ama sanırım daha fazlasını bilmem gerekiyor.
- c. Hastalığım hakkında genel bir kanyaya sahibim ve daha fazlasını bilmek istersem her zaman bilgi alabileceğimi biliyorum.
- d. Hastalığımın genel tablosu doğru bir şekilde anlatıldı, doktorum ve diğer tıbbi personel bilmeyi istediğim herşeyi tüm detayları ile açıkladılar.

**(7) Sizin yaşadığınız gibi bir hastalıkta insanların kendilerine uygulanan tedavi ve bu tedaviden beklentileri hakkında farklı düşünceleri olabilir. Size uygulanan tedaviden bekledikleriniz hakkında aşağıdaki seçeneklerden size en uygun olanını seçiniz.**

- a. Doktorum ve tıbbi personelin tedavimi yürütme konusunda çok başarılı olduklarına inanıyorum ve bu tedavi şimdiye kadar bana uygulanan tedavilerin en iyisi.
- b. Uyguladıkları tedavi yöntemi açısından doktorlarıma güvenmekle birlikte bazen bu konuda şüphelerim olabiliyor.
- c. Tedavimin çok tatsız bazı bölümlerinden memnun değilim, fakat doktorlarım bir süre daha bu şekilde devam etmemiz gerektiğini söylüyorlar.
- d. Pek çok kez tedavimin hastalıktan daha beter olduğunu düşünüyorum, bu şekilde devam etmeye degeceğine emin değilim.

**(8) Sizinki gibi hastalıklarda hastalara tedavileri konusunda farklı miktarlarda bilgi verilmektedir. Aşağıdaki seçenekler içinden tedaviniz hakkında size verilen açıklama ve bilgilerin derecesini en iyi ifade edeni seçiniz.**

- a. Tedavim hakkında neredeyse hiçbir açıklama yapılmadı, açıkça neler olduğunu bilmiyorum.
- b. Tedavim hakkında biraz bilgim var, ama bu bilmeyi istediğim kadar değil.
- c. Tedavim hakkında bildiklerim oldukça yeterli, fakat hala bilmek istediğim bir iki şey var.
- d. Tedavimle ilgili birşeyi bildiğimi hissediyorum ve bilgilerim hergün tazeleniyor.

## **BÖLÜM-II**

**(1) Hastalığınız mesleğinizi/okulunuzu/ev işlerinizi v.b yapmanızı engelledi mi?**

- a. Mesleğimi v.b. uygulamamla ilgili bir sorun yok.
- b. Bazı sorunlar var ama bunlar ufak şeyler.
- c. Bazı ciddi sorunlar var.
- d. Hastalığım mesleğimi v.b. uygulamamı tamamen engelliyor.

**(2) Şu an mesleğiniz/çalışmalarınız/ev işlerinizi yapabilmek açısından fiziksel performansınız ne kadar iyi.**

- a. Kötü durumda,
- b. Pek iyi değil.
- c. Yeterli.
- d. Çok iyi

**(3) Son 30 gün içerisinde hastalığınıza bağlı olarak hiç iş günü kaybınız oldu mu?**

- a. 3 gün ve daha az.
- b. Bir hafta,
- c. İki hafta,
- d. İki haftadan daha çok.

**(4) Şu an işiniz/okulunuz/çalışmalarınız v.b. hastalanmadan öncekine göre sizin için daha mı önemli ?**

- a. Şu an hiç önemli değil.
- b. Oldukça az bir öneme sahip
- c. Eskiye göre biraz önemini yitirdi.
- d. Bir değişiklik olmadı hatta daha önemli hale geldi.

**(5) Yaşadığınız hastalığın bir sonucu olarak mesleğiniz/işleriniz v.b. ile ilgili amaçlarınızda bir değişiklik oldu mu?**

- a. Amaçlarım değişmez.
- b. Amaçlarımda çok az bir değişme oldu.
- c. Amaçlarım önemli ölçüde değişti.
- d. Amaçlarımı tamamen değiştirdim.

**(6) Hastalanmanızdan bu yana arkadaşlarınız, komşularınızla olan sorumlularınızda bir artış gözlediniz mi?**

- a. Sorunlarda büyük artış var.
- b. Sorunlarda orta derecede bir artış var.
- c. Sorunlarda az ölçüde bir artış var.
- d. Herhangi bir sorun yok veya mevcut sorunlarda artış yok.

### **BÖLÜM-III**

**(1) Hastalanmanızdan bu yana eşinizle (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişiyle) olan ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız.**

- a. İyi
- b. Fena değil,
- c. Kötü,
- d. Çok kötü

**(2) Yaşamınızdaki, çevrenizdeki diğer insanlarla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl tanımlarsınız. (Çocuklar, akrabalar vb.)**

- a. Çok kötü.
- b. Kötü.
- c. Fena değil.
- d. İyi

**(3) Hastalığınız evle ilgili iş ve sorumluluklarınızı ne ölçüde engelledi.**

- a. Bir engelleme olmadı.
- b. Bazı problemler var ama üstesinden gelinebilir.
- c. Orta derecede bazı problemler var, bazıları hallolunacak gibi değil.
- d. Evle ilgili sorumluluklarımda son derece ciddi problemler var.

**(4) Hastalığınız nedeniyle ev işleri ve diğer sorumluluklarınızda yaşadığınız sorunlarda aileniz size nasıl yardımcı oldu.**

- a. Ailem, bu sorunların halledilmesi konusunda başarılı olmadı.
- b. Ailem, bu sorunların halledilmesi için çaba gösterdi, ama bazı konuları halledemediler.
- c. Ailem genelde yardımcı oldu, yapamadıkları bir iki ufak şey kaldı.
- d. Bu konuda bir sorun yok.

**(5) Hastalığınız aile üyeleri ve sizin aranızdaki iletişimde bir azalmaya sebep oldu mu?**

- a. İletişimde bir azalma yok.
- b. Çok az ölçüde bir azalma oldu.
- c. İletişimde bir azalma oldu, onlardan biraz uzaklaştığımı düşünüyorum.
- d. İletişimimiz önemli ölçüde azaldı. Kendimi çok yalnız hissediyorum.

**(6) Sizin gibi hasta olan bir insan günlük sorunların çözülmesi konusunda çevresindeki insanlardan (arkadaşlar, komşular, aile v.b.) bazı yardımlar beklerler. Böyle bir yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyormusunuz, böyle bir yardım desteği sağlayan birileri var mı?**

- a. Yardıma gerçekten ihtiyacım var, ama etrafımda yardım edecek insanı nadiren bulabiliyorum.
- b. Biraz yardımcı oluyorlar ama her zaman güvenilecek ölçüde değil.
- c. Her zaman olmamakla birlikte çoğunlukla gereken yardımı görüyorum.
- d. Yardıma ihtiyacım olduğunu sanmıyorum, olsa da yardımcı olacak ailem ve dostlarım var.

**(7) Hastalığınız sizde fiziksel bir yetersizliğe yol açtı mı?**

- a. Herhangi bir fiziksel yetersizlik yok.
- b. Az ölçüde bir fiziksel yetersizlik var.
- c. Orta ölçüde bir fiziksel yetersizlik var.
- d. Önemli ölçüde bir fiziksel yetersizlik var.

**(8) Sizininki gibi bir hastalık aile bütçesinde bazı sarsıntılara yol açabilir. Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyormusunuz?**

- a. Önemli ölçüde maddi sıkıntılarımda var.
- b. Orta derecede maddi problemlerim var.
- c. Çok az maddi problemim var.
- d. Para ile ilgili bir problemim yok.

## **BÖLÜM-1Y**

**(1) Bir hastalığa yakalanmak kimi zaman yaşanan bir ilişkiyi zedeleyebilir. Hastalığınız eşinizle olan ilişkinizde (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişi ile olan ilişkinizde) herhangi bir probleme yol açtı mı?**

- a. İlişkimizde herhangi bir değişiklik olmadı.
- b. Hastalanmamdan bu yana birbirimize olan yakınlığımız biraz azaldı.
- c. Hastalanmamdan bu yana yakınlığımız kesinlikle daha azaldı.
- d. Hastalanmamdan bu yana ilişkimizde ciddi problemler hatta kesintiler oldu.

**(2) Hastalığa yakalanan insanlar cinsel aktivitelere olan ilgilerinde bir azalma olduğunu belirtirler. Hastalığınız süresince cinsel ilgi ve isteğinizde bir azalma oldu mu?**

- a. Hastalanmadığımdan bu yana kesinlikle hiçbir cinsel istek duymuyorum.
- b. Cinsel istekte belirgin bir azalma var.
- c. Cinsel istekte hafif bir azalma var.
- d. Cinsel istekte hiçbir azalma yok.

**(3) Hastalıklar bazen cinsel aktivitelere bir azalmaya yol açar. Bu konuda bir azalma gördünüz mü?**

- a. Cinsel aktivitede bir azalma yok.
- b. Cinsel aktivitelere çok az ölçüde bir azalma var.
- c. Cinsel aktivitelere önemli ölçüde bir azalma var.
- d. Cinsel aktiviteler tamamen durdu.

**(4) Cinsellikten normal olarak duyduğunuz tatmin ya da zevk açısından herhangi bir değişiklik var mı?**

- a. Cinsel zevk ve tatmin tamamen durdu.
- b. Cinsel zevk ve tatminde önemli ölçüde bir kayıp var.
- c. Cinsel zevk ve tatminde çok az ölçüde bir kayıp var.
- d. Cinsel tatminde bir değişiklik yok.

**(5) Bazen hastalıklar sebebiyle her ne kadar cinsel istek duymada bir değişiklik olmasa da kimi aksama ve düzensizlikler oluşabilir. Sizin başınıza böyle bir durum geldi mi, geldiyse hangi ölçüde?**

- a. Cinsel potansiyelimde bir değişiklik yok.
- b. Cinsel performansım ile ilgili ufak problemler var.
- c. Önemli cinsel problemlerim var.
- d. Cinsellikten tamamen koptum.

**(6) Hastalıklar eşler arasındaki cinsel ilişkileri engelleyebilmektedir, ya da bu konuda bazı fikir ve duygu ayrılıkları yaratabilmektedir. Bu konuda eşinizle aranızda farklı görüş ve duygular var mı ve ne derecede?**

- a. Sabit ve sürekli farklı görüş ve duygular var.
- b. Bu konuda yoğun farklılıklar var.
- c. Bazı farklılıklar var.
- d. Bu konuda hiçbir görüş ve farklılık yok.

## **BÖLÜM-V**

**(1) Hastalığınız süresince hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla kişisel olarak ya da telefon ile temas kurup görüştünüz mü (eskisine göre) ?**

- a. Görüşmeler aynı biçimde ya da biraz daha yoğun oldu.
- b. Görüşmeler biraz azaldı.
- c. Görüşmeler belirgin olarak azaldı.
- d. Hastalık süresince hiç görüşmedik.

**(2) Hastalığınız süresince aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla yakınlaşma isteğiniz-onlara olan ilginiz ne ölçüde, ne düzeyde?**

- a. Onlarla bir araya gelme konusunda bir isteğim olmadı, ya da çok az bir istek oldu.
- b. Öncekine oranla onlara olan ilgi ve isteğim çok azaldı.
- c. İlgi bir parça azaldı.
- d. İlgi ve isteğim aynı ya da hastalığım süresince daha arttı.

**(3) İnsanlar hastalandığında aile üyeleri ve akrabalarının desteğine sığınma ihtiyacı hissederler. Siz onların fiziki yardıma ihtiyaç duyduğunuzda onlarda destek görebiliyormusunuz, onlar bu desteği size gösterebiliyorlar mı?**

- a. Yardıma ihtiyacım yok, istediğim yardımı zaten veriyorlar.
- b. Yeterince yardımcı oluyorlar.
- c. Yardım ediyorlar ama yeterince değil.
- d. Çok ihtiyacım olmasına rağmen çok az yardımcı oluyorlar, ya da hiç yardım etmiyorlar.

**(4) Bazı insanlar hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarına çok bağlıdırlar. Sizin bağlılığınız ne ölçüdedir, hastalığınız bağlılığınızda bir azalmaya yol açtı mı?**

- a. Bağlılığım önemli ölçüde yok oldu.
- b. Bağlılığım önemli ölçüde azaldı.
- c. Bağlılığım biraz azaldı.
- d. Bağlılığım yoktu veya çok azdı, bu bağlılık hastalıktan hiç etkilenmedi.

**(5) Genel olarak şu anda bu insanlarla aranız nasıl?**

- a. İyi,
- b. Fena değil,
- c. Kötü,
- d. Çok kötü.

## **BÖLÜM-VI**

**(1) Hastalığınız öncesine göre boş zaman uğraşlarınız ve hobilerinizle eskisi gibi ilgilenebiliyor musunuz?**

- a. İlgim tıpkı eskisi gibi,
- b. Eskisine göre biraz daha az.
- c. Eskisine göre önemli ölçüde az.
- d. Hemen hiç ilgim kalmadı.

**(2) Bu tür etkinliklere katılımınız nasıl?. Hala eskisi gibi uğraşlarınıza devam edebiliyor musunuz?**

- a. Katılımım çok az, ya da hiç yok.
- b. Katılımım önemli ölçüde azaldı.
- c. Katılımım az ölçüde bir azalma gösterdi.
- d. Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.

**(3) Hastalığınızdan öncekine göre ailenizle birlikte boş zaman etkinliklerine (iskambil oyunları, küçük seyahatler, piknikler v.b.) ilgi duyuyor musunuz?**

- a. İlgim tıpkı eskisi gibi.
- b. Eskisine göre biraz daha az.
- c. Eskisine göre önemli ölçüde düşük.
- d. İlgim çok az, ya da bir ilgim kalmadı.

**(4) Bu etkinliklere eskiden olduğu gibi aynı ölçüde katılabiliyor musunuz?**

- a. Katılımım çok az, ya da şu anda hiç bir katılımım yok.
- b. Katılımım önemli ölçüde azaldı.
- c. Katılımım biraz azaldı.
- d. Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.

**(5) Hastalığınız süresince sosyal faaliyetlere olan ilginizi devam ettirebildiniz mi? (Sosyal klüpler, dini faaliyetler, sinema)**

- a. İlgim tıpkı eskisi gibi.
- b. Eskisine göre biraz daha az.
- c. Eskisine göre önemli ölçüde az.
- d. İlgim çok az, ya da bir ilgim kalmadı.

**(6) Bu faaliyetlere olan katılımınız nasıl, arkadaşlarınızla birlikte hala dışarı çıkabiliyor ve bu etkinlikleri yapabiliyor musunuz?**

- a. Katılımım çok az, ya da yok.
- b. Katılımım önemli ölçüde azaldı.
- c. Katılımım biraz azaldı.
- d. Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı.



**(7) Son zamanlarda hastalığınızın sizi çirkinleştirdiğini, çok daha az çekici hale getirdiğini hissettiğiniz oldu mu?**

- a. Olmadı.
- b. Çok az
- c. Oldukça fazla
- d. Aşırı derecede.



## EK-V

### HASTALIĞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Açıklama : Aşağıda insanların hastalık durumunda düşünce ve tutumlarını belirlemeye yönelik 32 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir şık için sizin yanıtınızı en iyi tanımlayan puanı daire içine alınız.

	Hayır/Hiç		Bir ölçüde			Evet/Tamamen	
<b>Hastalığınız şunları etkiledi mi ?</b>							
1. Günlük yaşamınızı	0	1	2	3	4	5	6
2. Arkadaşlarınızla birlikte olmanızı	0	1	2	3	4	5	6
3. Ailenizle birlikte olmanızı	0	1	2	3	4	5	6
4. İşinizi/okulunuzu/ev işlerinizi	0	1	2	3	4	5	6
5. Diğer.....	0	1	2	3	4	5	6
6. Diğer .....	0	1	2	3	4	5	6
<b>Hastalığınızı nasıl tanımlarsınız ?</b>							
7. (Zarar veren) sizi yaralayan bir şey	0	1	2	3	4	5	6
8. (Tehlike-tehdit eden) sizi yıpratın bir şey	0	1	2	3	4	5	6
9. (Kayıp) bir şeyleri yitirmenize yol açan	0	1	2	3	4	5	6
10. (Mücadele-Meydan Okuma) savaştığınız bir şey	0	1	2	3	4	5	6
<b>Size göre bu hastalık;</b>							
11. (Geçici) bir süre sonra geçip gidecek bir durum	0	1	2	3	4	5	6
12. (Kalıcı) devam eden bir durum-hayatınızın bir parçası	0	1	2	3	4	5	6
13. (Geçici-Kalıcı) ara ara gelen bir durum	0	1	2	3	4	5	6

**Size göre bu hastalık ;**

14. (Kısıtlayıcı) fiziksel aktiviteyi/gücü azaltan bir durum	0	1	2	3	4	5	6
15. (Vücudu bozucu) kötüleşmeye doğru bir gidiş	0	1	2	3	4	5	6
16. (Yıkıcı-vücudu geriletan) daha da kötüleşmeye yol açan bir durum	0	1	2	3	4	5	6
17. Hastalığınızın sizde yarattığı stres ve endişeyi puanlayın	0	1	2	3	4	5	6
18. Doktorlar açıklamadan önce bu hastalığı tahmin etmişmiydiniz	0	1	2	3	4	5	6
19. Bu hastalığı yakalanmada sizin de bir parça rolünüz olduğunu düşünüyor musunuz .	0	1	2	3	4	5	6
20. Herşeyin eskisi gibi olacağından emin misiniz. (Ör. Tedavinin etkinliği açısından)	0	1	2	3	4	5	6
21. Bu hastalığa tekrar yakalanma ihtimali olduğuna inanıyorsunuz (veya buna benzeyen ikinci bir hastalığa)	0	1	2	3	4	5	6
22. Sizce her şey yoluna girecekmi	0	1	2	3	4	5	6
23. Bu hastalığa rağmen davranışlarında bağımsız olmaya kararlı mısınız.	0	1	2	3	4	5	6

**Hastalığınız açısından aşağıdakilerle ilgili hissettiklerinizi puanlayın :**

24. Bu hastalıkla başetmek için birşey yapmalı veya bir şeyleri değiştirmelisiniz.	0	1	2	3	4	5	6
25. Bu hastalığı kabullenmelisiniz.	0	1	2	3	4	5	6
26. Harekete geçmeden önce daha fazlasını bilmeniz gerekiyor.	0	1	2	3	4	5	6
27. Yapmak istediklerinizi her zaman yapamazsınız. - Kendini frenlemek.	0	1	2	3	4	5	6
28. Hastalığınızdan buyana önem verdiğiniz şeylerle ilgili değişiklik yaptığınızı düşünüyor musunuz.	0	1	2	3	4	5	6

29. **Önem verdiğiniz şeyler hakkında  
söylenecek çok şeyiniz olduğuna  
inaniyorsunuz.** 0 1 2 3 4 5 6
30. **Bu işin üstesinden gelecek enerji ve  
sabıra sahip olduğunuzu hissediyor-  
musunuz.** 0 1 2 3 4 5 6
31. **Genel durumunuzdan memnunmusunuz.** 0 1 2 3 4 5 6
32. **Uğraştığınız işlerdeki tavrınızdan  
memnunmusunuz.** 0 1 2 3 4 5 6



**EK-VI**

**ÖLÇEĞİN TÜRKÇELEŞTİRİLMESİNDE GÖRÜŞÜNE BAŞVURULAN  
UZMANLAR**

Doç.Dr.

Semra ERDOĞAN

Doç.Dr.

Hacer KARANİSAOĞLU

Doç.Dr.

Zehra DURNA

Yard.Doç.Dr.

Sevim SAVAŞER

Yard.Doç.Dr.

Neriman AKYOLCU

Yard.Doç.Dr.

Nevin K ANAN

Yard.Doç.Dr.

Türkinaz ATABEK

**EK-VII**

**ÖLÇEĞİN TÜRKÇELEŞTİRİLMESİNDE GÖRÜŞÜNE BAŞVURULAN  
YABANCI DİL UZMANI**

**Levent SOYAK**

## EK-VIII

### TÜRKÇE HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM - ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİNİN TANITIMI

Derogatis ve Lopez tarafından 1983 yılında geliştirilen ve hastalığa psikososyal uyumu ölçen bir ölçektir. Ölçek, bireylerin diğer bireylerle ve sosyo-kültürel çevreyi oluşturan kurumlarla karşılıklı etkileşimini ölçer. PAIS-SR ölçeği 46 maddeden oluşur, bu sorular hastalığa psikososyal uyumun 7 alanına ayrılmıştır. Bu yedi alan ölçeğin alt gruplarını oluşturmaktadır. Bu alt gruplar; sağlık bakımına oryantasyon (health care orientation), mesleki çevre (vocational environment), aile çevresi (domestic environment), seksüel ilişkiler (sexual relationships), geniş aile ilişkileri (extended family relationships), sosyal çevre (social environment) ve psikolojik baskı (psychological distress) şeklindedir. Her bir soru için uyumun değişen seviyelerini belirleyen dört tanımlayıcı ifade kullanılmıştır. Denek kendi kişisel deneyimini en iyi-en yakın şekilde tanımlayan yanıtı seçebilmektedir. Herbir madde 0'dan 3'e kadar değişen bir skala üzerinden puanlanır. Hastalıktan bu yana büyük oranda olumsuz değişiklikler 3 puanla, değişiklik olmaması ya da olumlu değişiklikler 0 puanla değerlendirilir. PAIS-SR ölçeğinde düşük puanlar hastalığa "iyi psikososyal uyumu", yüksek puanlar hastalığa "kötü psikososyal uyumu" gösterir. PAIS-SR ile yapılan çalışmalarda 35'in altındaki puanlar iyi (good) psikososyal uyumu, 35 ile 51 arası puanlar orta derecede iyi (fair) psikososyal uyumu ve 51' in üstündeki puanlar kötü uyumu ifade eder şekilde değerlendirilmektedir (5.6.38.43.44.45).

## EK-IX

### TÜRKÇE HASTALIĞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİNİN TANITIMI

#### 4.5.2 Hastalığı Değerlendirme Ölçeği ( Meaning of Illness Questionnaire)

Mc Adams, Byrne ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilen bu ölçek hastanın hastalığına verdiği özel anlamları ortaya koymak amacıyla düzenlenmiştir. Bu ölçeğin içeriği Lazarus ve Folkman'ın çalışmalarına dayandırılmıştır.

Gerek Lazarus-Folkman'nın çalışmalarında, gerekse Roberts, Browne ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda, hastanın hastalığa uyumundaki değişkenin açıklanmasında bireyin bu olaya verdiği "anlam ve değer" in "başa çıkma davranışı "dan daha güçlü ve açıklayıcı olduğu belirtilmiştir (6,43).

Bu ölçek bireylerin yaşam durumlarına verdikleri karışık değerlendirmelerin derecesine sayısal bir anlam vermek üzere hazırlanmış olup, hastalığın, yaşama, ilişkilere etkisi, var olan tehlikenin nasıl algılandığı (zarar, tehdit, kayıp, mücadele) olayın prognoz açısından değerlendirilmesi (geçici veya kalıcı), hastalığın kendisine yaptığı zararın derecelendirilmesi (kısıtlayıcı, bozucu veya yıkıcı), yaşanan stresin derecesini, hastalığın önceden tahminini bireyin şartları kontrol edebilme derecesini, belirlizliğini tereddütünü, tekrar yakalanma olasılığını, tutumsal olarak ümidini, motivasyonunu, hastalığa cevabını (onunla ilgili bir şeyler yapmalı, onu kabul etmeli, daha fazla bilgi alma gereği, kendini frenlemesi gereği), hastalığa bağlı olarak kararlarında değişiklik yapma durum ve derecesini, başa çıkma gücü ve genel hal ve tavarlarından memnun olma derecesini belirlemek üzere düzenlenmiştir.

Hastalığı değerlendirme ölçeği 32 maddeden oluşur. Bu 32 maddeden 2 tanesi açık uçlu sorudur. (5 ve 6 maddeler) her bir maddenin 0'dan 6'ya kadar puanlandığı ;

- 0-1 : Hayır,
- 2-3-4 : Bir ölçüde,
- 5-6 : Evet, tamamen

cevaplarına göre ölçeklendirilmiştir.



