

ZEYNEP ARMAY

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2006

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

(YÜKSEK LİSANS)

HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİNİN
GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK
ÇALIŞMASI

ZEYNEP ARMAY

DANIŞMAN
DOÇ. DR. MİNE ÖZKAN

PREVANTİF ONKOLOJİ/PSİKOSOSYAL ONKOLOJİ
BİLİM DALI

İSTANBUL-2006

TEZ ONAYI

Aşağıda tanıtımı yapılan tez, jüri tarafından başarılı bulunarak Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

/ /

Prof.Dr.Emine Kökoğlu
Enstitü Müdürü

Kurum : İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program Adı : PSİKOSOSYAL ONKOLOJİ
Programın seviyesi : Yüksek Lisans Doktora
Anabilim Dalı : Prevanatif Onkoloji Anabilim Dalı
Tez Sahibi : Zeynep Armay
Tez Başlığı : Hastalık Algısı Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması
Sınav Yeri : Psikiyatri Anabilim Dalı
Sınav Tarihi : 10 / 07 / 2006

Tez Sınav Jürisi

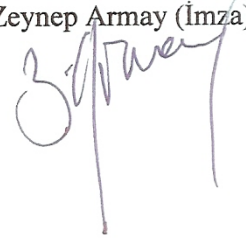
Ünvanı Adı Soyadı Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı

- 1.Doç Dr. Mine Özkan, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Bilim Dalı
- 2.Prof. Dr. Arşaluys Kayır, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı
- 3.Prof. Dr. Sıdıka Kurul, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Prevanatif Onkoloji Bilim Dalı
- 4.Prof. Dr. Canan Alatlı, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi; Patoloji Anabilim Dalı
- 5.Prof. Dr. Mine Özmen, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Zeynep Armay (İmza)



İTHAF

Bu çalışmayı hayatımın yönünü değiştiren iki değerli insana,
Prof. Dr. Nihat Dorken'e
ve
Prof. Dr. Sedat Özkan'a
ithaf ediyorum

TEŞEKKÜR

Bu çalışma boyunca benden yardımlarını esirgemeyen Onkoloji Enstitüsü çalışanlarına, hemşirelere ve tüm doktorlara teşekkürlerimi sunarım. Kanser gibi zorlayıcı bir hastalıkla mücadele ederken bu çalışmaya katılmayı açık gönüllülük ve istekle kabul eden tüm katılımcıların hepsi benim için ayrı ayrı önemlidir. Veri toplama aşamasında ve daha sonrasında destek ve katkılarını esirgemeyen Uzman Hemşire Dr. Nazmiye Kaçmaz'a, Prof. Dr. Sıdıka Kurul'a, Op. Dr. Murat Atay'a çok şey borçluyum. Çalışma arkadaşlarım Dr. Habib Soleimanvandi Azar, Dr. Erhan Ertekin ve Nur Erdamar'ın destek ve sabırlarından dolayı çok şanslıyım. Beni her zaman anlayan ve destekleyen, kendimi gerçekleştirmemde hep yanımda olan ve değerli fikirleriyle yönlendiren sevgili hocalarım Prof. Dr. Sedat Özkan ve Doç. Dr. Mine Özkan bu çalışma boyunca da her zaman yanımda oldular. Herşeyin başlangıcında bana yaşam amacımı sağlayan sevgili dedem Prof. Dr. Nihat Dorken bu tezin var olma sebebidir.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
İTHAF	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	V
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİ
ÖZET	Vİİİ
ABSTRACT.....	Vİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	2
3. GEREÇVE YÖNTEM.....	17
4. BULGULAR.....	21
5. TARTIŞMA.....	36
KAYNAKLAR.....	39
FORMLAR.....	44
ÖZGEÇMİŞ.....	50

TABLÖLAR LİSTESİ

TABLO-1-Çalışma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri	22
TABLO-2-Test-tekrar Grubunun Sosyodemografik Özellikleri	23
TABLO-3- Çalışma Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Ortalamaları	24
TABLO-4- Test-tekrar test Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Ortalamaları	25
TABLO-5- Çalışma Grubu Nedenler Ortalamaları	26
TABLO-6- Test-tekrar test Grubu Neden Ortalamaları	27
TABLO-7- Çalışma ve Test-Tekrar Test Grubu Cronbach Alfa Değerleri	28
TABLO-8- Algı Soruları Madde Toplam İstatistikleri	29
TABLO-9- İki farklı zaman dilimindeki alt ölçek puan korelasyonları	30
TABLO-10- Çalışma Grubu paralel ölçek korelasyonları	31
TABLO-11- Test-tekrar test grubu paralel ölçek korelasyonları	31
TABLO-12- Kimlik alt ölçeği A+B korelasyonları	32
TABLO-13- Beck depresyon ile HAÖ alt ölçek korelasyonları	33
TABLO-14- Algı Soruları Faktör Analizi	34
TABLO-15- Nedenler Bölümü Faktör Analizi	35

ÖZET

Armay Z. (2006). "HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI". İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Prevanatif Onkoloji ABD, Psikososyal Onkoloji Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu çalışmanın temel amacı, Weinman ve ark. tarafından geliştirilmiş olan ve Moss Morris tarafından revize edilen "Illness Perception Questionnaire-R (IPQ-R)- Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmaktır. İlk aşamada Hastalık Algısı Ölçeği'nin Türkçeye çevirisi yapılmıştır. Türkçe çevirisi ile İngilizce orijinali arasındaki eş-değerliliğin saptanmasından sonra ölçeğin kanser hastaları üzerinde geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına geçilmiştir. Güvenilirlik çalışması için İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Enstitüsünde yatarak ya da ayaktan tedavi gören toplam 203 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Ölçeğin test tekrar test güvenilirliğini gerçekleştirmek için 80 hastaya 3 hafta sonra tekrar uygulanmıştır.

Çalışma grubunda alt ölçeklerin Cronbach alfa değerleri 0.604 ile 0.859 arasında bulunmuştur. Madde toplam istatistikleri ve paralel ölçek korelasyonları anlamlı düzeydedir. Test-yeniden test grubunda ise Cronbach alfa değerleri 0.651-0.935 arasında bulunmuştur. Tüm örneklem grubu üzerinde uygulanan Temel Bileşenler faktör analizi sonucunda, ölçeğin algı boyutunda yapısını oluşturan 7, nedenler boyutunda ise 5 faktör belirlenmiştir. Ölçeğin alt ölçeklerinin tutarlılığı ve stabilitesi oldukça iyi düzeyde bulunmuştur, korelasyon katsayıları.49 ile .78 arasında değişmektedir. Elde edilen bulgulara bakıldığında çalışma grubu ve test tekrar test grubu bulguları arasındaki yüksek paralellik birçok açıdan HAÖ'nin geçerlik ve güvenilirliğini desteklemiştir. Elde edilen bulgular, HAÖ'nin Türkçe formunun örneklem grubunda olduğu gibi kanser hastaları ile yapılacak araştırmalarda kullanılabilir ve geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğuna işaret etmektedir.

Anahtar Sözcükler: Hastalık Algısı Ölçeği, Türkçeye uyarlama, geçerlik, güvenilirlik, kanser hastaları

ABSTRACT

Armay, Z. (2006). "Reliability and Validity Study of Illness Perception Questionnaire, Istanbul University, Institute of Health Science, Preventive Oncology Department, Masters Thesis, Istanbul.

Reliability and Validity Study of the Turkish version of Illness Perception Questionnaire

Abstract

The main aim of this study is to adapt "The Illness Perception Questionnaire-Revised" to Turkish and conduct the reliability and validity study of the scale. After the translation and language consistency of the Turkish version, the scale was applied to 203 cancer patients in Istanbul University Istanbul Medicine Faculty, Oncology Institute. For the test-retest reliability, the scale had been reapplied to 80 patients after 3 weeks.

Cronbach alpha values of the subscales in the study group were between 0.604 and 0.859. Item total correlations and parallel scale correlations were significant. Cronbach alpha values of the test-retest group were 0.651-0.935. In the explanatory factor analysis, 7 factors for the perception dimension and 5 for the reasons dimension were found. The dimensions of the scale generally showed good stability over time with correlations ranging from .49 to .78. The findings of the study group and test retest group were parallel in most of the analyses and obtained values were very close to the original psychometric study of IPQ-R. This provided support for the reliability and validity of the Turkish version of the scale. Overall, findings of the study indicated that Turkish version of the IPQ-R is a reliable and valid tool for cancer patients.

Keywords: Illness Perception Questionnaire-R, adaptaton to Turkish, relaibility, validity, cancer patients.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bu tez çalışması, “Illness Perception Questionnaire-Revised” (Moss-Morris ve ark, 2002), adlı fiziksel hastalıklarda hastalık algısını ölçmeyi amaçlayan ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmayı amaçlamaktadır. Fiziksel hastalıkların psikiyatrik boyutunda oldukça önemli olan öznel hastalık algısını ölçen Illness Perception Questionnaire (Hastalık Algısı Ölçeği)’nin dilimize kazandırılması genel hastane psikiyatrisi için büyük önem taşımaktadır.

Hastalık algısı kişilerin hastalık dönemleri boyunca yaşadıkları deneyimler, hastalık süreci, baş etme mekanizmaları ve psikopatoloji üzerinde doğrudan etkisi olan bir kavramdır. Kişinin olayları nasıl algıladığının sadece psikolojik, fizyolojik ya da psikososyal iyilik haline değil, yaşam kalitesine hatta fiziksel hastalığın gidişine de etkisi vardır. Hastalıkla ilgili bireysel algıların yanı sıra, bu aşamada kültürel yatkınlıklar da önemlidir. Tüm bunlar göz önüne alındığında hem kanser hastaları gibi özellikli bir hasta grubunda hem de diğer fiziksel hastalıkları olan kişilerde oluşan ve oluşabilecek psikiyatrik zorlanma ve bozuklukları daha iyi anlamak, kontrol etmek ve tedavi etmek açısından hastalık algısının belirlenmesi gereklidir. Bireysel hastalık algısını ölçmek kişiye yardımda önemli bir yol gösterici olacaktır. Ülkemizde birebir hastalık algısını ölçen bir ölçek bulunmamaktadır. Çalışma sonuçlandığında bu önemli eksiğin giderileceği düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı “fiziksel, ruhsal, sosyal iyilik hali olarak” tanımlamıştır. Fiziksel hastalık bir yaşam krizidir (Dünya Sağlık Örgütü, 2001). Kozier ve arkadaşları (1994) hastalığı “kişinin bireysel olarak sağlıklı olduğuna inanma deneyimi” olarak tanımlamışlardır. Bu, kişinin hastalığı algılamasını içerir.

Hastalıklar çoğu kişinin yaşamında yaygın deneyimlerdir. Fiziksel hastalıklar bireylerin fizyolojik ve psikolojik bütünlüğüne karşı tehdit oluşturur ve var oluşsal kaygılara yol açar. Hastalık hasta için biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel ve psikososyal çok boyutlu bir olgudur (Kozier ve ark, 1994). Biyopsikososyal bir varlık olarak tanımladığımız insan için hastalık durumu, çok boyutlu bir olgu, bir yaşam, kimlik ve var oluş krizidir, kişinin dengesini, uyumunu bozar, bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan bireysel zorlanmalara neden olur. Hastalık durumu, iyi oluş halinin geçici bozulmasından, yeti yitimine, beden bütünlüğünün ve işlevselliğinin bozulmasına neden olabilecek hatta bireyin yaşamını yitirmesi ile sonuçlanabilecek düzey ve derecelerde olabilir (Biro1 1997).

Tıbbın ve teknolojinin ilerlemesi ile daha önceden mümkün olmayan çeşitli yöntem ve müdahaleler geliştirilmiş ve hastalıkların tedavisinde mesafeler kat edilmiştir. Buna bağlı olarak yaşam süresi uzamış ve kronik hastalıklar ile daha uzun süre birlikte yaşama zorunluluğu doğmuştur. Hastalıkların biyolojik yönden tedavisinde bu gelişmeler sağlanırken, hastaların psikolojik ve psikiyatrik sorunları ile daha fazla ilgilenme zorunluluğu gündeme gelmiştir. Hastaların psikiyatrik durumları, psikososyal durumları ve yaşam kaliteleri her zamankinden fazla önem kazanmıştır.

Fiziksel hastalıkların içerisinde kanserin özel bir yeri vardır. Kanser belirsizlikler içeren, ağır ve acılı bir ölümü çağrıştıran, suçluluk, terk edilme, kaos, panik ve kaygı yaratan bir hastalık olarak algılanır. Kişiye, hastalığın tipine, evresine ve psikososyal çevreye göre değişmekle beraber, kanser diğer fiziksel hastalıklar içerisinde çağrıştırdıkları ile en ciddi krize yol açan hastalıklardan biridir (Özkan, 1992). Psikososyal uyumda kanserin ortaya çıktığı yaş dönemi, hastalık öncesi duygusal istikrar (kişilik ve baş etme biçimi), kişiler arası desteğin varlığı ve elde edilebilirliği

önemli değişkenler olarak bildirilmiştir. Her bireyin strese uyumda kullandığı kendi baş etme yöntemleri vardır. Baş etme yöntemleri ile hastalığın gidişi ilişkisini araştıran çalışmalar, genel olarak mücadelecî tutum ve inkâr davranışı gösterenlerde, kadercî kabulleniş ve çaresizlik tepkisi gösterenlere göre hastalığın gidişinin daha iyi olduğunu bildirmişlerdir (Maisse, 1990).

Kanser hastalarında, ruhsal bozuklukların sıklığı ve yaygınlığı ve bu durumun gerek hastalığın seyri, gerekse tedaviye uyumu dikkate alınınca, bu hastalarda rutin psikiyatrik değerlendirmenin önemi anlaşılır. Kanser hastalarında ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklara ilişkin araştırmalar, hastaların %50'sinde tanı, tedavi ve seyrin bir aşamasında, tedavi gerektirecek düzeyde psikiyatrik sendrom ortaya çıktığını ortaya koymaktadır (Maisse, 1990). Psikiyatrik açıdan bu tabloların sıklığı şöyle bir sıra izlemektedir; depresif uyum bozukluğu, majör depresyon, organik beyin sendromu, kişilik bozuklukları, anksiyete bozukluğu. Görüldüğü gibi depresif yelpazedeki hastalıklar en sıktır. Bu alanda yapılan kapsamlı araştırmalar %25–55 oranında depresyon ve % 40–60 oranında organik beyin sendromu olduğunu ortaya koymaktadır (Maisse, 1990).

Kanser tedavisi; cerrahi girişim, kemoterapi, radyoterapi gibi çoğul tedavileri gündeme getirir. Tanı ve tedavide geliştirilen ileri yöntem ve tekniklerin, başlı başına psikolojik yan etkileri vardır. Bu alanda kullanılan ilaçların birçoğunun ciddi nöropsikiyatrik yan etkileri vardır. Kemik iliği nakli gibi bazı ileri girişimlerin kendine özgü sorunları olduğu da bilinmektedir. Bu da kanser tanısı, tedavisi, hastane ortamı, hasta rolü, yeniden topluma girme ve yeni yaşam biçimlerine uyum gücü gibi sorunları gündeme getirir.

Hastanın bir birey olarak hastalığına (kansere) ilişkin yorum, algı ve değerlendirmeleri, ortaya koyduğu duygusal ve davranışsal tepkilerde belirleyici rol oynayan en önemli unsurlardır. Hastalığa uyumu hastalığın nesnel belirti ve bulgularından çok, hastanın bu değişikliklere ve anlamlarına ilişkin öznel yorumları, algıları ve tepkileri belirlemektedir. Diğer bir deyişle, uyumda en önemli unsur hastanın hastalık ve anlamına ilişkin ne düşündüğüdür. Fiziksel hastalığa sahip olan

hastalarla yapılan çalışmalarda, demografik ve sosyokültürel özelliklerin, hastalık öncesi sağlığın nasıl algılandığının, psikiyatrik durumun, maruz kalınan stresli yaşam olaylarının, hastalığın süresinin-ciddiyetinin, hastalığa yüklenen anlamın, hastalığa karşı tutumun, hastalıkla baş etme kapasitesinin, yeterli sosyal desteğin olup olmamasının, dayanıklılığın ve kontrol edebilme duygusunun uyumu etkilediği saptanmıştır.

Kanserin fiziksel güce, beklentilere ve geleceğe ilişkin bir kayıp olarak algılandığı durumlarda, hasta depresif bir tepki göstermektedir. Kanserin, sağlığın yaşamın kendisinin, bağımsızlığın, otonominin tehdit edilmesi olarak algılandığı durumlarda ise kaygı ve panik bozukluğu gelişimi ön planda olmaktadır. Hasta, hastalığını haksızlığa uğrama başkalarından dolayı bu duruma düşme olarak algılayınca, öfke ve kızgınlık ön planda olacaktır. Özetle, tıbbi açıdan hastalık, biyomedikal ve fizyopatolojik bir olgudur, ancak hasta için bunun ötesinde özel anlamı olan, ruhsal, ailesel, sosyal, psikoseksüel anlam ve önemi olan (biyo) psikososyal bir olgudur.

BİLİŞSEL MODEL VE KRONİK HASTALIK:

Bilişsel model, duygularımızın ve davranışlarımızın olayları açıklama şeklimiz sonucu oluştuğunu savunur ve bireylerin duygu ve davranışlarının olayları algılayışlarından etkilendiği varsayımına dayanır. Değişik kişiler aynı olaya, soruna, hastalığa farklı tepkiler verirler. Lazarus ve Folkman (1984), aynı stres yaratan olaylar karşısında farklı insanların farklı şekillerde tepki verdiklerini saptamışlardır. Yaşamın tehdidi, beden bütünlüğünün bozulması, öz saygının azalması, çevreye bağımlı olma ve işe yaramama endişeleri, geleceğe yönelik planların bozulması, sosyal rol ve etkinliklerin değişmesi kronik hastalıklarla ilgili potansiyel stres oluşturan durumlardır (Cohen ve Lazarus, 1979, Lewis, 1983).

Beck (1984), birincil ve ikincil düşünce süreçleri olmak üzere iki tür bilişsel süreç tanımlar. İlkel bilişlerin etkin olduğu birincil düşünce süreci olayların ve durumların kategorik, tek yönlü ve uyarıların abartılı olarak algılandığı süreçtir. İkincil düşünce süreci ise, kategorik değil görecelidir, uyarılar birçok boyutta ya da nitelikte birleşir. Kişi yaşamsal olarak tehlikede olduğuna inandığında ya da kronik hastalıkta olduğu gibi, düşük dereceli ancak uzun süreli stres yaratan olaylar ile

karşılaştığında, birincil düşünce süreci baskındır. Böyle bir durumda kişi tek yönlü, kutuplaşmış ve genel yargılarda bulunur. Durumu felaketçi olarak ele almak, aşırı genellemeler yapmak, kişiselleştirmek, seçici soyutlama yapmak gibi bilişsel çarpıtmalar ortaya çıkar. Bu tür bilişsel çarpıtmalar kaygı düzeyini arttırır, öfke ve depresyona yol açabilir. Fiziksel hastalıkla ilgili stres yaratan olayların çarpıtılmış algısı, kronik hastalıkla başa çıkmakta kişinin bilişsel ve davranışçı stratejilerini belirleyebilir. Örneğin; kişi hastalığının ciddiyetini felaketçi bir yorumla algırsa günlük yaşamı içerisindeki etkinlik ve verim düzeyi azalır. Düşünce çarpıtmaları doğrudan doğruya işlevsellik düzeyini etkileyebilir. Ayrıca, düşünce çarpıtmaları depresyon yoluyla da işlevsellik düzeyini etkileyebilir. Fiziksel hastalığı olan hastalarda bilişsel çarpıtma, depresyon ve fiziksel hastalık durumu arasındaki ilişki araştırılmıştır. Örneğin; ağrı hastalarıyla yapılan çalışmalar bilişsel çarpıtma ile depresyon arasındaki ilişkiyi göstermektedir (Clough, 1991; Smith ve ark., 1994).

HASTALIK ALGISI

Hastalık deneyimi her kişiye göre farklı yaşanır ve bu farkı yaratan birçok faktör kişinin tepkisinde belirleyici rol oynar. Hastalık algısı yaklaşımı psikoloji alanındaki daha geniş değişimler çerçevesinde değerlendirilerek daha iyi anlaşılabilir. Kırk yıl öncesinde çağdaş bilişsel psikolojinin oluşmasından beri, bilişsel yaklaşımlara odaklanan araştırma, kuram ve uygulamalar psikolojide hakim duruma gelmişlerdir. Örneğin; sosyal bilişsel kuramlar sosyal psikolojide yaygın iken bilişsel davranışçı yöntemler de klinik psikolojide oldukça geniş yer tutmuştur (Beck, 1985). Benzer olarak sosyal bilişsel modeller sağlıkla ilgili davranışları anlamaya yönelik araştırmalarda ön plana çıkarak sağlık psikolojisinde de merkezi konuma gelmişlerdir (Hawton ve ark, 1989).

Bilişsel yaklaşımın temelinde bireylerin yeni deneyimleri anlamlandırmak ve davranışlarını planlamak için geçmiş deneyimlerini yansıtan modeller, zihinsel temsiller ya da şemalar geliştirdikleri anlayışı yer alır. Bilişsel yaklaşıma göre benlik saygısı ve beklentilerle ilgili olarak oluşmuş şemalar kişinin kendisi, dünya ve gelecek hakkında olumsuz duygular geliştirmesine neden olur. Kişi geçmişine bağlı olarak oluşturduğu akılcı olmayan şemalarla yaşantılarını toparlar, formüle eder ve çözümler. Ayrıca kendisini ve olayları değerlendirirken bazı mantık hataları yapar. Böylece kendilik algısındaki çarpıtmalardan (hak etmiyorum, yetersizim, hatalıyım), çevrenin çarpık algılanmasından (beni reddediyorlar, çok şey istiyorlar, mahrum bırakıyorlar) ve geleceğe yönelik karamsar bir bakış açısından oluşan (“her şey boş”, “ anlamsız”, “umut yok”) oluşan bilişsel üçgen oluşur.

Genellikle, kişi hastalığın doğası hakkında ya kendi ya da yakınlarının deneyimlerine dayanan bir fikre sahiptir ve hastalıkla ilgili bu geçmiş deneyimler mevcut hastalığa da cevabı etkiler. Geçmişteki deneyimler sağlık ve hastalık hakkında beklentilere, bazı inançların gelişmesine yol açar.

Bunların bazıları şunlardır;

- *Fiziksel hastalıklar zamanla sınırlıdır ve genellikle süreleri kısadır.
- *Rahatsızlıklar ilaç tedavisi ile hafifletilebilir.
- *Hastalıkların çoğu tıbbi bakımı gerektirmez.
- *Sağlık bakımı verenlere danışmak aşırı bir önlemdir.
- *Hekimler daima bozukluğu önleyebilir ve hastalığı iyileştirebilir.
- * Sağlıklı olmak kişinin herhangi bir özel çabasını gerektirmez.
- *Sağlığın kötü olması kişinin hatasıdır. (Stuart, 1991).

Hastalık hakkında bu inançlar hastayı ciddi ölçüde etkiler. Kendisinin yaşlı olduğunu düşünmeyen kişi için hastalık, beklenmedik bir durumdur. Bu, özellikle kronik hastalığa uyumu zorlaştırır. Geçmişteki hastalıklar orta düzeyde ve hızlı bir şekilde iyileşmişken, kişi uzun süre tedavi gerektiren kronik bir hastalıkla karşılaşarsa kendini engellenmiş hisseder. Bunun tam aksine, kişinin hastalıkla ilgili deneyimi “asla tamamıyla iyileşmez” olarak yaşanmışsa, minör bir hastalıkta bile anksiyete düzeyi artabilir. Çocukluk çağı hastalıkları sırasında aşırı şımartılan yetişkinler kolayca hastalığı kabul edebilirler ve bakım verenlere güvenirlere. Çocukluk çağında “hasta olmak zayıflıktır” diye mesaj alan kişiler hastalığı kabul etmekte zorlanırlar. Yanlış davranışları için enjeksiyon yapılmasıyla tehdit edilen veya çocukluk döneminde hastaneye yatmış kişiler hastaneleri ve hemşireleri tehdit olarak görebilirler. Bireyin önceki hastalık deneyimleri onun şu anki hastalığı ile baş etmesini etkiler. Hemşireler hastaların hastalıkla ilgili geçmiş deneyimlerini öğrenmelidirler (Birckhead 1989, Stuart 1991).

AIDS ve kanser gibi bazı hastalıklar stigmatize edilmektedir. Hastalar sıklıkla bunu “kirli”, “temiz değil”, “bulaşıcı” gibi kelimeleri kullanarak ifade ederler. Davranışlar (özellikle cinsel içerikli davranışlar), alışkanlıklar, içki, sigara ile bağlantı kurulan hastalıklarda stigma daha fazladır. Stigma var olduğunda, arzu edilmeyen, istenmeyen özellikler hastaya atfedilir. Bu atıf, kişinin gerçek davranışı ile ilgili olmasa da kişinin hak ettiği bir ceza olarak değerlendirilmesine yol açar. Bu stigma, hastayla ilişkili olan diğer kişileri de etkiler (Stuart, 1991).

Hastalığın aniden ya da yavaş başlaması, belirti süreci, oluş biçimi bireyin hastalığına tepkisini etkileyen önemli faktörlerdir. Fiziksel hastalığa psikolojik cevapla ilgili ilk stresör, hastalığın belirtilerinin tanınması veya hastalığın teşhisidir. Bu noktada kişi kendini hastalığı olan biri olarak tanımlar. Bazı zamanlar hastalık, hazırlanmaya fırsat vermeden ortaya çıkar ve kişi yaşam değişimleriyle baş etmede zorlanır. Bazen de kişi kendisini hastalığa hazırlayana kadar ortaya çıkan belirtileri görmezden gelir. Hastanın hastalık hakkında bilgisi tepkiyi etkileyen önemli bir faktördür. Bireyin hastalık hakkında bilgisinin yeterli olması baş etmesini kolaylaştıracağından, felaketçi algılamayı engelleyeceğinden dolayı hastalık hakkındaki tepkilerini de olumlu yönde etkileyecektir. Bilginin yetersiz olması ya da bilgi verilmemesi anksiyete düzeyinin artmasına neden olur, bu da hastanın tedaviye uyumunu güçleştirir, dolayısıyla iyileşmesini geciktirir (Birkhead, 1989).

Hastalığın anlamı, hastalık durumunun bilişsel görünümüdür. Ciddi bir hastalıkla karşılaşan kişi genellikle ona açıklama bulmaya çabalar. “Neden ben?”, “Niçin şimdi?”, “Bunun olması için ne yaptım?” gibi sorular sorar. Hastalar kişisel deneyimleri, bilgileri, değerleri, inançları ve gereksinimleri ışığında bunu açıklamaya çalışırlar (Browne ve ark. 1988, Lipowski 1981). Lipowski (1981) hastalığın anlamını 4 kategoride tanımlamıştır; meydan okuma-mücadele edilmesi gereken durum veya tehdit, kayıp, kazanç veya rahatlama, ceza.

Hastalık, meydan okuma-mücadele edilmesi gereken durum veya tehdit olarak algılandığında, değişimin normal ve uyarıcı olduğuna inanılır. Hastalıklar birçok kişi için bu anlama sahiptir ve bu durumda kişi hastalıkla aktif olarak uğraşır. Hastalığı meydan okuma olarak algılayan kişi ağrının, acının, bozukluğun etkisini ne inkâr eder, ne de abartır. Baş etme nispeten gerçekçi ve esnek olma eğilimindedir. Bozulan ya da kaybedilen işlevleri telafi etme çabalarından, konuyla ilgili obsesif bilgi aramadan ziyade amaçlı, fiziksel aktivitede değişiklik yapma, vakitlice öneri, tedavi ve işbirliği arayarak hastalığa uyumlu davranışlar gösterir. Böyle bir tutum ve anlam çoğunlukla arzu edilendir, bu nedenle teşvik edilmelidir. Hastalık tehdit olarak görüldüğünde ise, sıklıkla anksiyete, korku ve zaman zaman öfke duyguları açığa çıkar.

Birçok kişi hem somut ve sembolik olarak, hem de duygusal ve eylemsel olarak hastalığı kayıp biçiminde görür. Somut kayıplar bedenün işlevlerinin ve parçalarının kaybını içerir. Sembolik kayıplar ise, güvenlik, memnuniyet, benlik saygısı gibi önemli değerler ve gereksinimlerle ilgilidir. Kayba verilen duygusal tepki üzüntü, cesaretin kırılması, umutsuzluk, hipokondriazis, ilgide azalma, iş yaşantısında yetersizlik, memnuniyette azalma ve kaybedilen şey hakkında olumsuz düşüncelerle karakterize olan yastır.

Bazı hastalar için hastalık bilinçli veya bilinçsiz olarak ekonomik zorluklardan, kişiler arası güç durumlardan, sosyal rollerin sorumluluklarından ve isteklerden muaf olma, dinlenme anlamına gelebilmektedir. Bu kavram hastalıktan primer veya sekonder kazancı içerir. Böyle bir hasta iyi olma arzusuna itiraz edebilir, yardım çabalarını geri çevirebilir. Bu durumda tedaviye uyumsuzluk yaygındır ve genellikle kişinin hasta rolüne sınıksız sarıldığı gözlenir, konversiyon belirtileri de açığa çıkabilir. Bu hastalar karşısında sağlık elemanları kendilerini çaresiz, etkisiz hisseder ve çelişkili duygular yaşayabilirler. Düşmanca ilişkiler, çatışmalar ortaya çıkabilir.

Hasta hastalığı hak ettiği ya da etmediği bir ceza olarak algılayabilir. Bu durumda sıklıkla depresyon, öfke veya utanç biçiminde duygusal tepkiler ortaya çıkar. Burada en önemli sorun suçluluk duygusunun varlığı ve derecesidir. Eğer hasta hastalığı gerçekten günah işlemenin cezası olarak algırsa genellikle pasif konumda olur, iyileşme girişiminde bulunmayabilir. Tam aksine hastalığı hak edilmemiş bir ceza olarak görürse, öfke ve kin içeren, kavgacı, şüpheli davranışlar sergileyebilir.

Klinik uygulamada bu anlamlardan birini hastanın niçin geliştirdiğini daha iyi anlamak gereklidir. Neden olan faktörler kişisel (kişilik, geçmiş deneyimler, ruhsal durum), kişilerarası (aile üyelerinin desteği, tedavi ekibiyle ilişki), hastalıkla ilgili faktörler, sosyokültürel ve ekonomik olarak sınıflandırılabilir. Hastanın hastalığa duygusal tepkisi onun hastalığa yüklediği anlama bağlı olduğu gibi duygusal tepki biçimi de yüklenen anlamı etkiler. Bazı hastalar duygusal güçlükleri azaltmak için etkisiz başa çıkma yöntemlerini kullanabilirler. Sonuçta bu, hastalığın süresini ve sonucunu etkiler (Lipowski 1981).

Hastalık başlangıcı, kişiden kişiye değişen bir dizi sorunu da beraberinde getirir. Son yıllarda sağlık alanında çalışan psikologlar hastaların bu sorunları anlamlandırmak ve onlarla baş etmek için kendi hastalık temsili modellerini geliştirdiklerini göstermişlerdir. Bu alanda en etkili olan modellerden biri hastaların zihinlerinde yer alan hastalık temsillerinin değişik bölümlerden oluştuğunu ileri süren Leventhal ve arkadaşlarının (1980) “hastalık temsili” modelidir. Leventhal’e göre hastaların modelleri baş etmeyi belirleyen çeşitli faktörlere dayanmaktadır. (Leventhal, Nerenz ve Steele, 1984; Leventhal ve Diefenbach. 1992). Bu model her hastanın, hastalığının kimliği, süresi ve sonuçları ile kendi düşüncesi olduğunu ileri sürer. Lau ve arkadaşları (1989) hastaların yarattıkları zihinsel modellerinin tedavi ve durumun kontrol edilebilirliği ile ilgili inançları da içerdiğini göstermişlerdir.

Hastalık algısı yaklaşımına göre kişinin hastalık deneyimi merkezi önem taşır ve en fazla önem hastanın durumu ile ilgili kendi oluşturduğu modele verilir. Kişilerin dış dünyadaki olayları açıklamak ve öngörmek için oluşturdukları zihinsel temsiller gibi, hastalarda geçici ya da daha uzun süreli hastalığın belirtileri ile ilgili bilişsel modeller geliştirirler. Hastalık algısı modeline göre kişiler hastalıkla ilgili bilgiyi beş alanda değerlendirir; kimlik, süre, neden, ciddi sonuçlar ve tedavi edilebilirlik/kontrol edilebilirlik. Genel olarak, bu alanların üçü (kimlik, süre ve neden) hastalıkla ilgili olasılık tahmini için kullanılır. Geri kalan iki alan (sonuçlar ve tedavi-kontrol edilebilirlik) ciddiyet tahmini için temel oluşturur.

Kişinin kendini algılaması ve yaşama bakışı da hastalığa tepkisini etkiler. Genellikle yaşamını kontrol edebilen ve yeterli hisseden, olumlu bakış açısına sahip, iyimser olan kişi, denetiminin olmadığını düşünen ve kötümser olan kişiye göre hastalığa ve sonuçlarına daha olumlu yaklaşabilir. Eğer etkili baş etme becerileri gelişmiş ise hastalığın taleplerine daha hızlı uyum sağlayabilir. Siegel (1997), kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada yaşam ve iyileşme için olumlu ve iyimser tutumun önemli olduğunun farkına varmıştır.

Fiziksel hastalığı olan kişilerde hastalık algısının, hastalığın seyri, sonlanımı, tedaviye uyumu, yaşam kalitesi üzerinde etkileri ile ilgili ilk çalışmalar, Leventhal ve Contrada'nın, (1998) fiziksel hastalığı olan kişilerde başa çıkma tepkilerinin ve duygusal, fonksiyonel sonlanım üzerinde geliştirdikleri kendini ayarlama kuramına dayandırılmıştır. Leventhal'in yaptığı çalışmalar lenfoma için hastaların kemoterapi sonrası tümör boyutunun küçülmesi ile ilgili duygusal tepkilerinin kendi hastalık modelleri ile yakından bağlantısı olduğunu göstermiştir. (Leventhal 1992). Leventhal bu bulgular sonucunda hastaların kendi baş etme mekanizmalarını geliştirdikleri bir hastalık temsili modeli oluşturduklarını ileri sürmüştür. Hastalık algısının baş etme, tıbbi tedavi kullanımı ve tedavi etkilerini değerlendirme ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Hastalık algısı ve hastalığın sonucu arasındaki ilişki üzerine yapılan araştırmalara göre, hastalığın gidişinin iyi olmasının yüksek içsel kontrol algısı ile ilintili olduğu bulunmuştur (Scharloo, 1997). Bu sonuçlar fiziksel hastalık yaşayan kişilerin optimum tedavisi için hastalığa atfettikleri anlamı öğrenmenin önemini ortaya koymaktadır.

Kendini ayarlama kuramı

Kendini ayarlama kuramına göre kişiler kendilerine somut ve soyut kaynaklardan sunulan bilgilerin ışığında zihinlerinde hastalık ve yaşamı tehdit eden durumlarla ilgili şematik temsiller oluştururlar (Leventhal ve ark., 1980). Kendini ayarlama modeline göre içsel uyaranlar (belirtilerin nasıl yaşandığı) ve dış uyaranlar (risk bilgisi, bir yakının hastalanmasına şahit olmak) bilişsel ve duygusal tepkileri tetikleyebilir. Bu temsillere dayanarak kişiler algıladıkları tehditle baş etmek üzere belirli bir plan oluştururlar. Belirli bir baş etme stratejisinin başarısı değerlendirilir ve değiştirilebilir. Genel pratisyenler, hemşireler ve cerrahlar gibi sağlık çalışanlarının yanı sıra sosyal ortamlardan, medyadan ya da kişilerin şahsi deneyimlerinden elde edilen bilgiler bu temsillerin oluşmasında rol oynar (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984). Model, kişinin hastalık ve yetmezlik durumlarından korunmak için yaptığı davranışın nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini açıklar. Rosenstock'a göre model, kişinin inanç ve davranışları arasındaki ilişkiyi ve bireysel karar verme düzeyinde sağlık davranışlarına bireysel motivasyonun etkisini açıklar. Aynı zamanda, model kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini ve özellikle sağlık davranışlarının sergilenmesinde etkili olan durumları tanımlamaktadır (Mikhail, 1994).

Bu açıdan kendini ayarlama kuramı kanser hastalarının tepkilerini anlama konusunda oldukça uygun bir çerçeve sağlamaktadır. Kendini ayarlama kuramı ve hastalık algısı üzerine yapılan çalışmalarda hastalığa karşı verilen bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiler ve hastalık algısı arasındaki ilişki birçok kez gösterilmiştir. Örneğin; hastalık algısının kronik yorgunluk hastalarında psikososyal iyilik halinin belirleyicisi olduğu (Heijmans ve De Ridder, 1998); diyabet ve osteoartrit hastalarında kendini idareyi etkilediği (Hampson, Glasgow ve Zeiss, 1994); astım ve hemofili hastalarında ilaca uyumun belirleyicisi olduğu (Jessop ve Rutter, 2003) ve myokard enfarktüs hastalarında daha sonraki yaşam kalitesinin belirleyicisi olduğu (Petrie ve ark., 1996) bulunmuştur.

Meme kanseri ile ilişkili olarak, Taylor ve ark. (1984) hastalık algısının, objektif hastalık şiddetine oranla tedaviye verilen psikososyal tepkiyi daha fazla belirlediğini bulmuştur. Aynı çalışmada, meme kanseri ile ilgili nedensel algılar aynı zamanda hastanın hastalığa uyumu ile ilişkili bulunmuştur (Taylor, Lichtman ve Wood, 1984).

Geniş kapsamlı yarı yapılandırılmış soru formları, açık uçlu sorulardan oluşan görüşmeler ve faktör analiz çalışmaları hastalık temsillerinin çok boyutlu olduğunu ve değişik hastalıklarda gözlendiğini ortaya koymuştur (örneğin; Turk ve ark.1986;). Bu alanda yapılan faktör analizi çalışmalarına dayanarak Implicit Models of Illness Questionnaire (IMIQ; Turk ve ark, 1986) ve Illness Perception Questionnaire (Weinman ve ark, 1996) gibi hastalık temsillerini ölçen ölçekler geliştirilmiştir.

Bu ölçekler hastalık temsillerini birbirleriyle ilişkili fakat kavramsal ve deneye dayalı olarak farklı beş faktörde ölçmektedirler. Bu faktörler: **kimlik, süre, neden, ciddi sonuçlar ve tedavi edilebilirlik/kontrol edilebilirlik**dir. Hastalığın türüne göre içeriğin düzeyi ve seviyesi değişebilir olmasına rağmen bu boyutların tüm hastalıklarda hastalık temsili oluşumunda önemli olduğu düşünülmüştür. (Heijmans & De Ridder, 1998). Kimlik boyutu hastalığın tanımını ve hastalıkla alakalı olarak algılanan belirtileri içerir. Süre; kişinin hastalığın göreceli kroniklik algısını içerir.

KANSER HASTALARINDA HASTALIK ALGISI

Kanser deneyiminin nasıl tanımlandığı ve anlaşıldığı (hastalık algısı), hem ortaya çıkan psikopatoloji hem de hastalık ve tedaviye uyumda büyük rol oynamaktadır. Bu alanda çalışan teorisyenler (Lazarus, 1984; Leventhal, 1980) tehdide karşı verilen tepkiyi bilişsel süreçlerin etkilediğini öne sürmüşlerdir. Kişinin psikolojik yapısı ve yaşanan olayın bilişsel özellikleri, tehdidin derecesi ve kişisel başa çıkma kaynakları ile ilgili varılan sonuçları etkilemektedir. Yaşamda, her olayda olduğu gibi, kişiler hastalığı anlamlandırmaya ve nedeni, gidişi, tedavi etkisi ve sonlanımı ile ilgili anlaşılır kuramlar öne sürmeye eğilimlidirler.

Leventhal hastalığa uyumda 4 önemli faktör belirlemiştir:

1. Hastalığın bilişsel modeli
2. Hastalığa ve tedaviye verilen duygusal tepki
3. Hastalık algısının belirlediği başa çıkma tepkisi
4. Kişinin kendi başa çıkma kaynakları ile ilgili algısı.

Denetleyebilme veya kontrol edebilme, kişinin, durumun sonucunu etkileyebilme yeteneğinin olduğuna inanmasıdır. Benlik saygısının yüksek olması, yaşamda bir amacın olması, anksiyetenin düşük düzeyde olması yaşam üzerinde kontrol duygusunun yüksek olmasıyla ilişkilidir. Hastalık tehdit olarak algılandığında, belirsizlik ve çaresizlik hisleri arttığında kontrol edebilme duygusu daha önemli hale gelir. İç kontrol duygusuna sahip olan kişiler, fiziksel ve ruhsal sağlığı etkileyen risk faktörlerini minimize etmede ve yaşamlarını yönetmede kişisel sorumlulukları olduklarına inanırlar, tedavi sürecine aktif katılır ve etkin baş etme yollarını kullanabilirler, hastalığın yaşamı tehdit etmesi ile daha iyi baş edebilirler (Stuart, 1991).

HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİNİN GELİŞİMİ:

İlk olarak 1996 yılında Weinman ve arkadaşları tarafından geliştirilen Hastalık Algısı Ölçeği bilimsel olarak Leventhal'in hastalık temsili kuramına dayanmıştır. Hastalık Algısı Ölçeği hastalık temsilinin beş alanı olan; **kimlik, süre, neden, ciddi sonuçlar ve tedavi edilebilirlik/kontrol edilebilirlik alanlarının** kantitatif ölçümünü gerçekleştirmek üzere geliştirilmiştir. Ölçek yapı olarak 3 bölümden oluşmaktadır; algı, belirtiler(kimlik) ve nedenler.

Kanser, HIV, kalp hastalıkları, diyabet, astım gibi birçok hastalık için kullanılan ölçek, 2002 yılında gözden geçirilmiş ve eklemeler yapılmıştır. Hastalık Algısı Ölçeğinin orijinali dışında (İngilizce); Almanca, İspanyolca, Yunanca, İtalyanca, Portekizce, Sri Lankaca ve Norveççe sürümleri bulunmaktadır. Ayrıca, ölçeğin kısa şekli geliştirilmiş ve esas ölçek birçok farklı fiziksel hastalığa yönelik olarak kullanılıp değiştirilmiştir. Bunlar; diyabet, hipertansiyon, kronik yorgunluk sendromu ve AIDS'dir.

Bu çalışma Hastalık Algısı Ölçeğini dilimize kazandırarak, klinik ve araştırma amaçlı kullanımını sağlamayı amaçlamaktadır. Hastalık Algısı Ölçeğinin kullanımı hastalığa, özellikle kansere atfedilen anlamları anlamak, hastalığın yarattığı psikolojik bozuklukların tedavisinde bireysel ve kültürel olarak daha etkin olabilmek açısından çok önemlidir. Kanser hastalarında psikiyatrik sorunlarda kullanılan bilişsel tedavinin etkinliğini arttıracak bu veriler klinisyenin hastayı daha iyi anlamasına ve daha fazla yardım etmesine yol açacak dolayısıyla hastanın hastalığa uyumu artacaktır.

HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİNİN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Hastalık Algısı Ölçeğinin gözden geçirilme çalışması kendini ayarlama kuramı ile ilgili kavramlardaki gelişmeyi ve bu kavramların ölçümünü amaçlamıştır. Orijinal ölçeğin başarısını takiben, Moss-Morris ve ark. (2002) HAÖ'nin içerdiği boyutlarda yenileme gerektiren önemli alanları belirlemiştir. Kimlik bölümünün hastaların hastalıklarına verdikleri anlamları açıkça temsil etmediği belirlenmiştir. Süre boyutu hastalığın göreceli kroniklik derecesi ile ilgili inançlar ve belirtilerin değişkenliği ile ilgili inançlar olarak iki bölüme ayrılmıştır. Yeni ölçekte süre boyutu süre-akut/kronik ve süre-döngüsel olarak adlandırılmıştır.

HAÖ'nin yenilemesinde en önemli noktalardan biri yenilenen ölçeğe duygusal temsillerin ölçümünün eklenmesidir. Leventhal ve ark. (1984) kişilerin sağlıkla ilgili tehditlerde paralel bilişsel ve duygusal temsiller oluşturduklarını öne sürmüşlerdir, ölçeğin orijinal haline duygusal boyut dâhil edilmemiştir. Duygusal temsillerin duyguyla ilgili baş etme yöntemleri ve sonuçları ile ilgili olduğu ileri sürülmüştür. (Hagger ve Orbell, 2004). Hastalık Algısı Ölçeğinin yeni şekline 6 maddelik bir duygusal temsil ölçeği eklenmiştir. Son olarak yenilenen ölçek hastalık üzerindeki kişisel kontrol ve tedavi kontrolünün ayırımını da yapmaktadır. Ölçeğin yapısı orijinali ile aynı kalmış ve daha kapsamlı ve anlaşılır bir dil kullanılmıştır.

Moss-Morris ve ark. (2002) ölçeğin güvenilirliği ve geçerliğini ile ilgili birçok akut ve kronik durumda test etmişlerdir. Yapılan faktör analizi ile yeni eklenen boyutların ve diğer boyutların (zamansallık-akut/kronik, zamansallık-döngüsel, ciddi sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalık tutarlılığı ve duygusal temsiller) yapı geçerliğini desteklemiştir.

KLİNİK ARAŞTIRMALARDA ÖLÇEKLERİN ÖNEMİ:

Ölçekler klinik araştırmaların önemli bir bileşenidir. Klinik ve epidemiyolojik araştırmalarda kullanılan testlerin geçerli ve güvenilir olması zorunludur. Bu iki özellik kullanılan testlerin değişik araştırmacılarca uygulandığında çalışma sonuçlarının daha sağlıklı kıyaslanabilmesine olanak sağlamaktadır. Araştırmalarda kullanılan ölçeklerin standardizasyonu çalışmalar arasında kıyaslanabilirliği artırmaktadır. Standardizasyon yaygın olarak kullanılan bir ölçeğin farklı araştırmacılarca aynı şekilde uygulanabilmesini sağlar.(Şahin,1994)

Bir değerlendirme aracının kullanılabilmesi için mutlaka bulunması gereken bir özelliği güvenilirliktir. Güvenilirlik ile ölçeğin değişken hatasının üstesinden gelinir. Güvenilirlik deneklerden birinden diğerine ayırımın tutarlı ölçümüdür ve değerlendirme aracının üretkenliğini ve sürekliliğini gösterir. Güvenilir bir ölçek aynı yöntemle her araştırmacı tarafından, hastada değişiklik olmadığı sürece farklı zamanlarda aynı sonucu vermelidir. Bir testin ölçmek istediği özelliği ne kadar iyi ve doğru ölçtüğünü gösterir. Bir ölçek bazı durumlarda güvenilir iken diğer durumlarda güvenilir olmayabilir. Bu çerçevede bir ölçeğin güvenilirliği, bir ölçümün belli bir dizi koşulda yinelenebilir olmasıdır (Savaşır,1994)

Bir değerlendirme aracının kullanılabilmesi için mutlaka bulunması gereken bir özelliği güvenilirliktir. Güvenilirlik ile ölçeğin değişken hatasının üstesinden gelinir. Güvenilirlik deneklerden birinden diğerine ayırımın tutarlı ölçümüdür ve değerlendirme aracının üretkenliğini ve sürekliliğini gösterir. Güvenilir bir ölçek aynı yöntemle her araştırmacı tarafından, hastada değişiklik olmadığı sürece farklı zamanlarda aynı sonucu vermelidir. Bir testin ölçmek istediği özelliği ne kadar iyi ve doğru ölçtüğünü gösterir. Bir ölçek bazı durumlarda güvenilir iken diğer durumlarda güvenilir olmayabilir. Bu çerçevede bir ölçeğin güvenilirliği, bir ölçümün belli bir dizi koşulda yinelenebilir olmasıdır (Şahin, 1994).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Dil Geçerliği (Çeviri aşaması):

Çalışmaya başlamadan önce, ölçeğin orijinali ve yenilenmesinde görev alan yazarlardan yetki ve izin alındı. Sağlıkla ilgili ölçeklerin dil ve kültürel adaptasyonuna yönelik uluslararası metodolojik tavsiyeler uyarınca (Herdman ve ark,1998), ilk aşamada ölçeğin Türkçeye kazandırılması için çeviri eşdeğerliliği çalışması yapıldı. Dil geçerliği çalışmasında ölçekteki maddelere denk olan Türkçedeki karşılıklarına ulaşılması hedeflenmiştir. Hastalık Algısı Ölçeği İngilizce eğitim görmüş bir klinik psikolog ve bir psikiyatrist tarafından ayrı ayrı İngilizceden Türkçeye çevrilmiş ve çeviriler karşılaştırılıp tartışılarak her maddeyi en iyi temsil eden karşılıkları ile Türkçe metin elde edildi. Daha sonra bu metin bir psikiyatri uzmanı ve bir İngilizce dil bilimci tarafından yeniden İngilizceye çevrildi. İstanbul Üniversitesi, Konsültasyon Liyezon Polikliniğine başvuran bir grup hasta üzerinde ölçekle ilgili yapılan pilot çalışmada ölçeğin dil yapısı ve anlaşılabilirliği araştırıldı. Pilot çalışmasında ölçeğin hastalar tarafından açıkça anlaşılığı ve doldurulabildiği gözlendi. Daha sonra, pilot çalışmasından elde edilen bilgiler başta çeviriyi yapan kişiler tarafından değerlendirilerek uygulama öncesi son hali oluşturuldu. Çeviri çalışması, ölçeğin Türkçe uyarlaması ve İngilizce orijinali arasında eşdeğerliliğin olduğunun saptanması ile son buldu.

Uygulama aşaması:

Bu çalışma İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Onkoloji Enstitüsünde, Ocak-Mayıs 2005 tarihleri arasında, yatarak ve ayaktan tedavi gören 203 kanser hastası ile yapıldı. Çevirinin son hali İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsünde tedavi görmekte olan 203 kanser hastasına, öncelikle çalışma hakkında bildirilip izinleri alınarak uygulandı. Bazı hastaların tıbbi durumu nedeniyle ölçek görüşmeci tarafından uygulanmıştır. Daha sonra, hastalar arasından ulaşılabilen 80 hastaya ölçek test tekrar test güvenilirliği değerlendirilmesi için ilk uygulamadan 3 hafta sonra ikinci defa uygulandı.

İstatistiksel değerlendirme:

Verilerin değerlendirilmesi sırasında SPSS 14,0 sürümü kullanılmıştır. Güvenilirlik, bir ölçme aracının, neyi ölçüyorsa bunu hep aynı şekilde ölçmesini belirtir. Güvenirlik analizleri için; test-tekrar test kıyaslamaları, içsel tutarlılık işlemleri uygulanmıştır. Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi planladığı özellikleri gerçekten ölçüyor olması anlamına gelir. Geçerlik analizleri için ise; tahminsel geçerlik, içerik geçerliği, örtüşürücü geçerlik, faktör analizi ve madde analizi yapılmıştır.

Çalışmanın Deseni:

Hastalara ölçek ve çalışmanın amacı hakkında kısa bir bilgi verildikten sonra çalışmaya gönüllü olarak katılmayı isteyip istemedikleri sorulmuştur. Çalışmaya katılması teklif edilen hastalardan sadece ikisi katılmak istemediğini bildirmiştir ve çalışma 203 hasta ile tamamlanmıştır. Çalışmaya katılan 203 hastaya hastalık algısı ölçeği ile beraber, uygulamacı tarafından hazırlanan bir demografik bilgi formu ve Beck Depresyon Ölçeği de uygulanmıştır. Hazırlanan demografik bilgi formu içerisinde hastanın yaşı, cinsiyeti, mesleği, eğitim durumu, medeni durumu ve ulaşım bilgileri sorulmuştur.

Araçlar:

Çalışmada, Hastalık Algısı Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği kullanılmıştır.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Beck (1961) tarafından geliştirilen BDÖ, depresyonla ilgili olarak duygusal, bilişsel ve motivasyonel boyutlarda gözlenen negatif özellik taşıyan belirtilerin şiddetini ölçmeyi amaçlayan, 21 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Her bir madde, depresyona özgü bir davranışsal örüntüyü ifade eden azdan çoğa doğru derecelendirilmiş cümlelerden oluşmaktadır. Ölçekten alınan en düşük puan 0, en yüksek puan ise 63'tür. Ölçeğin bu araştırmada kullanılan biçimi ile Türkçe'ye uyarlanması ve güvenirlik çalışmaları Hisli (1989) tarafından yapılmıştır

Hastalık Algısı Ölçeği:

Hastalık Algısı Ölçeği 1996 yılında Weinman tarafından geliştirilmiş ve 2002 yılında Moss Morris ve arkadaşları tarafından gözden geçirilmiştir. Bu çalışmada Hastalık Algısı ölçeğinin gözden geçirilmiş versiyonu kullanılmıştır. Hastalık Algısı Ölçeği yapı olarak belirtiler (kimlik boyutu) , algı ve nedenler olarak üç bölümden oluşur. Algı bölümü, 5'li Likert tip ölçüm kullanan (Kesinlikle böyle düşünmüyorum-kesinlikle böyle düşünüyorum), 38 sorudan oluşmakta ve yedi alt ölçek içermektedir. Bunlar; süre (akut/kronik), süre (döngüsel), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalık tutarlılığı ve duygusal temsiller olarak isimlendirilmiştir. Kimlik boyutu evet/hayır cevaplarını arayan şekilde düzenlenmiştir. Nedenler bölümü 5'li Likert tip ölçüm kullanan (Kesinlikle böyle düşünmüyorum-kesinlikle böyle düşünüyorum) 18 soru içermektedir. Ölçeğin sonunda kalitatif değerlendirmeye imkan vermek üzere kişinin hastalığının en önemli nedeni olarak gördüğü faktörleri yazması istenmiştir.

Demografik bilgi formunda hastanın adı,soyadı,adres, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu sorulmuştur.

İstatistiksel Çözümleme

Bir ölçeğin homojenliği ölçekteki soruların istatistiksel uyumuna verilen isimdir ve Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilir. Bu katsayı bir ölçekteki soruların sayısına ve onların arasındaki ortalama korelasyonuna dayanır; bu soruların ortak bir noktayı ölçme derecesini yansıtır. Cronbach alfası 0 ile 1 arasında değişen değerlere sahip bir korelasyon katsayısıdır. >0.8 değerleri “iyi”, >0.9 değerleri “mükemmel” olarak kabul edilir (Şahin, 1994). Güvenilirlik analizinde ölçeğin iç tutarlılığının ortaya konması amacıyla Cronbach alfa katsayısı hesaplanmış ve madde-toplam puan korelasyonlarına bakıldı. Bir diğer güvenilirlik analizi olarak test-yeniden test güvenilirliğine bakılmış ve ilk ölçümle üç hafta sonra yapılan ölçüm arasındaki korelasyon hesaplandı.

4. BULGULAR

Sosyodemografik özellikler:

Çalışma grubu toplam 203 katılımcıdan oluşmaktadır. Katılımcıların % 61,1'i kadın, % 38,9'u erkektir. Grubun yaş ortalaması 47,3'tür. Sadece okuryazar olma oranı %11,8, ilkokul mezunu oranı %36, ortaokul mezunu oranı %8,4, lise mezunu oranı % 20,7 ve yüksekokul ve daha üzeri mezunu oranı % 23,7'dir. Katılımcıların %71,9'u evli, % 20,2'si bekâr, %6,9'u dul ve %1'i boşanmıştır. Katılımcıların %18,3'ü çalışmakta, %71,8'i ise çalışmamaktadır. Örneklem grubunun demografik özellikleri Tablo-1'de verilmiştir.

Tekrar test grubunu oluşturan 80 katılımcının; % 53,8'i kadın, % 46,3'ü erkektir. Grubun yaş ortalaması 50.57'dir. Sadece okuryazar olma oranı %10, ilkokul mezunu oranı % 31,3, ortaokul mezunu oranı % 8,8, lise mezunu oranı % 17,5 ve yüksekokul ve daha üzeri mezunu oranı % 13,8'dir. Katılımcıların %73,8'i evli, % 8,8'i bekar, % 3,8'i dul ve % 2,5'i boşanmıştır. Katılımcıların %16,3'ü çalışmakta, %73,8'i ise çalışmamaktadır. Tekrar test grubunun demografik özellikleri Tablo-2'de verilmiştir.

Tablo-1 Çalışma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri (n=203)

Sosyodemografik Özellikler	N	%
Cinsiyet:		
Kadın	124	61,1
Erkek	79	38,9
Eğitim düzeyi:		
Okuryazar	24	11,8
İlkokul	73	36
O.okul	17	8,4
Lise	42	20,7
Üniversite ve üstü	47	23,7
Çalışma durumu:		
Çalışıyor	51	18,3
Çalışmıyor	138	71,7
Evli	146	71,9
Bekar	41	20,2
Dul	14	6,9
Boşanmış	2	1

Tablo-2 Test-tekrar Grubunun Sosyodemografik Özellikleri (n=80)

Sosyodemografik Özellikler	N	%
Cinsiyet:		
Kadın	43	53.8
Erkek	37	46.3
	8	10
Eğitim düzeyi:		
Okuryazar	25	31.3
İlkokul	7	8.8
O.okul	14	17.5
Lise	11	13.8
Üniversite ve üstü	13	16.3
Çalışma durumu:		
Çalışıyor	59	73.8
Çalışmıyor	73.8	13.8
Evli	59	73,8
Bekar	7	8,8
Dul	3	3,8
Boşanmış	2	2.5

Ölçek ve Alt Ölçek Ortalamaları

Hastalık Algısı Ölçeğinin, alt ölçeklerinin ve Beck Depresyon Ölçeğinin ortalamaları hesaplanmıştır. Tablo-3’de ölçekler ve alt ölçeklerden elde edilen ortalamalar verilmiştir. Tablo 4’de tekrar test grubunun ortalamaları yer almaktadır.

Tablo 3. Çalışma Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Ortalamaları

Ölçek ve alt ölçekler	N	Ortalama	SS
Süre (akut/kronik)	203	16,3901	5,612
Süre (döngüsel)	203	12,555	3,63709
Sonuçlar	203	19,5542	4,48694
Kişisel kontrol	203	22,1419	4,51843
Tedavi kontrolü	203	19,7586	3,40622
Hastalık tutarlılığı	201	17,3839	4,36849
Duygusal temsiller	203	17,8079	5,15286
Beck depr. Puanı	180	11,2519	8,08049
Neden toplam puan	185	44,2054	9,71669
Kimlik-A	201	6,2338	3,00667
Kimlik-B	203	5,0394	3,3298

Tablo 4- Test-tekrar test Grubunun Ölçek ve Alt Ölçek Ortalamaları

	n	Ortalama	SS
Süre (akut/kronik)	80	16,27	5,84336
Süre (döngüsel)	80	12,3	3,81853
Sonuçlar	80	19,8875	4,31363
Kişisel kontrol	80	23,1875	3,93972
Tedavi kontrolü	80	20,15	2,8244
Hastalık tutarlılığı	80	17,9792	4,19039
Duygusal temsiller	80	17,125	5,42235
Beck depr. puanı	74	13,4529	7,28024
Neden	80	42,275	9,50679
Kimlik-A	80	6,5375	2,56038
Kimlik-B	80	5,5125	2,89038

Bulunan ortalamaların birbirlerinin hemen hemen aynı değerlerde olmaları hem geçerlik, hem de güvenilirlik açısından çalışmanın doğruluğunu desteklemektedir. Aynı şekilde nedenler alt ölçeğinde de iki veri grubunun bulguları birbirine oldukça yakındır. Çalışma grubunun ve test tekrar test grubunun neden bölümü ortalamaları Tablo-5 ve Tablo-6'da verilmiştir

Tablo 5- Çalışma Grubu Nedenler Ortalamaları

Nedenler	N	Ortalama	SS
Stres ya da endişe	203	3,5	1,4
Kalıtısal (irisi)	203	2,5	1,5
Bir mikrop ya da virüs	202	2,3	1,2
Diyet-yemek alışkanlıkları	203	2,5	1,4
Şans ya da kötü talih	203	2,8	1,4
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım	203	2,2	1,3
Çevre kirliliği	203	3,0	1,4
Kendi davranışım	201	2,7	1,4
Benim tutumum	203	2,5	1,4
Aile problemleri	202	2,4	1,4
Aşırı çalışma	203	2,6	1,4
Duygusal durumum	203	2,7	1,4
Yaşlanma	199	1,9	1,1
Alkol	203	1,4	0,9
Sigara içme	203	2,2	1,5
Kaza ya da yaralanma	202	1,5	0,9
Kişilik özelliklerim	202	2,7	1,3
Vücut direncimin azalması	195	2,9	1,3
Neden toplam puan	185	44,1	9,5

Tablo 6- Test-tekrar test Grubu Neden Ortalamaları

Nedenler	N	Ortalama	SS
Stres ya da endişe	80	3,65	1,41
Kalıtısal (irisi)	80	2,48	1,48
Bir mikrop ya da virüs	80	2,15	1,25
Diyet-yemek alışkanlıkları	80	2,61	1,37
Şans ya da kötü talih	80	2,76	1,36
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım	80	1,81	1,01
Çevre kirliliği	80	3,15	1,40
Kendi davranışım	80	2,46	1,34
Benim tutumum	80	2,15	1,13
Aile problemleri	80	2,25	1,26
Aşırı çalışma	80	2,35	1,26
Duygusal durumum	80	2,26	1,23
Yaslanma	80	1,84	1,16
Alkol	80	1,58	1,10
Sigara içme	80	2,31	1,57
Kaza ya da yaralanma	80	1,34	0,67
Kişilik özelliklerim	80	2,29	1,23
Vücut direncimin azalması	80	2,89	1,30
Neden toplam puan	80	42,33	9,48

Çalışma grubu ve test-tekrar test grubu neden ortalamalarının gösterdiği paralellikte iki farklı zaman dilimindeki bulguların stabilitesini göstermekte ve ölçeğin geçerliği ve güvenilirliği ile ilgili kanıt sağlamaktadır.

GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ

Çalışma grubunda HAÖ'nin tüm alt testlerinin içsel geçerliği iyi düzeyde bulunmuştur. Alt ölçeklerin Cronbach alfa değerleri 0.665 ile 0.859 arasında değişmektedir. HAÖ'nin alt ölçeklerinin Cronbach alfa değerleri Tablo-7'de verilmiştir. Zaman (döngüsel) boyutunda yer alan "Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemez)", "Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor" ve "Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum" maddeleri diğer sorularla örtüşen ve ters sorular olduğu için içsel geçerliği düşürmüş ve çıkartılmıştır

Test-tekrar test grubunda ise HAÖ'nin tüm alt testlerin içsel geçerliği iyi düzeyde bulunmuştur. Cronbach Alfa değerleri 0.651–0.935 olarak bulunmuştur. Değerler Tablo-7'de verilmiştir.

Tablo-7 Çalışma Grubu Ve Test-Tekrar Test Grubu Cronbach Alfa Değerleri

Alt-testler	Çalışma grubu	Test-tekrar test grubu
Süre (akut/kronik)	0,859	0.935
Süre (döngüsel)	0,665	0,772
Sonuçlar	0,604	0,651
Kişisel kontrol	0.806	0,856
Tedavi kontrolü	0,728	0,768
Hastalık tutarlılığı	0,671	0.728
Duygusal temsiller	0,688	0.835

Cronbach alfa değerleri HAÖ'nin Türkçe versiyonun yüksek geçerliği olduğunu gösterirken, bir diğer bulgu ise her iki grup arasındaki alt ölçek değerlerindeki paralellik olmuştur. Bu bulgu ölçeğin güvenilirliğini desteklemektedir.

Algı alt grubunun iç uyum ve güvenilirlik analizleri Tablo-8 'da ayrıca gösterilmiştir Maddelerin toplam puanla arasındaki korrelasyon .20 ile .85 arasında bulunmuştur. Elde edilen madde toplam puan korrelasyonları ölçeğin güvenilirliğini desteklemektedir.

Tablo-8- Algı Soruları Madde Toplam İstatistikleri

	Düzeltilmiş madde toplam korrelasyonu	Çoklu korrelasyon karesi	Madde silindiğinde CronbachAlfa
MADDE 1	0,642	0,545	0,837
MADDE 2	0,68	0,55	0,839
MADDE 3	0,757	0,706	0,815
MADDE 4	0,764	0,734	0,814
MADDE 5	0,568	0,452	0,851
MADDE 6	0,428	0,21	0,523
MADDE 7	0,444	0,474	0,514
MADDE 8	0,238	0,446	0,678
MADDE 9	0,221	0,171	0,606
MADDE 10	0,289	0,167	0,58
MADDE 11	0,419	0,227	0,525
MADDE12	0,519	0,311	0,785
MADDE13	0,716	0,518	0,741
MADDE14	0,559	0,366	0,777
MADDE15	0,581	0,358	0,771
MADDE16	0,605	0,383	0,766
MADDE18	0,494	0,322	0,861
MADDE 17	0,408	0,228	0,807
MADDE19	0,502	0,309	0,679
MADDE20	0,478	0,363	0,686
MADDE21	0,511	0,415	0,679
MADDE22	0,534	0,329	0,666
MADDE23	0,449	0,312	0,701
MADDE24	-0,023	0,064	0,369
MADDE25	0,39	0,317	0,209
MADDE26	0,309	0,212	0,166
MADDE27	0,341	0,228	0,257
MADDE28	0,027	0,048	0,565
MADDE29	0,359	0,208	0,393
MADDE30	0,487	0,268	0,277
MADDE31	0,047	0,021	0,665
MADDE32	0,396	0,238	0,366
MADDE33	0,659	0,672	0,569
MADDE34	0,612	0,631	0,587
MADDE35	0,34	0,173	0,672
MADDE36	0,106	0,044	0,732
MADDE37	0,384	0,169	0,679
MADDE 38	0,509	0,299	0,622

Test-tekrar test güvenilirliği

Çalışma grubunda yer alan 80 hasta ile HAÖ'nin test-tekrar test güvenilirliğinin 3 haftalık zaman diliminde değerlendirilmiştir. Ölçeğin alt ölçeklerinin stabilitesi oldukça iyi düzeyde bulunmuştur, korrelasyon katsayıları .49 ile .78 arasında değişmektedir (Tablo-9). En düşük anlamlılık düzeyi kişisel kontrol alt-testinde olmuş fakat yine de .5'in üzerinde anlamlılık göstermiştir

Tablo-9- İki farklı zaman dilimindeki HAÖ alt ölçek puan korrelasyonları

Kimlik	.78 (***)
Süre (akut/kronik)	.72 (***)
Süre (döngüsel)	.70 (***)
Sonuçlar	.72(***)
Kişisel kontrol	.53 (**)
Tedavi kontrolü	.67(***)
Hastalık tutarlılığı	.78 (***)
Duygusal temsiller	.54 (***)

p<0.01; **, p< 0.001 ***

GEÇERLİK ANALİZLERİ

HAÖ Boyutları Arasındaki Paralel Ölçek Korrelasyonları

HAÖ'nin boyutları arasındaki korrelasyonları hesaplamak için pearson korrelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Çalışma grubu ve test tesrar test grubu için paralel ölçek korrelasyonları Tablo-10 ve Tablo-11'de sunulmuştur.

Tablo-10- Çalışma Grubu paralel ölçek korrelasyonları

	I	II	III	IV	V	VI	VII
Süre (akut/kronik)			.399(**)	-.481(**)	-.483(**)		.311(**)
Süre (döngüsel)			.272(**)				.254(**)
Sonuçlar	.399(**)	.272(**)		-.145(*)	-.166(*)		.437(**)
Kişisel kontrol	-.481(**)		-.145(*)		.636(**)		-.146(*)
Tedavi kontrolü	-.483(**)		-.166(*)	.636(**)		.174(*)	-.286(**)
Hastalık tutarlılığı					.174(*)		
Duygusal temsiller	.311(**)	.254(**)	.437(**)	-.146(*)	-.286(**)		

p<0.05; **, p< 0.01 *

Tablo-11- Test-tekrar test grubu paralel ölçek korrelasyonları

	I	II	III	IV	V	VI	VII
Süre (akut/kronik)			.430(**)	-.476(**)	-.414(**)	.326(**)	.534(**)
Süre (döngüsel)						.249(*)	.336(**)
Sonuçlar	.430(**)			-.326(**)			.410(**)
Kişisel kontrol	-.476(**)		-.326(**)		.646(**)		-.510(**)
Tedavi kontrolü	-.414(**)			.646(**)			-.371(**)
Hastalık tutarlılığı	.326(**)	.249(*)					
Duygusal temsiller	.534(**)	.336(**)	.410(**)	-.510(**)	-.371(**)		

p<0.05; **, p< 0.01 *

Paralel ölçek korrelasyonlarına göre süre (akut/kronik) boyutu kişisel kontrol ve duygusal temsiller ile pozitif ve tedavi kontrolü ile negatif korrelasyon gösterirken. Zaman (döngüsel) boyutu ile sonuçlar ve duygusal temsiller ile pozitif korrelasyon göstermiştir. Sonuçlar ve kişisel kontrol ve tedavi kontrolü arasında ve duygusal temsiller arasında negatif korrelasyon bulunmuştur. Bu bulguların orijinal ölçek çalışması ile yüksek benzerlik gösterdiği gözlenmiştir.

Aynı şekilde test tekrar test grubu paralel ölçek hesaplamalarında çalışma grubuna benzerlik göstermektedir, bu bulgu ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğini güçlendirmektedir.

Paralel ölçek korrelasyonlarına bakıldığı zaman Kimlik A ve B için çalışma grubunda korrelasyon katsayısı 0.778, tekrar test grubu için ise 0.758 olarak bulunmuştur. Yukarıda da diğer sonuçlarda olduğu üzere çalışma grubu ile tekrar test grubu arasındaki uyum oldukça iyi düzeydedir. (Tablo–12)

Tablo 12- Kimlik alt ölçeği A+B korrelasyonları

ÇALIŞMA GRUBU	.778(**)
TEKRAR TEST Grubu	.758(**)

p< 0.01 **

Geçerliği destekleyen bir diğer bulgu ise paralel ölçek korrelasyonları ve Beck Depresyon Ölçeği arasındaki korrelasyonlardır. (Tablo–13) Hastalığın akut/kronik doğası, sonuçları ve duygusal temsilleri ve depresyon puanları arasında pozitif korrelasyon bulunurken, kişisel kontrol ve tedavi kontrolü arttıkça depresyonun azaldığı gözlenmiştir. Bu bulgular ölçeğin doğru hedefi ölçtüğünü göstermektedir.

Tablo-13- Beck depresyon ile HAÖ alt ölçek korrelasyonları

Alt-ölçek	BDÖ
Süre (akut/kronik)	.391(**)
Süre (döngüsel)	0,004
Sonuçlar	,464(**)
Kişisel kontrol	-.371(**)
Tedavi kontrolü	-.358(**)
Hastalık tutarlılığı	-0,134
Duygusal temsiller	.380(**)

p< 0.01 **

Faktör Analizi

HAÖ'nin faktör yapısının geçerliğini görmek ve hangi maddelerin hangi boyutları temsil ettiğini görmek için, algı ve nedenler sorularına ayrı ayrı olmak üzere iki farklı faktör analizi yapılmıştır. Kimlik bölümü farklı bir ölçüm şekline sahip olduğu için faktör analizi yapılmamıştır. Faktör analizinde Varimax rotasyonu kullanılan Temel Bileşenler Faktör Analizi uygulanmıştır.

Algı bölümü faktör analizinde birlikte varyansın % 66'sını açıklayan, özdeğerleri 1 den büyük 7 faktör bulunmuştur. Faktör yükleri, Tablo-14'de özetlenmiştir. Varyansın % 20.9'unu açıklayan ve **kişisel kontrol** olarak isimlendirilen birinci faktör'de, en yüksek değerlere sahip olan maddeler şunlardır: "Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var (12)". "Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidisinde belirleyici olabilir (13)", "Hastalığımın seyri bana bağlı(14)", "Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez(15)", "Hastalığımı etkileyebilme gücüm var(16)", "Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek (17)", Varyansın % 11'ini açıklayan 2. faktör **zaman (akut/kronik)**, %7 sini açıklayan 3.faktör **duygusal temsil**, 4. faktör **hastalık temsili**, 5 faktör **sonuçlar**, 6. faktör tedavi kontrolü,7. faktör ise **zaman (döngüsel)** olarak belirlenmiştir. Her madde faktör analizinde temsil edilmiş ve bulgular orijinal ölçek faktör analizi ile paralel düzeydedir.

Tablo-14. Algı Soruları Faktör Analizi

	1	2	3	4	5	6	7
MADDE 13	0,823						
MADDE14	0,752						
MADDE15	0,743						
MADDE16	0,72						
MADDE22	0,604						
MADDE21	0,563						
MADDE12	0,544						
MADDE17	0,542						
MADDE18		0,446					
MADDE3		0,816					
MADDE4		0,793					
MADDE2		0,771					
MADDE5		0,741					
MADDE1		0,65					
MADDE33			0,842				
MADDE34			0,825				
MADDE37			0,765				
MADDE38			0,723				
MADDE35			0,462				
MADDE26				0,742			
MADDE27				0,717			
MADDE25				0,652			
MADDE28				0,635			
MADDE31							0,45
MADDE8					0,843		
MADDE7					0,839		
MADDE23						0,705	
MADDE 19						0,616	

Nedenler Bölümü Faktör Analizi

Nedenler bölümü faktör analizinde birlikte varyansın %59'unu açıklayan, özdeğerleri 1 den büyük 5 faktör bulunmuştur. Faktör yükleri, Tablo-15'de özetlenmiştir. Birinci faktör, **kişisel atıflar** olarak isimlendirilmiş ve varyansın % 20'sini açıklamıştır. İkinci faktör varyansın %9'unu açıklayan **dış atıflar** olarak adlandırılmıştır. Üçüncü faktör **yaşam şekli atıfları**, dördüncü faktör **kontrol edilemeyen bedensel faktörler** (yaşlanma, kalıtsal) ve 5. faktör ise tek bir madde tarafından temsil edilen **şans faktörü** olarak adlandırılmıştır. Faktör analizinde her madde temsil edilmiştir.

Tablo-15 Nedenler Bölümü Faktör Analizi

NEDENLER	1	2	3	4	5
Benin tutumum	0,757				
Duygusal durumum	0,674				
Kişilik özelliklerim	0,664				
Vücut direncimin azalması	0,575				
Kendi davranışım	0,464				
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım		0,216			
Yaşlanma				-0,088	
Stres ya da endişe	0,845				
Çevre kirliliği		0,429			
Kaza ya da yaralanma		0,779			
Aşırı çalışma		0,713			
Şans ya da kötü talih					0,818
Aile problemleri	0,744				
Sigara içme			0,845		
Alkol			0,697		
Diyet-yemek alışkanlıkları			0,847		
Bir mikrop ya da virüs				0,82	
Kalıtsal (irisi)				0,122	

5. TARTIŞMA

Hastalık algısı, kişinin psikolojik uyumundan hastalığın seyrine kadar birçok alanı etkileyen önemli bir etkidir. Son yıllarda sağlık psikolojisi alanında üzerinde en fazla durulan ve araştırma yapılan konulardan biridir. Algı gibi öznel bir değişkenden bahsederken kültür bağlantısı önemlidir. Ülkemizde hastalık algısını ölçen bir ölçek bulunmaması genel hastane psikiyatrisi açısından önemli bir eksiktir. Bu nedenle orijinali Weinman(1996) tarafından geliştirilen ve Moss-Moris ve ark (2002) tarafından gözden geçirilen Hastalık Algısı Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır.

Yukarıda özetlenen bulgular, Türkçeye adaptasyonu yapılmış olan Hastalık Algısı Ölçeği'nin benzer popülasyonlar üzerinde yürütülecek olan araştırmalarda, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kullanılabilmesine işaret etmektedir. Tüm alt ölçeklerin içsel güvenilirlikleri yüksek olarak bulunmuştur. Cronbach alfa değerleri 0.665 ile 0.859 arasında değişmektedir. Sadece yüksek tekrar özelliği taşıyan, diğer sorularla örtüşen ve ters sorulma ile ifade edilen üç madde ölçekten çıkarılmıştır. Bunlar; “Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemez)”, “Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor”, “Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum” dur. Test-tekrar test grubunda ise HAÖ'nin tüm alt testlerin içsel geçerliği iyi düzeyde bulunmuştur. Cronbach alfa değerleri 0.651–0.935 olarak bulunmuştur. Burada görülen bir diğer önemli bulguda ölçeğin genelinde olduğu gibi alt ölçek gruplarından elde edilen Cronbach alfa değerlerindeki paralellik olmuştur. Bu bulgu ölçeğin güvenilirliğini desteklemektedir

HAÖ yedi alt ölçek içermektedir; Süre (akut/kronik), Süre (döngüsel), Sonuçlar, Kişisel kontrol, Tedavi kontrolü, Hastalık tutarlılığı ve Duygusal temsiller. Çalışmada bulunan alt ölçek ortalamaların çalışma grubu ve tekrar test grubu için birbirlerinin hemen hemen aynı değerlerde olmaları hem geçerlik, hem de güvenilirlik açısından çalışmanın doğruluğunu desteklemektedir. HAÖ yapı olarak 3 gruba ayrılmaktadır bunlar belirtiler(kimlik), algı ve nedenlerdir. Aynı şekilde nedenler alt ölçeğinde de iki veri grubunun bulguları birbirine oldukça yakındır. Neden ortalamalarının gösterdiği

paralellik de iki farklı zaman dilimindeki bulguların stabilitesini göstermekte ve ölçeğin geçerliği ve güvenilirliği ile ilgili kanıt sağlamaktadır.

İstatistiksel analizler sonucu elde edilen bulguların Hastalık Algısı Ölçeği'nin orijinal makalesindeki veriler ile oldukça uyumlu olması ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğini göstermektedir. (Moss Morris ver ark, 2002) Hastalık Algısı Ölçeği birçok ülkede adapte edilmiş ve kullanılmaktadır fakat bu ülkeler genelde Amerika ve Avrupa ülkeleridir. Çalışmanın başında ölçeğin Türkçe versiyonu ile ilgili kültürel farklılıklar bulunması ihtimalinin üzerinde durulmuş olmasına rağmen, veriler HAÖ'nin Türk kültürüne oldukça uyumlu olduğunu göstermektedir.

Test-tekrar test verileri çalışma grubunda yer alan deneklere ortalama 3 hafta sonra tekrar ulaşılarak elde edilmiştir. 203 hastanın içerisinde tekrar grubu olarak 80 hastaya ulaşmak oldukça güç olmuştur. Kanserin doğası nedeniyle tekrar ulaşılan katılımcıların birçoğunun hastalığı ilerlemiş bazıları ise kaybedilmiş idi. Test tekrar test sonuçlarının çalışma grubu ile yüksek paralellik göstermesi HAÖ'nin kabul edilir düzeyde stabil olduğunu göstermekte ve geçerlik ve güvenilirliğini desteklemektedir. Orijinal ölçek çalışması da 3 haftalık süre sonrası verilerde benzer stabilite göstermiş ve bu çalışmanın verileri ile paralellik göstermiştir.

Paralel ölçek korelasyonlarına göre süre (akut/kronik) boyutu kişisel kontrol ve duygusal temsiller ile pozitif ve tedavi kontrolü ile negatif korelasyon gösterirken, zaman (döngüsel) boyutu ile sonuçlar ve duygusal temsiller ile pozitif korelasyon göstermiştir. Son dönemde Travato (2006) tarafından yapılan bir çalışmada hastalığın süresinin "kroniklik" algısını doğrudan etkilediği bulunmuştur. Sonuçlar ve kişisel kontrol ve tedavi kontrolü arasında ve duygusal temsiller arasında negatif korelasyon bulunmuştur. Bu bulgular orijinal ölçek çalışması ile paralel olduğu gözlenmiştir. (Moss Morris ver ark, 2002)

Geçerliği destekleyen bir diğer bulgu ise paralel ölçek korelasyonları ve Beck Depresyon Ölçeği arasındaki korelasyonlardır. Hastalığın akut/kronik doğası, sonuçları ve duygusal temsilleri ve depresyon puanları arasında pozitif korelasyon bulunurken,

kişisel kontrol ve tedavi kontrolü arttıkça depresyonun azaldığı gözlenmiştir. Bu bulgular ölçeğin doğru hedefi ölçtüğünü göstermektedir. Benzer bir ilişki Moss Morris ve arkadaşlarının psikometri çalışmasında bir diğer depresyon ölçeği ile bulunmuştur. (Moss Morris ve ark,2002) Hastalık Algısı Ölçeğini kullanan çalışmalarda depresyon ve algı arasında bulunan korrelasyonlar benzer yöndedir. Murphy ve Dickens (1999) tarafından yapılan bir çalışmada, romatoid artirit hastalarında depresyon puanları ve algılanan sonuçlar arasında pozitif ve kişisel kontrol ve depresyon puanları arasında ise negatif yönde korrelasyon saptanmıştır.

Yapılan iki farklı faktör analizi sonuçlarına göre ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğini destekleyen faktör yükleri bulunmuş ve hem algı bölümünde hem de nedenler bölümünde orijinal ölçek psikometrisi ile aynı faktör sayısı ve karakteristiği elde edilmiştir. Çalışmanın sonuçları arasında Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçeye adaptasyonunu kuvvetle destekleyen bu bulgu ölçeğin Türkçe versiyonunda yapılan uyarılmanın doğruluğunu göstermektedir.

Çalışmada farklılık gösteren bir bulgu nedenler bölümünün en sonunda yer alan ve kalitatif neden algısını ölçmeyi hedefleyen size göre hastalığınızın nedeni nedir sorusuna verilen yanıtlardır. Burada katılımcıların önemli bir kısmı “kader” olarak bildirmiştir. Bu bulgu diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda gözlenmemiştir. Sosyokültürel boyutu ile bakıldığında çaresizlik ve kabullenmeyi çağrıştıran bir atıf olarak değerlendirilmiştir.

Sonuç olarak, Hastalık Algısı Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun güvenilir bir biçimde kullanılabileceği saptanmıştır. HDÖ, klinisyenlerin uyguladıkları tedavi ve bakımın hastanın yaşam kalitesinde meydana getirdiği olumlu ve olumsuz gelişmeleri izlemesine yardımcı olacak, hızlı ve kolay uygulanabilir bir ölçektir. Bunun yanı sıra, konsültasyon-liyezon psikiyatrisi uygulamasında psikiyatrik tedavi hizmetlerinin değerlendirilmesinde yararlı olacağı düşüncesindeyiz. HAÖ'nün başka hastalık popülasyonları ile yapılacak psikometrik çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

Biol, L (1997.) Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım. Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., 3. Baskı, İzmir.

Browne G.B, Byrne C, Roberts J, Streiner D, Fitch M. Corey P, Arpin K (1988) The meaning of illness questionnaire: Reliability and validity, Nursing Research; 37(6): 368-373.

Beck AT, Waed CH, Endelson M (1961) An inventory for measuring depression, Achieves of General Psychology, 4: 561-571.

Beck AT, Emery G. (1985) Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective. New York: Basic Books.

Brickhead LM (1989). Psychiatric Mental Health Nursing. J.B. Lippincott Comp., Philadelphia.

Cohen F, Lazarus R.S (1979) Coping with the Stressess of the Illness, C. Stone, Cohen F, Adler E. (Eds.), Health Psychology (s.217-257). San Francisco.

Clough, D.H (1991) The Effects of Cognitive Distortion and Depression on Disability in Rheumatoid Arthritis. Research in Nursing and Health, 14: 439-446.

Dünya Sağlık Örgütü(1993) ICD-10 Ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırması. Klinik tanımlamalar ve tanı kılavuzları. Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre, 1992'den çevirenler Çuhadaroğlu F, Kaplan I, Özgen G, Öztürk O, Rezaki M, Uluğ B. Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını. 1993. s.160-161.

Hampson, S.E., Glasgow, R.E. and Zeiss, A.M. (1994). Personal models of osteoarthritis and their relation to self management activities and quality of life. Journal of Behavioral Medicine, 17, 143–158.

Herdman M, Fox-Rushby J (1998) A model of equivalence in the adaptation of instruments: The universalist approach. *Qual Life Res*; 7: 323-35.

Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark M (1989) *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide*. Oxford: Oxford University Press.

Hisli N (1989) Beck Depresyon Ölçeğinin üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7 : 3-13.

Özkan S, Turgay M (1992). Mastektomi olgularında psikiyatrik morbidite psikoosyal uyum ve kanser-organ kaybı-psikopatoloji ilişkisi. *Nöro Psikiyatri Arşivi* 29(4):207-215.

Hagger, M. S., & Orbell, S. (2004). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, 18, 141–184.

Heijmans, M., & De Ridder, D. (1998). Assessing illness representations of chronic illness: Explorations of their disease-specific nature, *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 485–503.

Jessop, D.C. and Rutter, D.R. (2003). Adherence to asthma medication: the role of illness representations. *Psychology & Health*, 18, 595–612.

Kozier B, Erb G, Blais K (1994) *Fundamentals of Nursing*, 5th Ed, Addison-Wesley NY.

Lazarus R. S, Folkman, S (1984) *Coping and Adaptation*. W.D.Gentry (Ed.), *Handbook of Behavioral Medicine*, (s.282-325). New York: Guilford Press.

Leventhal H, M. Diefenbach, & E. A. Leventhal (1992) Illness cognitions: Using common sense to understand treatment adherence. *Cognitive Therapy and Research*, vol.16, pp.143-163.

Mikhail B (1994) The Health belief model: a review and critical evaluation of the model, research and practice. In Chinn PL (ed): *Developing substance mid-range theory in nursing*, Advances in Nursing Science Series, An Aspen Publication, Maryland, 74-92.

Murphy H, Dickens C (1999) Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis, *Journal of Psychosom. Illness*, 46(2):155-64.

Lau R, T. M. Bernard, & K. A. Hartman (1989) Further explorations of common-sense representations of common illnesses *Health Psychol*, vol. 8, pp. 195-219. J. Weinman (Eds.), *Perceptions of health and illness: Current research and applications* (pp. 19-45). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense model of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Medical psychology* (Vol. II, pp. 7-30). New York: Pergamon Press.

Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds), *Handbook of psychology and health: Social psychological aspects of health* (Vol. 4, pp. 219-252).

Lewis, K (1983) Grief in Chronic Illness and Disability. *Journal of Rehabilitation*, 48/49: 8-11.

Massie MS, Holland JC (1990) Depression and the cancer patient. *J Clin Psychiatry* 51: 12-17.

Lipowski Z. J (1981) Liaison psychiatry, liaison nursing, and behavioral medicine. *Comprehensive Psychiatry*, 22(6) :554-561.

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, L. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1-16.

Petrie, K.J., Weinman, J., Sharpe, N. and Buckley, J. (1996). Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *British Medical Journal*, 312, 1191–1194.

Scharloo, M. and Kaptein, A. (1997). Measurement of illness perceptions in patients with chronic somatic illnesses: a review. In: Petrie, K.J. and Weinman, J.A. (Eds.), *Perceptions of Health and Illness*, pp. 103–154, Harwood Academic Publishers, Singapore.

Siegel K, Gorey E (1997) HIV infected women: Barriers to AZT use. *Social Sci. and Medicine* 45: 15-22.

Smith T.W, O'Keeffe J.L., Christensen, A.J (1994) Cognitive Distortion and Depression in Chronic Pain: Association with Diagnosed Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1): 195-198.

Stuard G.W., Sundeen S.J (1991) *Principles And Practice Of Psychiatric Nursing*. Fourth Ed., Mosby Year Book, St. Louis.

Şahin N (1994) Psikoloji araştırmalarında ölçek kullanımı. *Türk Psikoloji Dergisi*; 33(Ek):19-26.

Savaşır I (1994) Ölçek uyarlamasındaki sorunlar ve bazı çözüm yolları. *Türk Psikoloji Dergisi*; 9,33(Ek):27-32.

Taylor, S.E., Lichtman, R.R. and Wood, J.V. (1984). Attributions, beliefs about control and adjustment to cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 489–502.

Travato N.C (2006) [Illness perception questionnaire (IPQ-R): an useful paradigm in chronic disease, *Recenti.Prog.Med*, 97(3):129-33

Turk, D. C., Rudy, T. E., & Salovey, P. (1986). Implicit models of illness. *Journal of Behavioral Medicine*, 9, 453–474.

Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11, 431–445.

FORMLAR

HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

İsim:

Tarih:

HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen sizde var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

	<i>Hastalığının başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım</i>			<i>Bu belirti hastalığımla ilgili</i>	
Ağrı	Evet	Hayır		Evet	Hayır
Boğazda yanma	Evet	Hayır		Evet	Hayır
Bulantı	Evet	Hayır		Evet	Hayır
Soluk almada güçlük	Evet	Hayır		Evet	Hayır
Kilo kaybı	Evet	Hayır		Evet	Hayır
Yorgunluk	Evet	Hayır		Evet	Hayır
Eklem sertliği	Evet	Hayır		Evet	Hayır
Gözlerde yanma	Evet	Hayır		Evet	Hayır
Hırıltılı soluma	Evet	Hayır		Evet	Hayır
Baş ağrıları	Evet	Hayır		Evet	Hayır
Mide yakınmaları	Evet	Hayır		Evet	Hayır
Uyku güçlükleri	Evet	Hayır		Evet	Hayır
Sersemlik hissi	Evet	Hayır		Evet	Hayır
Güç kaybı	Evet	Hayır		Evet	Hayır

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz..

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum
2. Böyle düşünmüyorum
3. Kararsızım
4. Böyle düşünüyorum
5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemeln geçici olmaktan çok kalıcı					

3. Bu hastalık uzun sürecek					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13. Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15. Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez					
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					

17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					
18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığımın belirtileri güden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bezen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemez)					
32. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
Stres ya da endişe					
Kalıtsal (irsi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet -yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaşlanma					

Alkol					
Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

Lütfen aşağıya hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.

Bana göre en önemli nedenler:

- 1.
- 2.
- 3.

Beck depresyon ölçeği

AŞAĞIDA, KİŞİLERİN RUH DURUMLARINI İFADE EDERKEN KULLANDIKLARI BAZI CÜMLELER VERİLMİŞTİR. HER MADDE, BİR ÇEŞİT RUH DURUMUNU ANLATMAKTADIR. HER MADDEDE O RUH DURUMUNUN DERECESİNİ BELİRLEYEN 4 SEÇENEK VARDIR. LÜTFEN BU SEÇENEKLERİ DİKKATLE OKUYUNUZ. SON BİR HAFTA İÇİNDEKİ (ŞU AN DAHİL) KENDİ RUH DURUMUNUZU GÖZ ÖNÜNDE BULUNDURARAK, SİZE EN UYGUN OLAN İFADEYİ BULUNUZ

1

- a. Kendimi üzgün hissetmiyorum.
- b. Kendimi üzgün hissediyorum.
- c. Her zaman için üzgünüm kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
- d.Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.

2

- a.Gelecekte umutsuz değilim.
- b.Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
- c.Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok
- d.Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.

3

- a.Kendimi başarısız görmüyorum.
- b.Çevremdeki birçok kişiden fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
- c.Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
- d.Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4

- a. Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
- b. Her şeyden eskisi kadar zevk almıyorum.
- c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
- d. Bana zevk veren hiçbir şey yok.

5

- a.Kendimi suçlu hissetmiyorum.
- b.Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
- c.Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
- d.Kendimi her an için suçlu hissediyorum.

6

- a.Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
- b.Bazı şeyler için cezalandırılabileceğimi hissediyorum.
- c.Cezalandırılmayı bekliyorum.
- d.Cezalandırıldığımı hissediyorum.

7

- a.Kendimden hoşnudum.
- b.Kendimden pek hoşnut değilim.
- c.Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
- d.Kendimden nefret ediyorum.

8

- a.Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
- b.Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
- c.Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
- d.Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

9

- a.Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
- b.Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapamıyorum.
- c.Kendimi öldürebilmeyi isterdim.

d.Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm

Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.

Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.

Şu sıralarda her an ağlıyorum.

Eskiden ağlayabilirdim,ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.

11

Her zamankinden daha sinirli değilim.

Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.

Çoğu zaman sinirliyim.

Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.

12

Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.

13

Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
bu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
Artık hiç karar veremiyorum.

14

Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.
Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu düşünüyorum.
Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.

15

Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
Hangi iş olursa olsun yapabilmek için kendimi çok fazla zorluyorum.
Hiçbir iş yapamıyorum.

16

Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
Eskisine göre çok erken uyanıyor ve uyuyamıyorum

17

Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanıyorum.
Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum.

18

İştahım eskisinden pek farklı değil.
İştahım eskisi kadar iyi değil.
Şu sıralarda iştahım epey kötü.
Artık hiç iştahım yok.

19

Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğim söylenemez.
Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilo verdim.

20

Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
Ağrı, sızı, gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
Bu tür sıkıntılar beni öyle endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.

21

Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.

Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.

Œu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.

Artık, cinsellikle bir ilgim kalmadı.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı		Soyadı	
Doğ.Yeri		Doğ.Tar.	
Uyruğu		TC No	Kim
Email		Tel	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans		
Lise		

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.			-
2.			-
3.			-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜD S Puanı	(Diğer) Puanı

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Özel İlgi Alanları (Hobileri):